

Projet d'établissement du Centre

Hospitalier Montperrin

2023-2027

Projet Médico-Soignant

Table des matières

Préambule	5
CHAPITRE 1 : ETAT DES LIEUX DU TERRITOIRE : POPULATION ET OFFRE DE SOINS	8
1. La population	9
1.1 Densité de la population	9
1.2 Dynamique démographique.....	9
1.3 Répartition par tranche d'âge	10
1.4 Mode de vie.....	13
1.5 Catégories socio professionnelles	14
1.6 Scolarisation des jeunes et niveaux de formation	15
1.7 Emplois	16
1.8 Logement.....	17
2. Les indicateurs de santé	19
3. L'offre de soins	21
3.1 L'offre de soins en ville.....	21
3.1.1 Les médecins généralistes.....	21
3.1.2 Les psychiatres libéraux.....	21
3.1.3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé	22
3.2 Les établissements de santé.....	22
3.2.1 Les moyens	22
3.2.2 Les taux de recours.....	24
3.3 L'offre médico-sociale	30
CHAPITRE 2 : LES INTRANTS RÉGIONAUX, TERRITORIAUX ET LOCAUX AU PMS DU CENTRE HOSPITALIER MONTPERRIN	32
1. Orientations du projet régional de santé de la région PACA sur la période 2018-2023....	32
1.1 Les objectifs opérationnels du Programme Régional de Santé 2018-2023	32
1.2 Les objectifs quantifiés du PRS.....	33
2. Orientations issues du PTSM	33
3. Principales orientations stratégiques définies par le Projet Médico Soignant Partagé du Groupement Hospitalo-Universitaire Hôpitaux de Provence.....	34
4. Orientations du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	35
4.1 Ses indicateurs quantitatifs	35
4.2 Ses indicateurs qualitatifs.....	36
4.3 Ses indicateurs statistiques	36
5. Les indicateurs qualité	36
CHAPITRE 3 : L'OFFRE DE SOINS DU CENTRE HOSPITALIER MONTPERRIN	37
1. Bilan des actions du projet médical et du projet de soins 2015-2020	37
2. Organisation en 2021 de l'offre de soins du Centre Hospitalier Montperrin.....	46

2.1	Trois pôles assurant la mission de psychiatrie de secteur	46
2.2	Deux pôles à vocation intersectorielles.....	49
3.	Points forts et Points sensibles :	52
3.1	Les prises en charge en temps plein.....	52
3.1.1	Le fonctionnement des unités temps pleins sectorisées	52
3.1.2	Le fonctionnement des USI	53
3.1.3	Le fonctionnement de la FAUPL (urgences et CAP) dans son rôle de porte d'entrée pour l'hospitalisation temps plein	53
3.1.4	La prise en charge des mineurs en unité sectorisée de psychiatrie adulte.....	54
3.1.5	La Prise en charge des patients précaires	54
3.1.6	Le fonctionnement de l'unité de psychiatrie de la personne âgée.....	54
3.1.7	Le Fonctionnement de l'Olivier	55
3.1.8	La Prise en charge somatique.....	55
3.1.9	L'électro-convulsivothérapie.....	55
3.2	Les prises en charge en ambulatoire des patients adultes	56
3.3	Les prises en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.....	57
3.3.1	Bilan du groupe consacré à l'accueil en CMP.....	57
3.3.2	Bilan du groupe prise en charge des enfants avec TSA.....	57
3.3.3	Bilan du groupe prise en soins des adolescents.....	58
3.3.4	Bilan du groupe sur la périnatalité	58
3.3.5	Bilan du groupe travail avec les familles	59
3.4	Bilan du groupe parcours réhabilitation	59
3.5	Bilan du parcours de soins en addictologie.....	61
3.6	Parcours personnes sous main de justice	62
3.7	Bilan du groupe prise en charge médicamenteuse.....	63
3.8	Bilan du projet de soins 2015-2020.....	64
3.8.1	Management de la qualité des soins.....	64
3.8.1.1	<i>Garantie des droits des patients</i>	<i>64</i>
3.8.1.2	<i>Elaboration du projet de soins individualisé</i>	<i>64</i>
3.8.1.3	<i>Intégration du Dossier patient informatisé dans la pratique</i>	<i>65</i>
3.8.2	Management des équipes de soins et socio-éducatives.....	65
3.8.2.1	<i>Intégration des professionnels</i>	<i>65</i>
3.8.2.2	<i>Adéquation des ressources et politique de mobilité</i>	<i>65</i>
3.8.2.3	<i>Soutien des projets et compétences.....</i>	<i>66</i>
3.8.2.4	<i>Pratiques avancées et recherches paramédicales</i>	<i>66</i>
3.8.2.5	<i>Attractivité directe par l'encadrement des étudiants</i>	<i>66</i>
3.8.2.6	<i>Positionnement des cadres de santé.....</i>	<i>66</i>
	CHAPITRE 4 : LES ORIENTATIONS DU PROJET MÉDICO SOIGNANT 2021-2026.....	68
1.	Les leviers et actions du projet médico soignant	69
1.1	Les leviers et actions de l'organisation sectorielle	69

1.1.1	La prise en charge ambulatoire des patients adultes.....	69
1.1.2	La prise en charge ambulatoire en Pédopsychiatrie	72
1.1.3	La prise en charge dans les unités Temps plein et l'adaptation des moyens.....	75
1.2	Leviers et actions intersectoriels	79
1.2.1	La prise en charge des Adolescents.....	79
1.2.2	La périnatalité et les mineurs souffrant de Troubles du Spectre autistique.....	84
1.2.3	L'offre de soins spécialisée pour les personnes âgées	85
1.2.4	L'offre de soins spécialisée pour les adultes souffrant de troubles du spectre autistique.....	86
1.2.5	L'offre de soins spécialisée en réhabilitation	87
1.2.6	Le parcours des personnes sous main de justice	89
1.2.7	Le parcours des personnes souffrant d'addictions	91
1.3	Leviers et actions transverses à l'institution	95
1.3.1	La prise en charge somatique.....	95
1.3.2	La Prise en charge médicamenteuse.....	98
1.3.3	Le pilotage du parcours patient.....	100
1.3.4	L'institution au service des patients et des personnels	103
1.3.5	Se recentrer sur son métier.....	108
1.3.6	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative	112
1.3.7	Développer l'attractivité médicale de l'établissement	118
2.	Présentation synthétique des actions du projet médico-soignant	121
2.1	Actions qui touchent au périmètre de l'offre de soins	121
2.2	Actions qui touchent à l'organisation interne.....	123
2.3	Actions qui touchent à l'organisation et/ou au fonctionnement avec les partenaires 128	
2.4	Actions qui touchent à la communication et à la formation.....	129
ANNEXES		131
<i>Annexe 1 : Méthodologie du projet médico soignant</i>		131
<i>Annexe 2 : Lettre envoyée au DG de l'ARS concernant la pédopsychiatrie</i>		134
<i>Annexe 3 : Liste des modalités de prises en charge disponibles au Centre Hospitalier Montperrin</i>		139
<i>Annexe 4 : Projet Autisme</i>		141
<i>Annexe 5 : Projet 3 BIS F pour 2021</i>		144
<i>Annexe 6 : Intérêt du centre de thérapie familiale</i>		146

Préambule

Le Centre Hospitalier Montperrin est un établissement public de santé mentale.

Il dessert un territoire couvrant la partie Nord Est des Bouches du Rhône et s'étendant sur plusieurs communes du Vaucluse. Il assure, pour une population de 556 972 habitants (sources Insee 2018), la mission de psychiatrie de secteur telle que réprécisée par l'article L 3221-3 du code de la santé publique (article 69 de la loi du 26 janvier 2016) :

I.- Au sein de l'activité de psychiatrie mentionnée à l'article L. 3221-1-1, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

La mission de psychiatrie de secteur s'intègre dans la gradation des soins mentionnée à l'article L. 3221-1-1. Elle se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

II. Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

Dans le cadre du projet 2015-2020, l'établissement a mis en œuvre une transformation profonde de son organisation interne, qui s'est structuré en cinq pôles : Il a regroupé en deux pôles (pôle Est et pôle Ouest) les 6 secteurs de psychiatrie générale et en un pôle unique de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les 3 inter-secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il a, à cette occasion, redéfini les limites géographiques de l'ensemble des secteurs et inter-secteurs de sa zone d'intervention.

Il a, parallèlement, créé des unités d'hospitalisation spécialisées dans les pôles de psychiatrie générale (Unités de soins intensifs) et dans un nouveau pôle Ressources (unité de réhabilitation et unité de psychiatrie de la personne âgée).

Il a maintenu un pôle transversal auquel a été adjoind l'unité de soins somatique.

Il a ainsi à la fois remodelé son offre de soins sectorisée et enrichi son offre de soins intersectorielle spécialisée hospitalière, mais aussi ambulatoire, avec une nouvelle structure ambulatoire regroupant l'ensemble des services ambulatoires aixois.

Ces transformations « internes » se sont faites dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui créait les Groupements Hospitaliers de Territoire, les Communautés Psychiatriques de Territoire et les Projets Territoriaux de Santé Mentale.

En juin 2016, le Centre Hospitalier Montperrin est ainsi devenu partie au Groupe Hospitalo-Universitaire des Hôpitaux de Provence qui réunit l'ensemble des établissements publics de santé des Bouches du Rhône (14 établissements, dont 7 participent à la filière psychiatrie-santé mentale) avec un projet médico-soignant partagé auquel l'établissement a activement contribué.

L'élaboration du projet médical et du projet de soins est un moment capital dans la vie d'un établissement de santé. Il permet un indispensable temps de réflexion partagée, de retour sur soi et de projection vers l'avenir, il construit une vision commune et fédérative de la prise en charge des patients, du management des équipes et de l'attractivité de l'établissement.

Pour la première fois à Montpellier, il a été décidé de travailler dans un même temps, et de façon intégrée, le projet médical et le projet de soins. C'est donc un projet médico-soignant qui sera défini et exposé dans ce document. S'il s'agit d'une nouveauté, on peut noter que les deux précédents projets, tout en conservant la distinction entre le projet médical et le projet de soins, les avaient déjà élaborés avec des participations « croisées » des médecins et des personnels soignants dans les différents groupes de travail.

Ce projet 2023-2027 s'inscrit dans la continuité du précédent à plusieurs titres :

- Parce qu'il n'a pas envisagé de remettre en cause une organisation interne largement remaniée en 2016 et qu'il s'agit plutôt de consolider.
- Parce qu'il réaffirme le rôle fondateur du secteur dans l'organisation du parcours de soins et celui du CMP comme pivot central de ce secteur, ainsi que le rôle du service comme structure référente de l'organisation des soins, de leur qualité et de leur sécurité.
- Parce qu'il reprend certaines actions du projet précédent qui n'ont pu être menées à bien.

Il doit toutefois aussi prendre en compte un environnement qui a été modifié de façon significative depuis 2015 avec :

- La mise en place des GHT, du PTSM et des CPTS, comme nous l'avons mentionné plus haut
- Les nouvelles exigences concernant l'isolement et la contention
- La réforme du financement de la psychiatrie et des autorisations
- L'aggravation de la crise d'attractivité de l'hôpital public qui concerne l'ensemble des professionnels de santé, dans un contexte de démographie médicale que les mesures récentes n'amélioreront pas en tout état de cause avant 2030.

Dans ce contexte, ce projet a pour objectif de construire une offre de soins à la fois accessible, territorialement équitable, et diversifiée, permettant à l'ensemble de la population l'accès aux soins de base comme aux recours spécialisés. Il porte une attention particulière à toutes les modalités de soins favorisant le maintien dans la cité, l'implication du patient et de son entourage, ainsi qu'à la fluidité du parcours, comme condition et moyen de l'adaptation optimale de la prise en charge thérapeutique aux besoins des personnes.

On trouvera dans l'Annexe 1 la méthodologie du projet, dont la temporalité a bien évidemment été modifiée par la crise COVID. Le passage devant les instances, initialement prévu fin 2020, aura ainsi été reporté de plus d'une année.

On verra que cette méthodologie a reposé sur une participation pluridisciplinaire, impliquant tous les services et associant, dans ses différentes phases, les représentants des usagers.

Dans un premier temps, afin de mieux caractériser l'environnement dans lequel s'est élaboré ce projet et les données qu'il a dû prendre en compte, nous présenterons :

- **Dans le chapitre 1** : un état des lieux du territoire que dessert le Centre Hospitalier Montpellier incluant les caractéristiques socio démographiques, les indicateurs de santé et les données de l'offre de soins.
- **Dans le chapitre 2** : une synthèse des orientations départementales, régionales et nationales qu'il se doit de prendre en compte

Le chapitre 3 exposera, avec un descriptif de l'offre de soins actuelle de notre établissement, les conclusions de la phase de bilan par laquelle a débuté l'élaboration de ce projet, de septembre à décembre 2020.

Elle a été suivie, de janvier à octobre 2021, d'une deuxième phase d'élaboration des propositions et des actions qui seront exposées **dans le chapitre 4** et qui constituent le nouveau projet médico soignant pour la période 2023-2027.

Chapitre 1 : Etat des lieux du territoire : population et offre de soins

La zone d'intervention du centre hospitalier Montperrin correspond à la partie nord du département des Bouches du Rhône à laquelle viennent s'ajouter quelques communes du département du Vaucluse.

Sa population de 556 972 habitants (données Insee 2018) est répartie sur 2135 km², dans 66 communes de tailles extrêmement diverses, de 143 000 habitants pour la plus importante (Aix en Provence) à 124 pour la moins peuplée (Saint Antonin sur Bayon).

Les 6 communes de plus de 20 000 habitants regroupent 52% de la population du territoire.

Cette hétérogénéité de taille entre les communes se double d'une hétérogénéité importante de structuration et de dynamique de la population. Pour décrire les populations desservies par le centre hospitalier Montperrin, et pour illustrer cette diversité, nous ajouterons donc, chaque fois que nous disposons de ces données, les caractéristiques des populations des 6 communes, de plus de 20 000 habitants, listées ci-dessous.

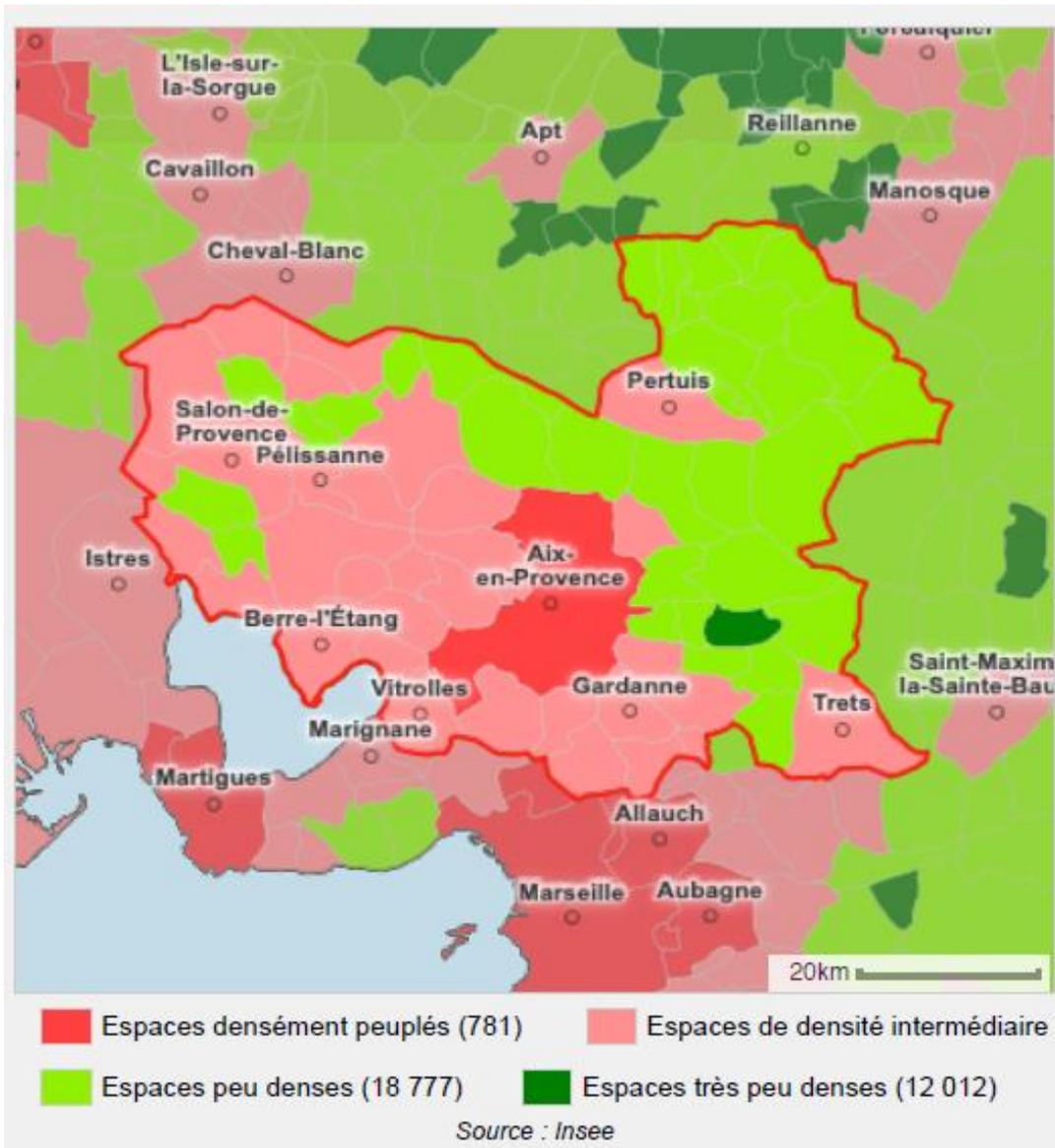
Communes de plus de 20 000 habitants	Population (données Insee 2018)
Aix en Provence	143 097
Salon	45 400
Vitrolles	33 101
Miramas	26 668
Gardanne	21 376
Pertuis	20 397

1. La population

1.1 Densité de la population

La densité globale du territoire du CHM est de 260,89 habitants par km², ce qui est très au-dessus de la densité moyenne de la France (105,47).

La carte ci-dessous met en évidence cette densité élevée, qui prédomine toutefois dans la partie centrale, Sud et Ouest du territoire, avec des zones de densité inférieure, voire très faible, principalement dans le Nord-est et l'Est.

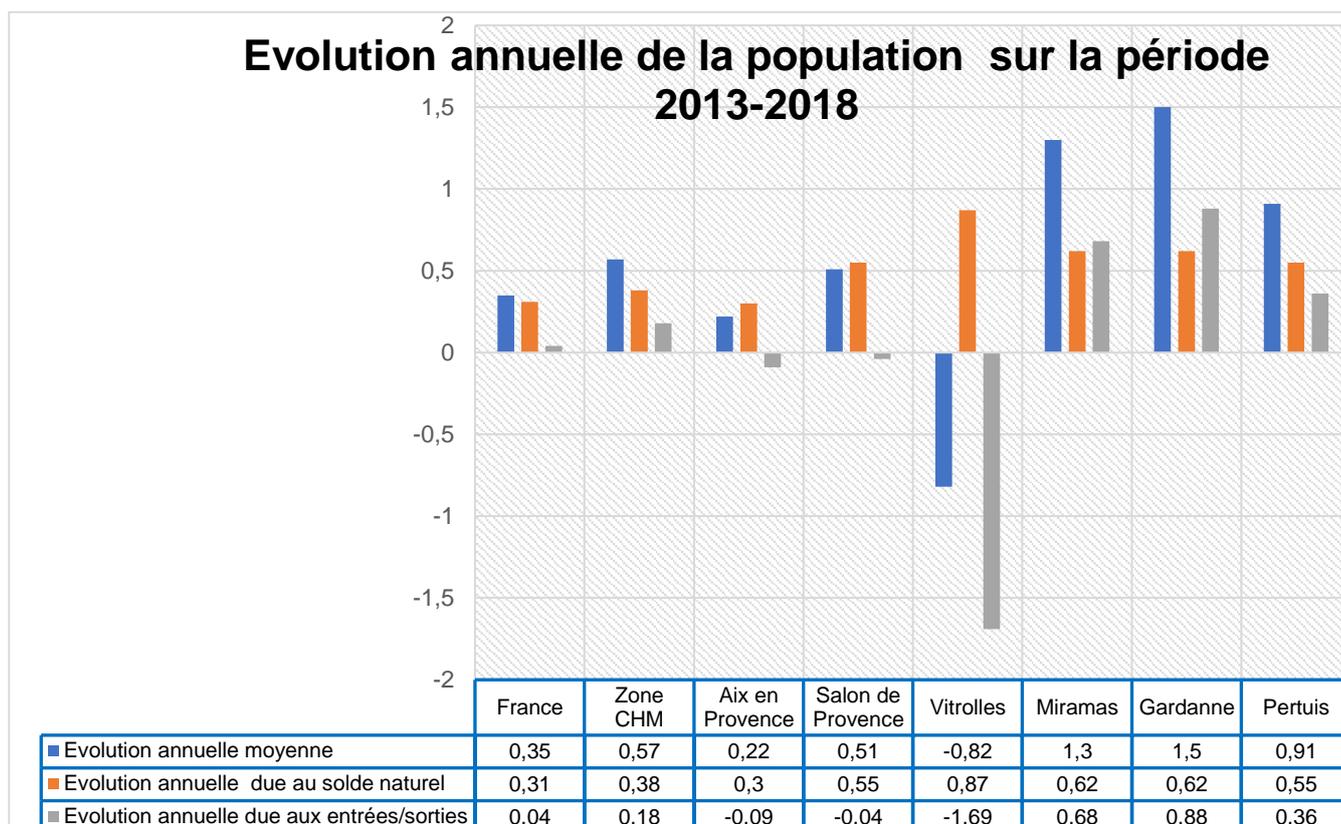


1.2 Dynamique démographique

Entre 2013 et 2018, la dynamique démographique globale du territoire (+ 0,57%) est supérieure à celle de la France (+ 0,35%), grâce à la fois à un solde naturel et un solde entrées-sorties tous deux plus élevés.

Cette dynamique démographique, qui correspond en moyenne à un gain de 3100 habitants par an, est cependant très hétérogène comme l'illustre le tableau ci-dessous qui présente l'évolution annuelle moyenne de la population entre 2013 et 2018.

On peut noter l'atypicité de la commune de Vitrolles dont la population diminue et à l'opposé la forte dynamique des communes de Miramas et de Gardanne et, de façon moindre, de Pertuis.



1.3 Répartition par tranche d'âge

La répartition par tranche d'âge est globalement comparable à celle de la population française, avec une légère sur représentation des 15-29 ans (+ 0,6%), en fait portée par la commune d'Aix-en-Provence, où l'écart pour cette tranche d'âge est de + 8,6%.

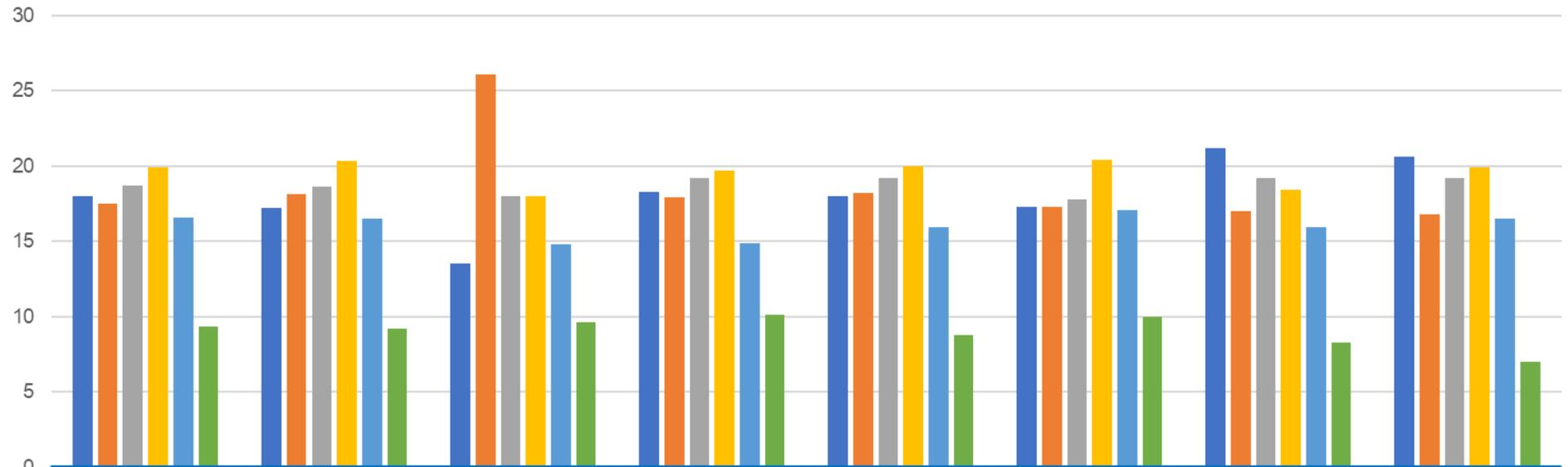
Cette sur représentation, liée au statut de ville universitaire d'Aix en Provence, avec une présence importante d'étudiants, se retrouvera dans les données de scolarisation, d'activité et de parts de diplômés qui seront présentées plus loin.

Le tableau présenté page 11 met également en évidence la répartition inégale des 0-14 ans proportionnellement moins nombreux à Aix que dans les autres communes (en particulier Miramas et Vitrolles).

Une analyse plus fine de la population de 0 à 24 ans retrouve à Aix la proportion très élevée des 18-24 ans et à Vitrolles et Miramas celle des 3 à 10 ans (Tableau page 12)

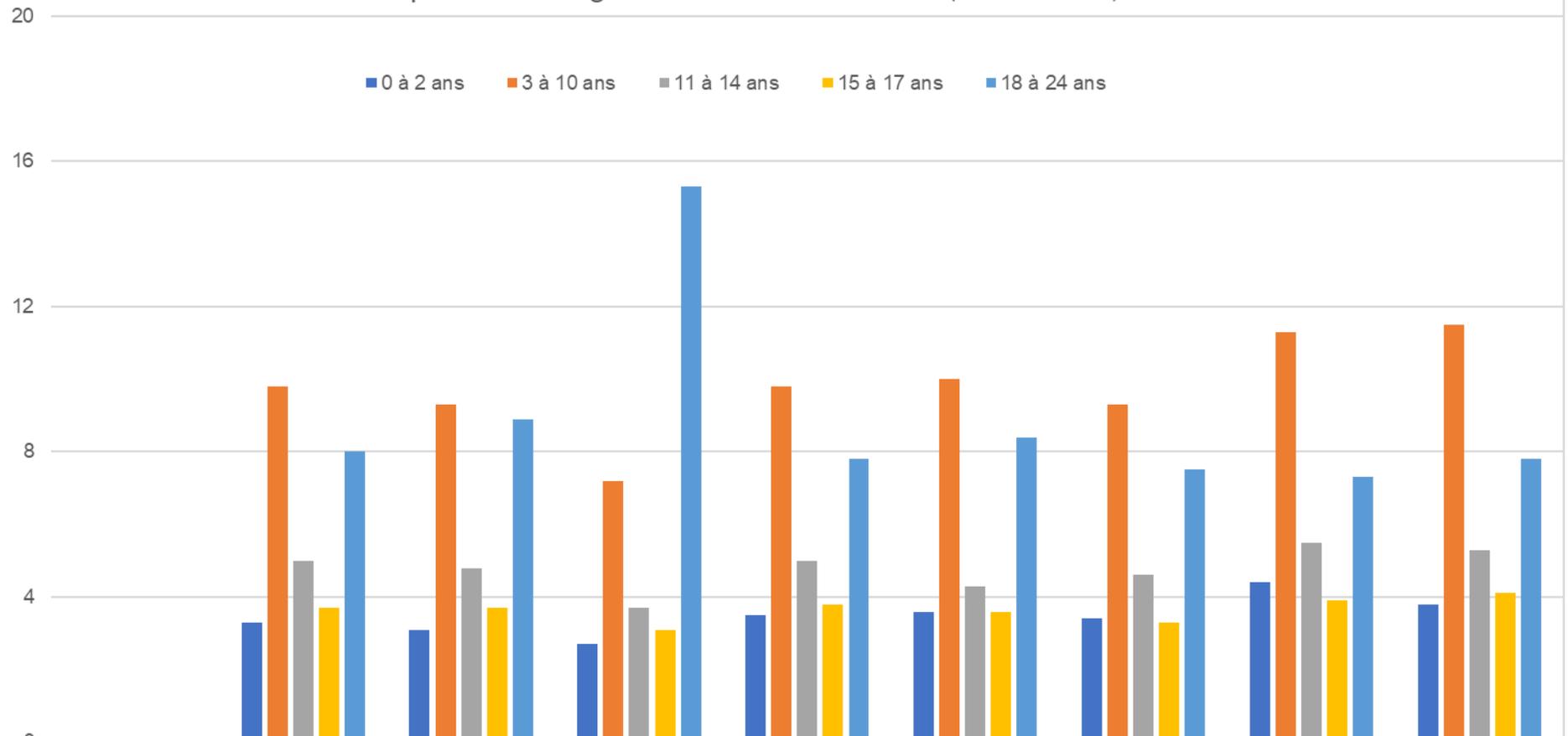
Population par tranche d'âge en % (données 2018)

■ 0 - 14 ans ■ 15 - 29 ans ■ 30 - 44 ans ■ 45 - 59 ans ■ 60 - 74 ans ■ 75 ou +



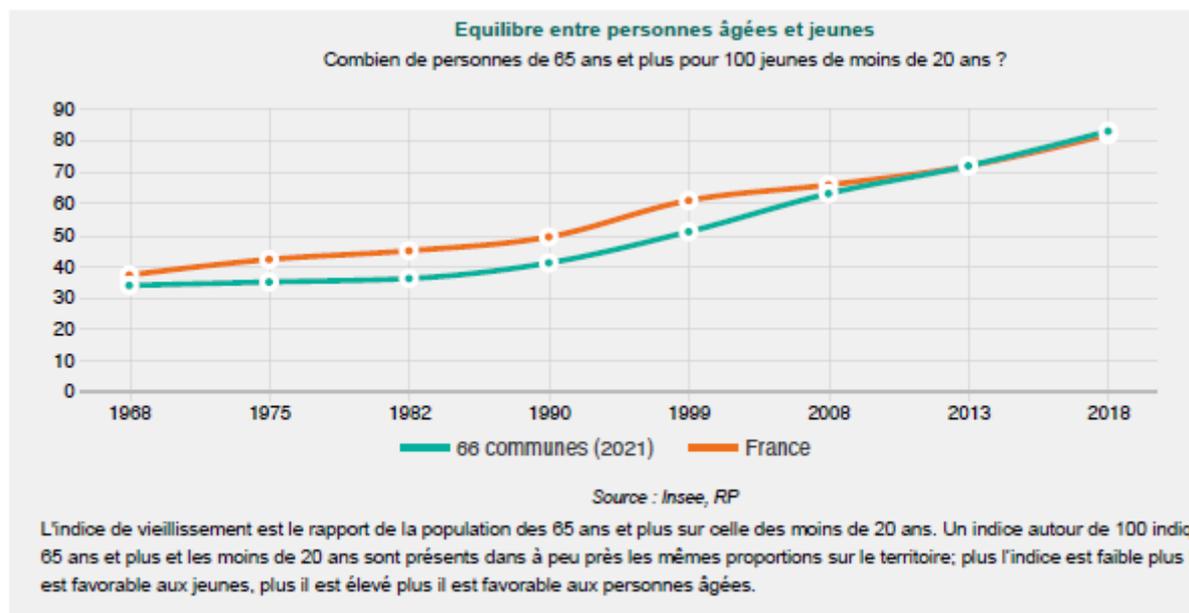
	France	Zone CHM	Aix en Provence	Salon de Provence	Gardanne	Pertuis	Miramas	Vitrolles
■ 0 - 14 ans	18	17,2	13,5	18,3	18	17,3	21,2	20,6
■ 15 - 29 ans	17,5	18,1	26,1	17,9	18,2	17,3	17	16,8
■ 30 - 44 ans	18,7	18,6	18	19,2	19,2	17,8	19,2	19,2
■ 45 - 59 ans	19,9	20,3	18	19,7	20	20,4	18,4	19,9
■ 60 - 74 ans	16,6	16,5	14,8	14,9	15,9	17,1	15,9	16,5
■ 75 ou +	9,3	9,2	9,6	10,1	8,8	10	8,3	7

Population en âge d'être scolarisée en % (données 2018)



		France	Territoire CHM	Aix en Provence	Salon de Provence	Gardanne	Pertuis	Miramas	Vitrolles
■ 0 à 2 ans	0	3,3	3,1	2,7	3,5	3,6	3,4	4,4	3,8
■ 3 à 10 ans	0	9,8	9,3	7,2	9,8	10	9,3	11,3	11,5
■ 11 à 14 ans	0	5	4,8	3,7	5	4,3	4,6	5,5	5,3
■ 15 à 17 ans	0	3,7	3,7	3,1	3,8	3,6	3,3	3,9	4,1
■ 18 à 24 ans	0	8	8,9	15,31	7,8	8,4	7,5	7,3	7,8

On peut noter aussi un indice de vieillissement en augmentation constante, qui a « rattrapé » depuis 2008 l'indice national, avec une population âgée qui sera donc significativement plus nombreuse dans les années à venir.



En 2018, les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 9,2% de la population et les 60 à 74 ans 16,5%.

Les plus de 75 ans vivent très majoritairement au domicile. 39,6% d'entre eux (soient 18 291) vivent seuls.

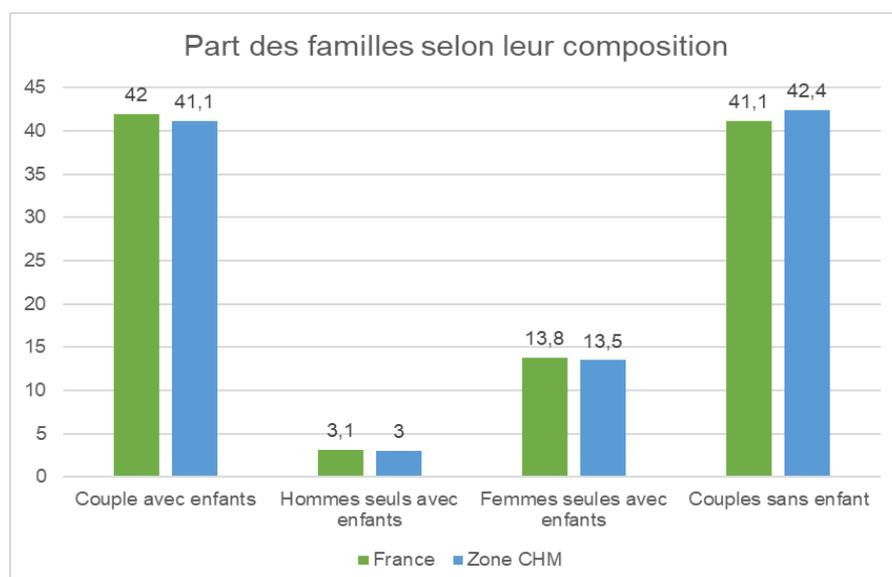
9,2% d'entre eux seulement sont dans des établissements d'hébergement.

Sur le territoire du CHM, ces places d'hébergement sont au nombre de 5158 dont 694 pour personnes âgées autonome et 4464 pour personnes âgées dépendantes.

1.4 Mode de vie

La taille des ménages est en diminution, et proche de la moyenne nationale (2.2 personnes par ménage)

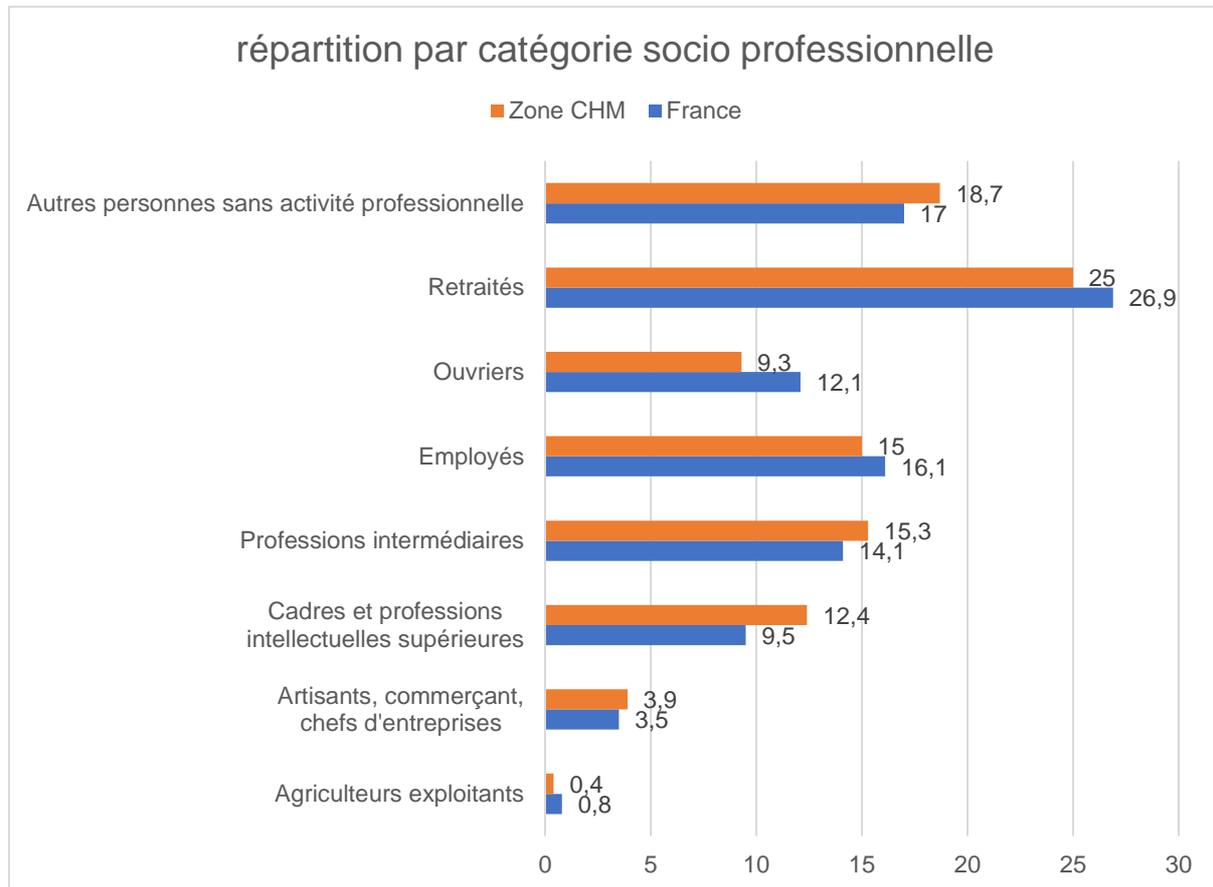
16,6 % des familles correspondent à des familles monoparentales.



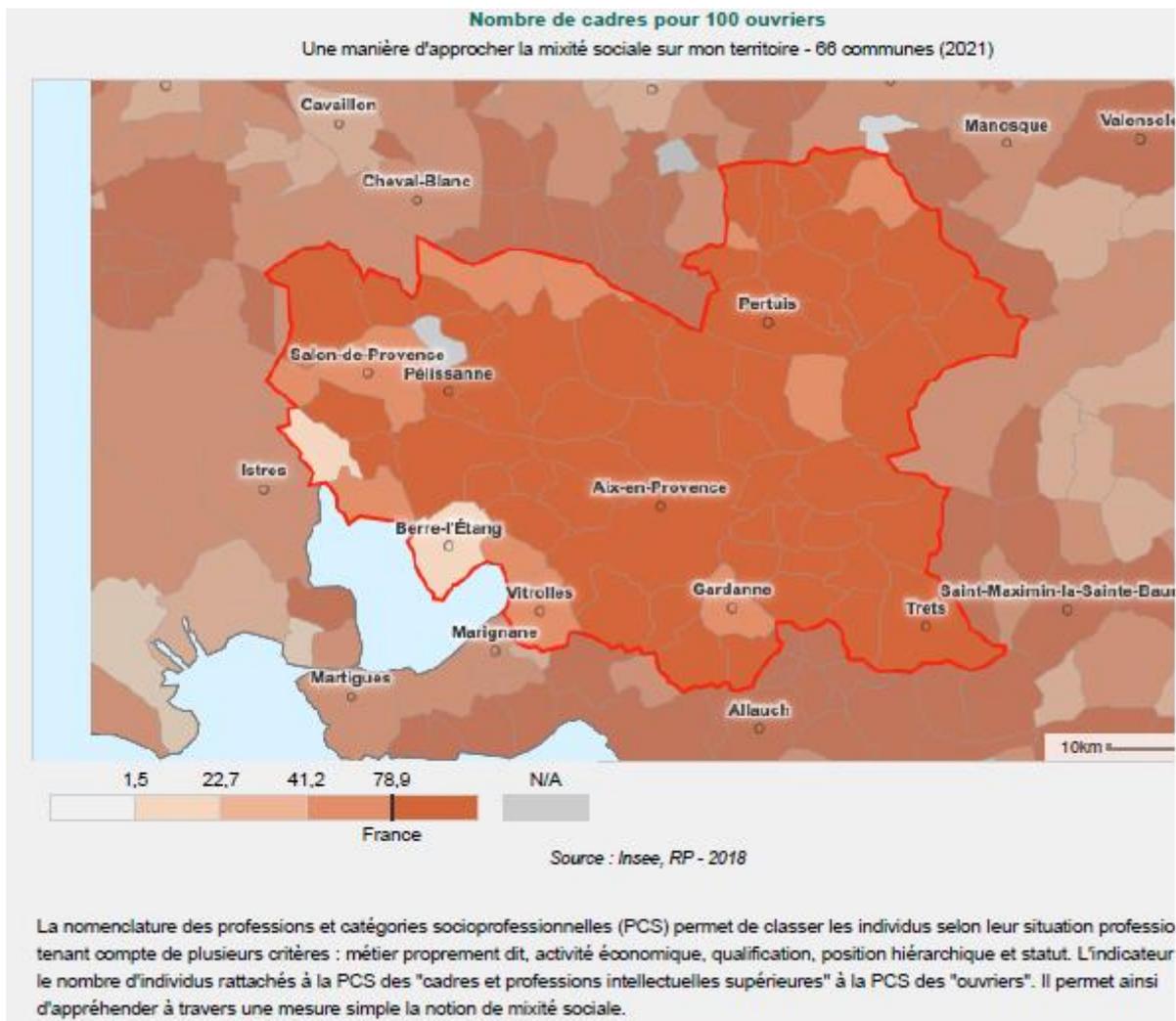
1.5 Catégories socio professionnelles

L'examen de la répartition en catégories socio professionnelles de la population de notre territoire montre globalement, si on la compare aux moyennes nationales :

- Une sur représentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (+ 2,9%) ainsi que des professions intermédiaires (+1,2%)
- Une sous-représentation des employés (-1%) et des ouvriers (-2,8%)



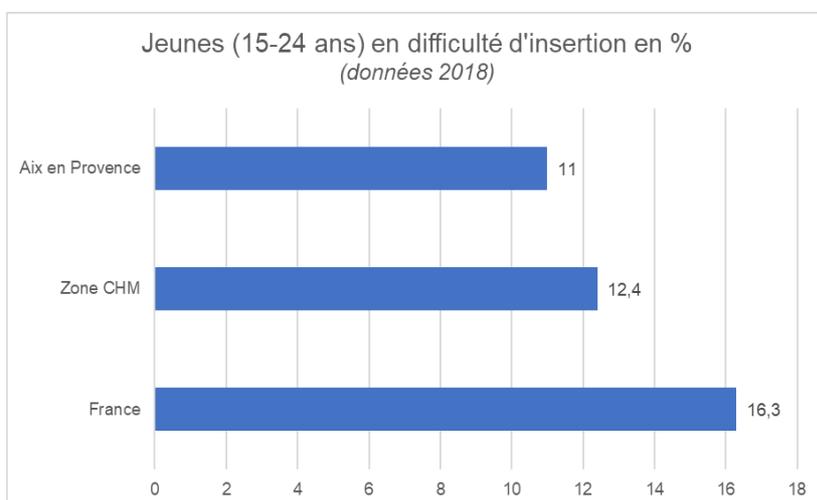
Ces différences sont là aussi inégalement réparties et cette hétérogénéité apparaît dans la carte suivante représentant le ratio nombre de cadres pour 100 ouvriers qui est un indicateur de mixité sociale.



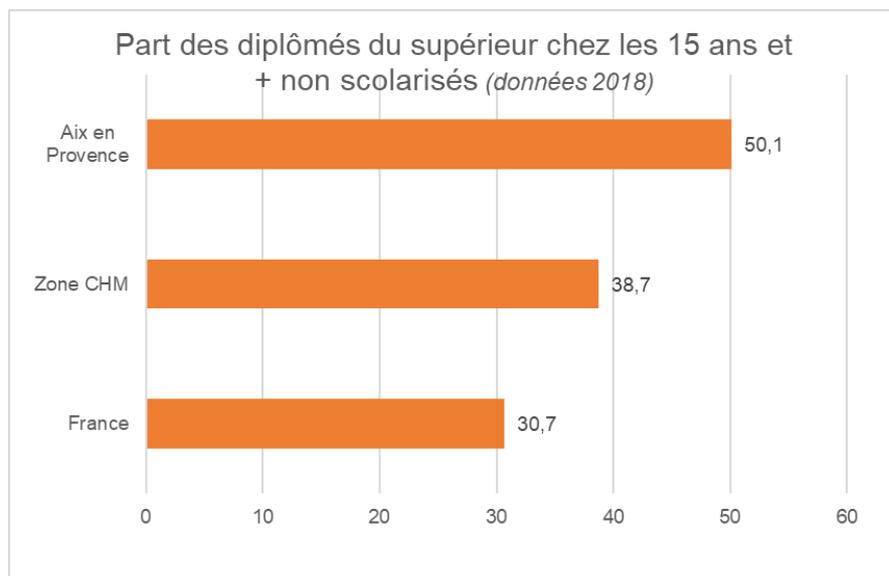
1.6 Scolarisation des jeunes et niveaux de formation

Le taux de scolarisation des 18-24 ans est significativement supérieur à la moyenne nationale (+6,3% soit 59,2%) (cf. tableau précédent page 12).

Le taux de jeunes de 15-24 ans en difficulté d'insertion (ni en emploi ni en formation) est inférieur à la moyenne nationale (- 3,9%).



On trouve aussi une plus forte représentation des diplômés du supérieur chez les plus de 15 ans non scolarisés



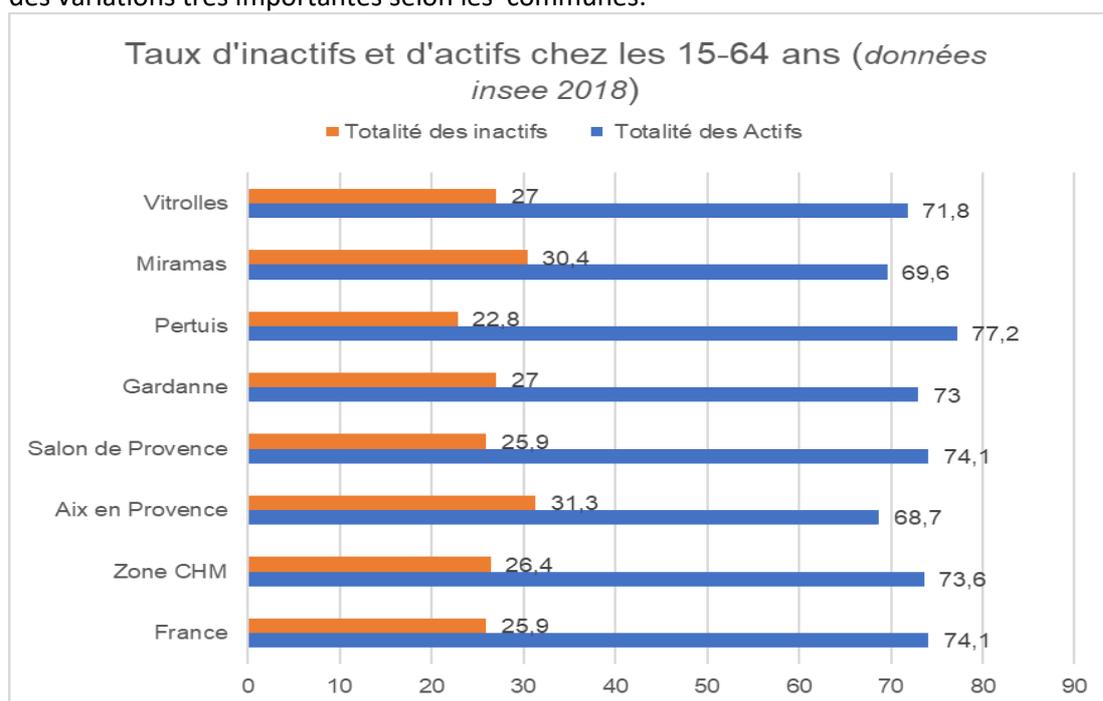
Sur le territoire du CHM, les effectifs de l'enseignement supérieur s'élèvent à 39 750 étudiants dont 38 167 à Aix en Provence.

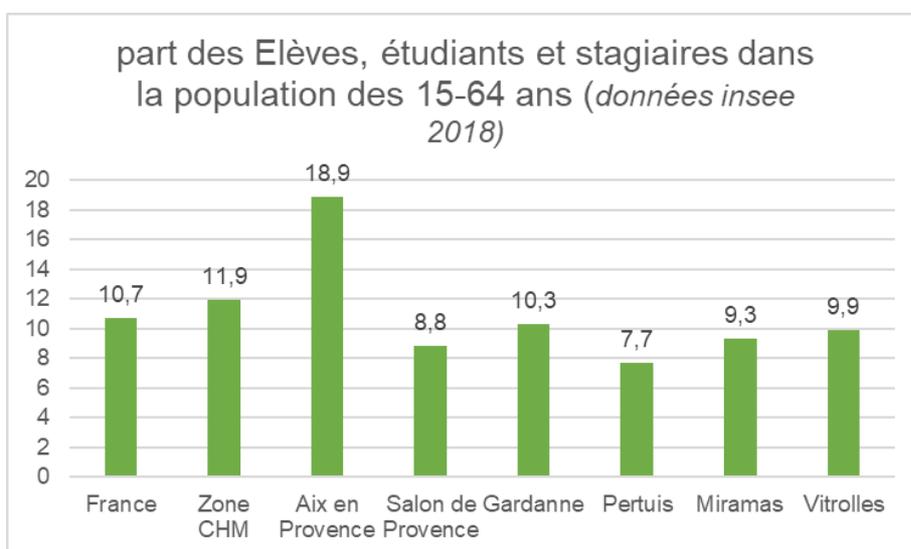
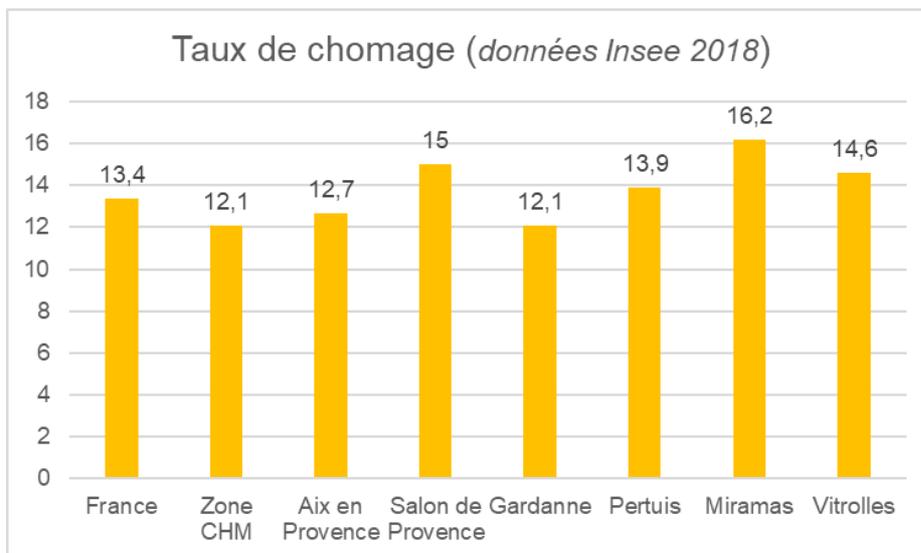
1.7 Emplois

On trouvera dans les trois tableaux ci-dessous globalement et dans les 6 plus grandes communes :

- Les taux d'actifs et d'inactifs
- Le taux de chômage
- La part des élèves, étudiants et stagiaires

On a globalement un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale, un peu moins d'actifs et un peu plus d'inactifs et au sein de ces inactifs globalement plus d'élèves ou d'étudiants, avec, cependant des variations très importantes selon les communes.





1.8 Logement

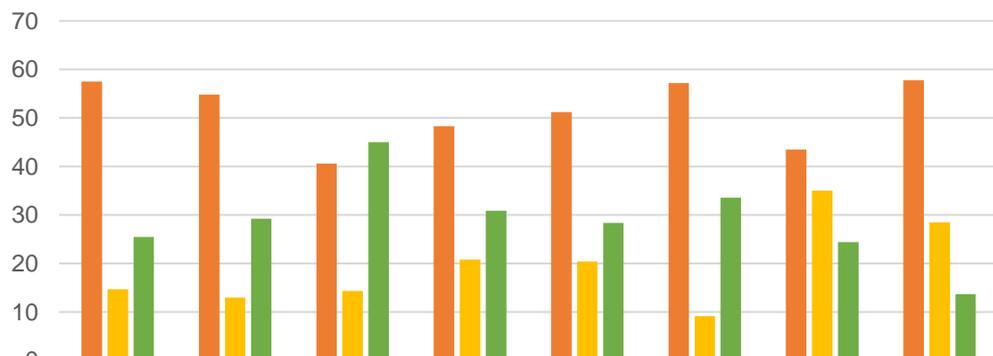
Si on compare avec les données nationales, il y a dans les résidences de notre territoire moins de résidences de propriétaires et moins de résidences HLM, avec comme corollaire une proportion plus importante de résidences du parc privé locatif.

Cette différence est particulièrement marquée à Aix en Provence où le parc privé locatif représente 75 % du parc privé total. Avec des niveaux de loyers élevés.

L'évolution annuelle du nombre de logements sociaux est de 1,1%, inférieure à la moyenne nationale (1,4%), ce qui n'augure pas d'une amélioration significative de la situation dans les années à venir.

Résidences principales selon le statut d'occupation

■ Propriétaires ■ Locataires logements HLM ■ Locataires hors HLM

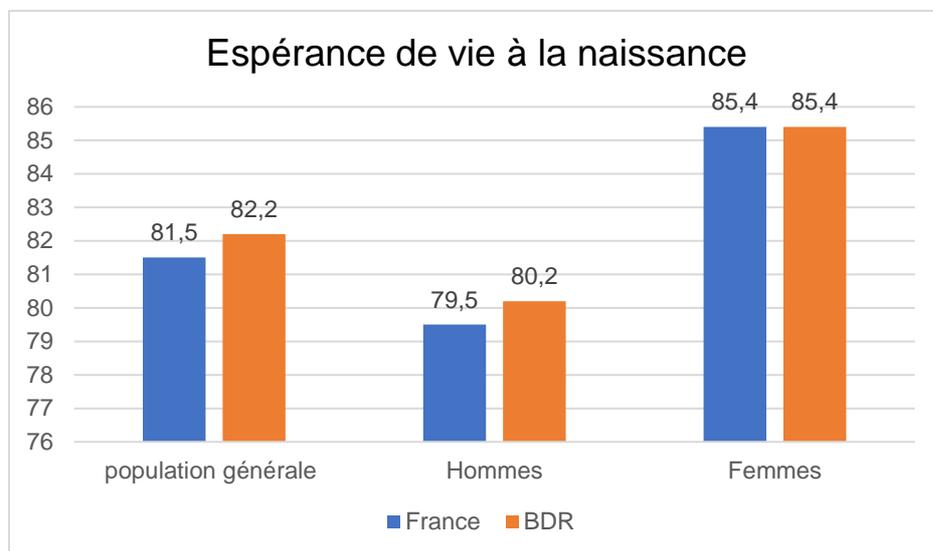


	France	Zone CHM	Aix en Provence	Salon de provence	Gardanne	Pertuis	Miramas	Vitrolles
Propriétaires	57,5	54,8	40,6	48,3	51,2	57,2	43,5	57,8
Locataires logements HLM	14,7	13	14,4	20,8	20,4	9,2	35	28,5
Locataires hors HLM	25,5	29,2	45	30,9	28,4	33,6	24,4	13,7

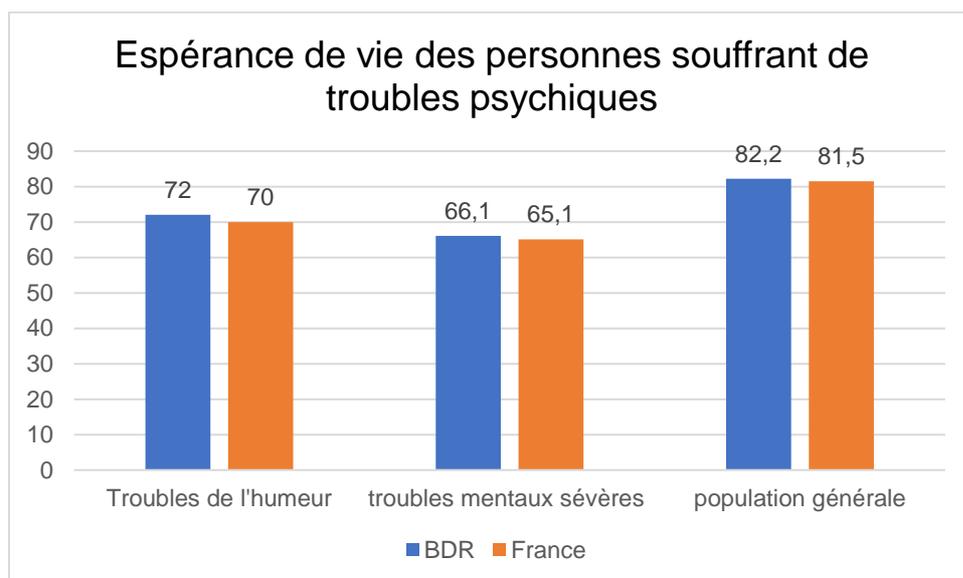
2. Les indicateurs de santé

Ils sont extraits de l'atlas de santé mentale et concernent l'ensemble du département des Bouches du Rhône.

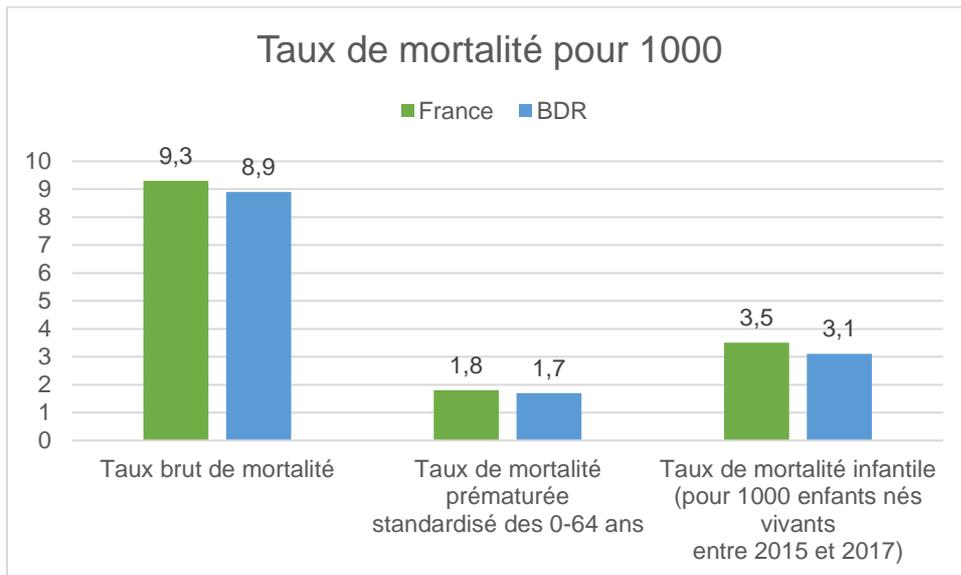
L'espérance de vie à la naissance des hommes est supérieure dans les Bouches du Rhône par rapport aux moyennes nationales. Celle des femmes est identique.



Ces chiffres plus favorables se retrouvent quand on regarde l'espérance de vie des personnes prises en charge pour des troubles de l'humeur ou pour des troubles psychiques sévères. Concernant ces dernières toutefois on peut noter que l'écart avec la population générale reste très proche de celui constaté au niveau national (16,1 ans au lieu de 16,4 ans).

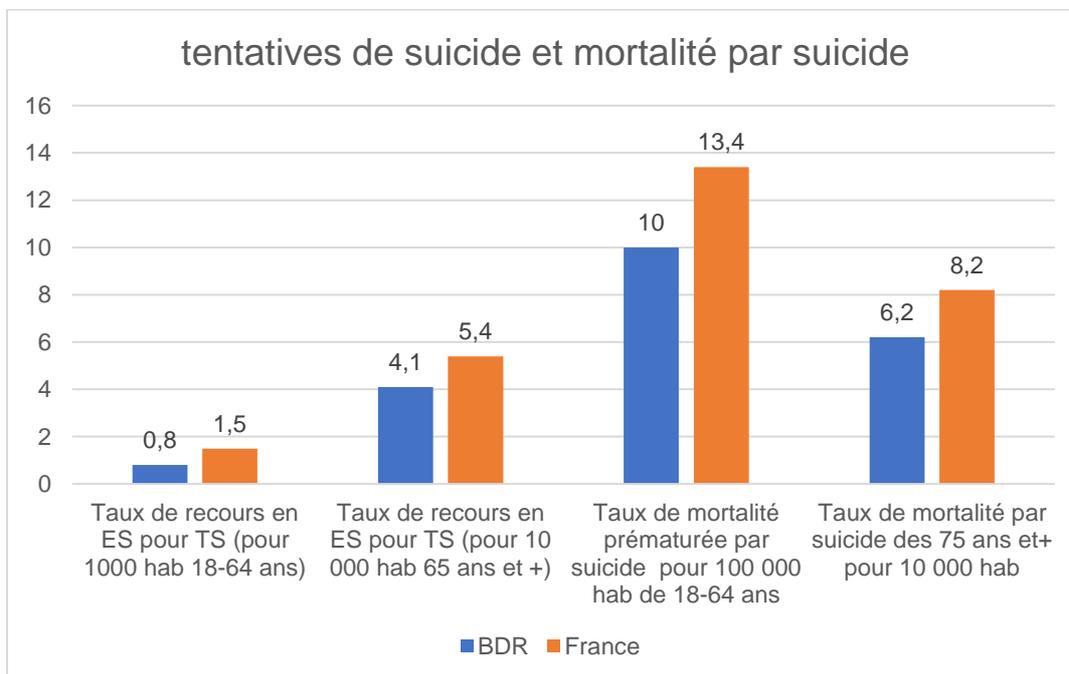


Les taux de mortalité sont inférieurs à ceux de la France.



Les taux de recours en établissement de santé pour tentative de suicide chez les 18-64 ans et chez les plus de 65 ans sont également inférieurs aux moyennes nationales.

Il en va de même pour les taux de mortalité prématuré par suicide (cf. ci-dessous).



Le taux d'hospitalisation pour Tentative de suicide de 100 000 habitants de 12-18 ans est aussi inférieur au niveau national (10,5 versus 16).

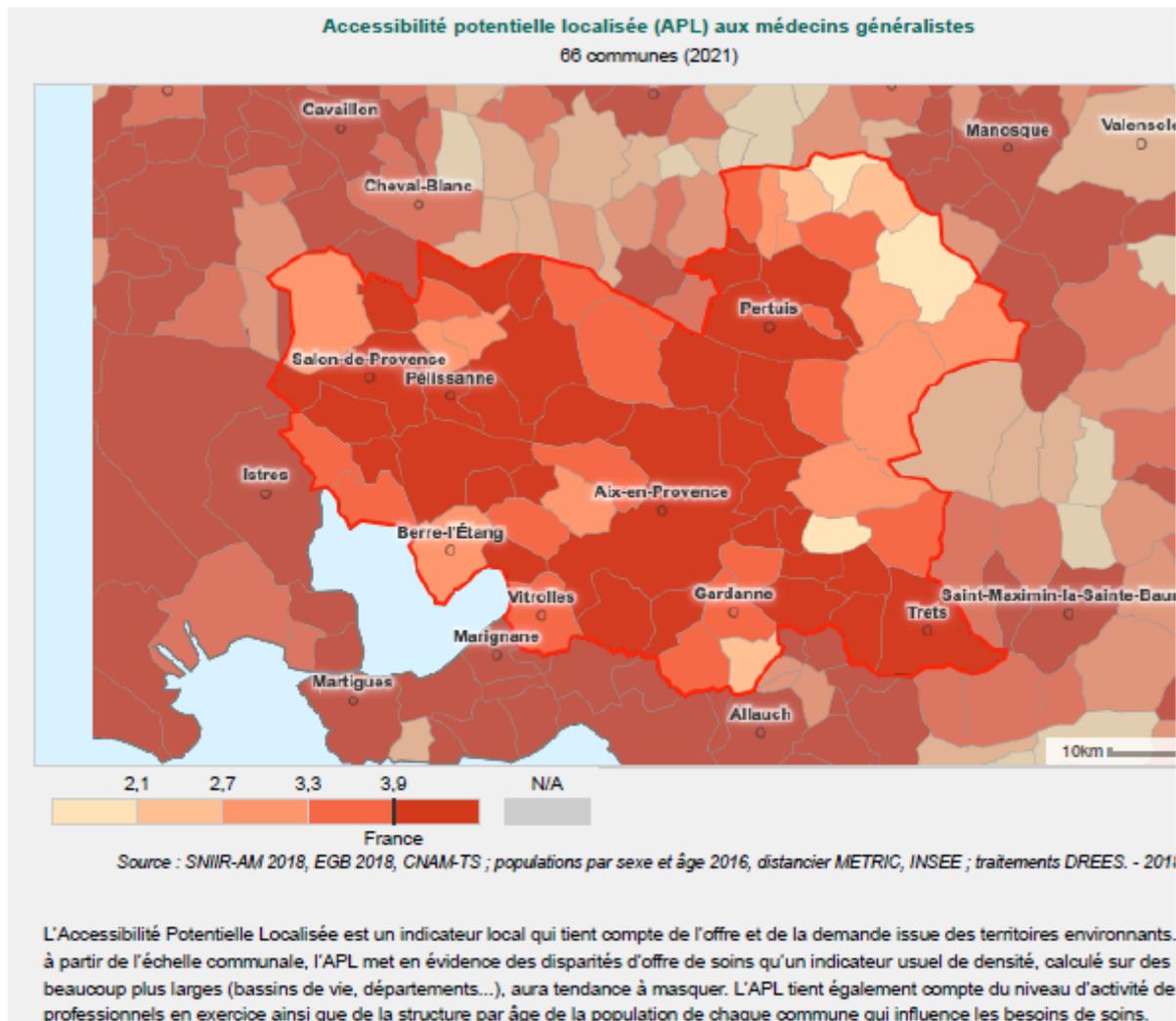
3. L'offre de soins

3.1 L'offre de soins en ville

3.1.1 Les médecins généralistes

On trouvera ci-dessous une carte représentant l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes sur le territoire du CHM établie avec des données 2016.

Elle était en 2016 très hétérogène (de 5,5 à Aix en Provence à 1,3 à Saint Antonin de Bayon pour une moyenne nationale à 4,2). Comme sur l'ensemble du territoire national, elle est en voie de dégradation du fait de la démographie des généralistes.



3.1.2 Les psychiatres libéraux

La densité de psychiatres libéraux sur le territoire du CHM est inférieure à celle des Bouches du Rhône (12,9 pour 100 000 habitants versus 19,3) mais supérieure à celle de la France (9,9).

Il faut cependant souligner que 68% des psychiatres libéraux sont installés à Aix en Provence.

Par ailleurs, seulement 49% de ces psychiatres libéraux sont en secteur 1 versus 78 % dans les Bouches du Rhône et 66,8 % en France.

Ceux qui sont en secteur 2 sont à 60% en honoraires libres.

On a donc sur le territoire du CHM, une problématique d'accessibilité géographique et financière de l'offre spécialisée libérale. Le CMP représente très souvent le seul recours.

NB : en 2017, 50,7% des psychiatres libéraux avaient plus de 55 ans.

3.1.3 Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Il y a actuellement, sur le territoire du CHM, cinq CPTS avec des degrés de maturité très différents. La CPTS Sainte Victoire a été validée par l'ARS et a établi une convention avec le CHM. Les CPTS Provence Santé, Durance Sainte Victoire, du pays Salonnais et des Villages de l'ARC sont de création plus récente et les contacts en sont encore à un stade préliminaire.

3.2 Les établissements de santé

3.2.1 Les moyens

Au niveau du département, en **psychiatrie générale**, l'offre hospitalière se caractérise par une densité de lits/place en psychiatrie générale supérieure à la moyenne nationale : 147,3 pour 100 000 habitants de plus de 16 ans, versus 105,8.

Elle se caractérise aussi par une place tout à fait atypique de l'offre privée lucrative qui représente 50,5% des lits (23,2% au niveau national).

En ce qui concerne le public, il y a trois établissements spécialisés (Edouard Toulouse, Valvert et Montperrin) et trois hôpitaux avec des secteurs psychiatriques (l'APHM, Martigues et Arles).

Il y a 15 établissements privés.

Sur le territoire du CHM, on retrouve :

- La clinique de la Jauberte (75 lits d'adulte),
- La clinique de la Lauranne (200 ? lits d'adulte)

La densité des CMP est légèrement supérieure à la moyenne nationale 4,6 pour 100 000 habitants versus 4,2.

Celle des CATTP est assez nettement inférieure : 1,5 pour 100 000 habitants versus 2,4.

Les densités de personnels exerçant dans les établissements sont inférieures aux moyennes nationales

Densité d'ETP* moyens en psychiatrie générale



Catégories	Densité d'ETP moyens en psychiatrie générale (pour 100 000 hab. (16+))	
	Bouches-du-Rhône	France
psychiatres	10,2	10,8
personnels médicaux (hors psychiatres)	1,0	1,7
personnels soignants et socio-éducatifs	155,7	156,4

Source : SAE, INSEE - 2015

*ETP : équivalents temps plein moyens annuels

Si on considère **la population des enfants et des adolescents**, l'offre hospitalière est inférieure à la moyenne nationale de façon significative (10,6 lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans versus 16,6).

On retrouve une présence des établissements privés très nettement supérieure aux moyennes nationales.

Prise en charge à temps complet

Catégories	Densité de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (Pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	
	Bouches-du-Rhône	France
Etablissements privés	4,5	1,5
Etablissements publics	6,2	15,1
Tous les établissements	10,6	16,6

2015 2019

La densité des CMP pour 100 000 habitants de 0 à 16 ans est supérieure à la moyenne nationale (12,9 versus 11.)

Celle des CATTP est inférieure (4,7 versus 4,9).

Les densités des personnels exerçant dans les établissements sont, comme en psychiatrie générale, inférieures aux moyennes nationales.

Indicateurs	Bouches-du-Rhône	France
Densité ETP de psychiatres (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	12,0 ▼	13,4
Densité ETP de personnels médicaux (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	0,1 ▼	0,7
Densité ETP de personnels soignants (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans)	84,3 ▼	134,4

Pour la population âgée (plus de 65 ans), les dispositifs spécialisés sont peu développés, comme souligné dans le Projet Médico-Soignant Partagé du GHU.

Indicateurs	Unités psychiatriques	
	Bouches-du-Rhône	France
Unités spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé (unité(s))	2	145
Densité de places d'UHR (places pour 100 000 hab. (65+))	15,0 ▼	19,0
Densité de places d'UCC (places pour 100 000 hab. (65+))	3,0 ▼	9,7

Source : SAE + Finess - 2015

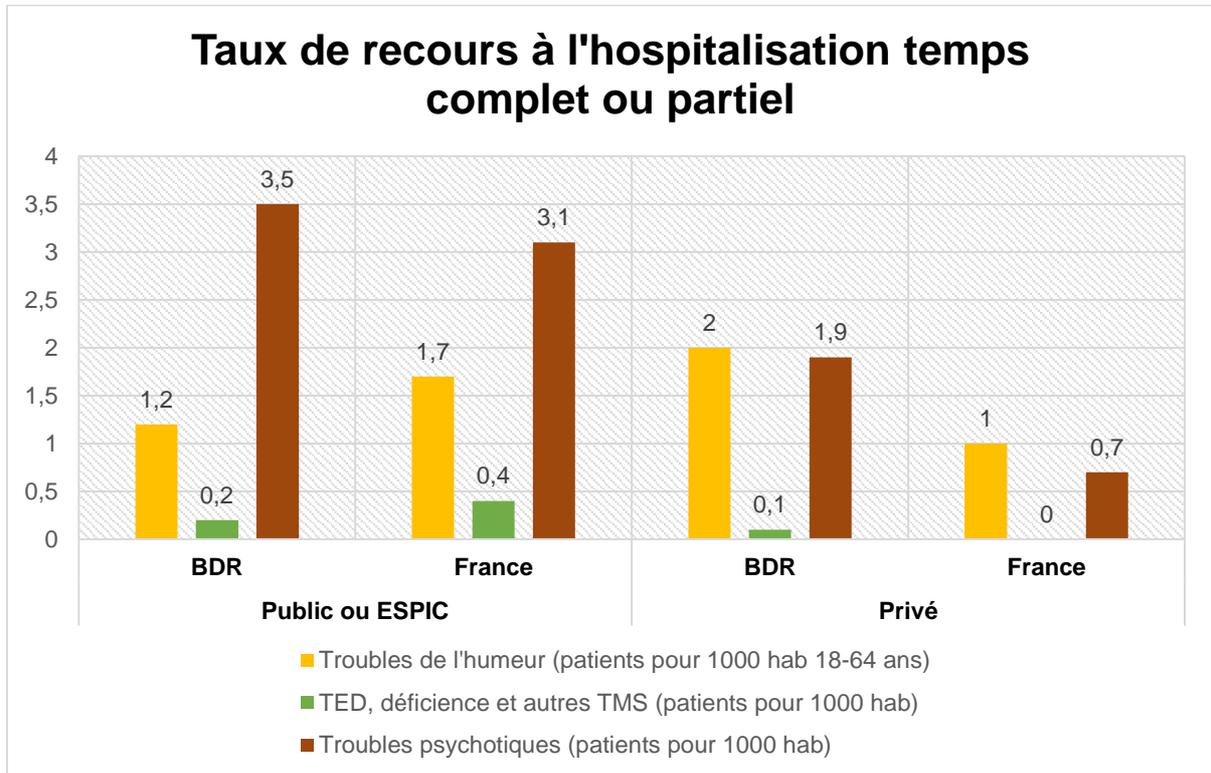
UHR : Unités d'hébergement renforcé UCC : Unités de réhabilitation cognitivo-comportementales

3.2.2 Les taux de recours

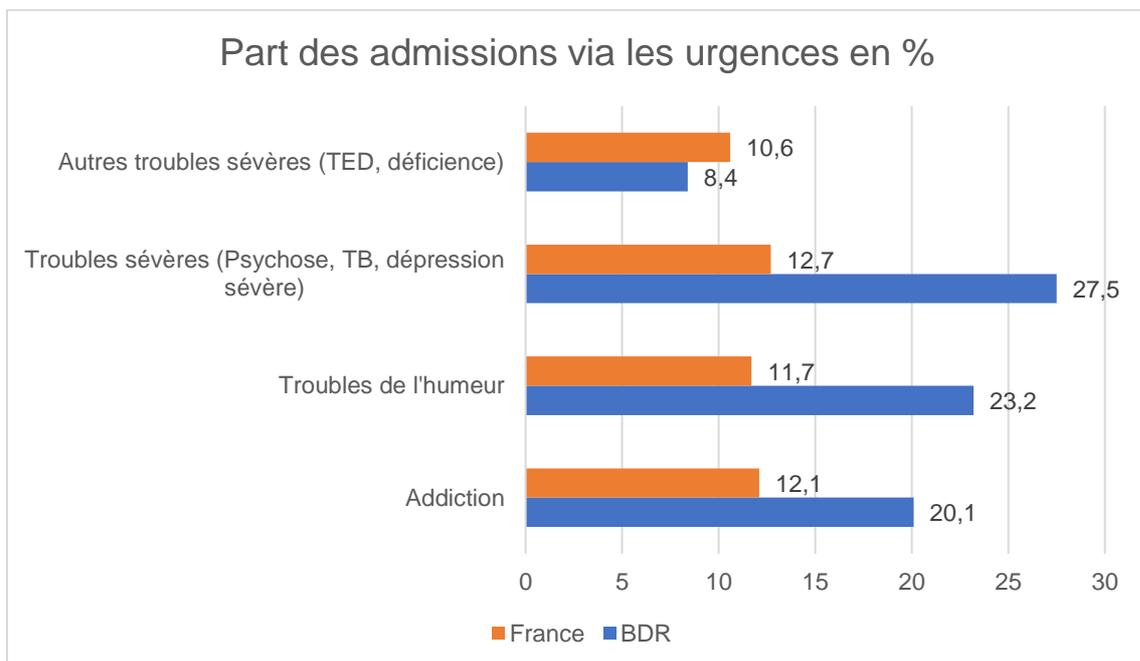
Pour la population générale : Au niveau départemental, le taux de recours à l'hospitalisation temps complet et temps partiel est supérieur aux moyennes nationales.

Le tableau ci-dessous présente ce taux de recours en différenciant l'offre publique et l'offre privée.

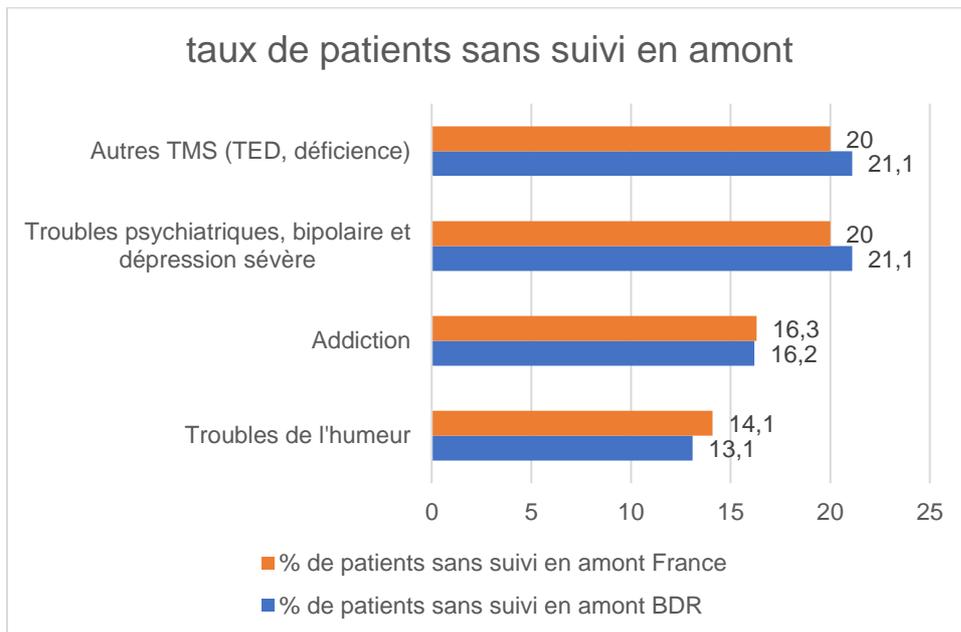
On verra que le différentiel entre les taux de recours départemental et national est nettement plus marqué pour l'offre privée.



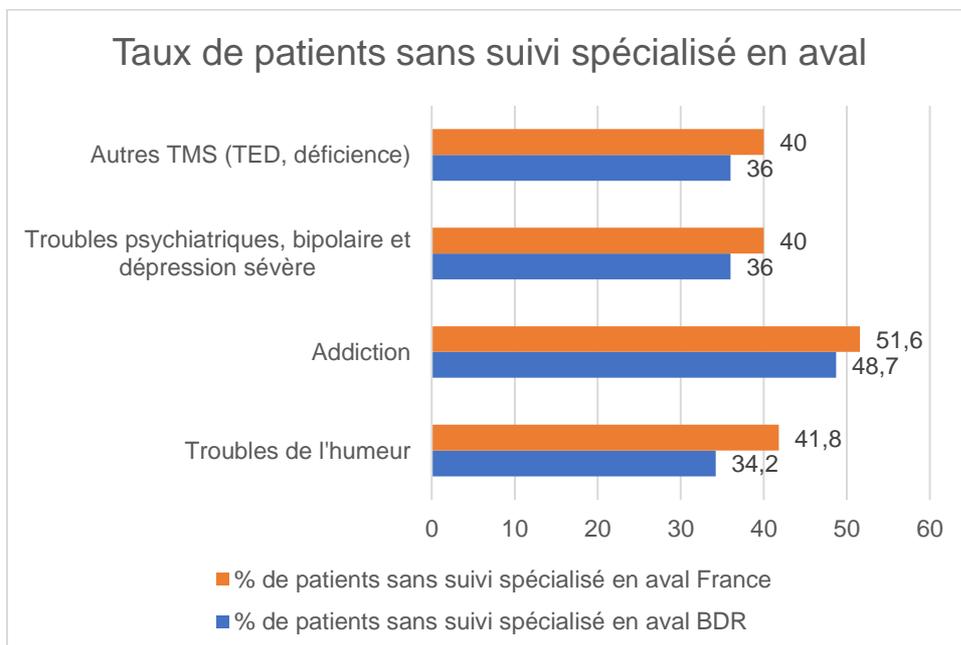
La proportion d'admissions par les urgences est supérieure à la moyenne nationale.



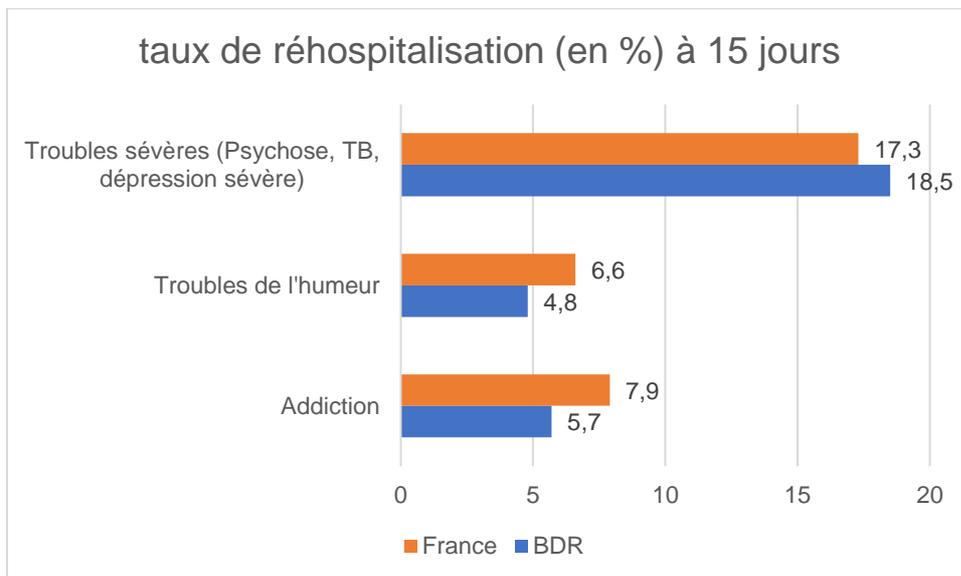
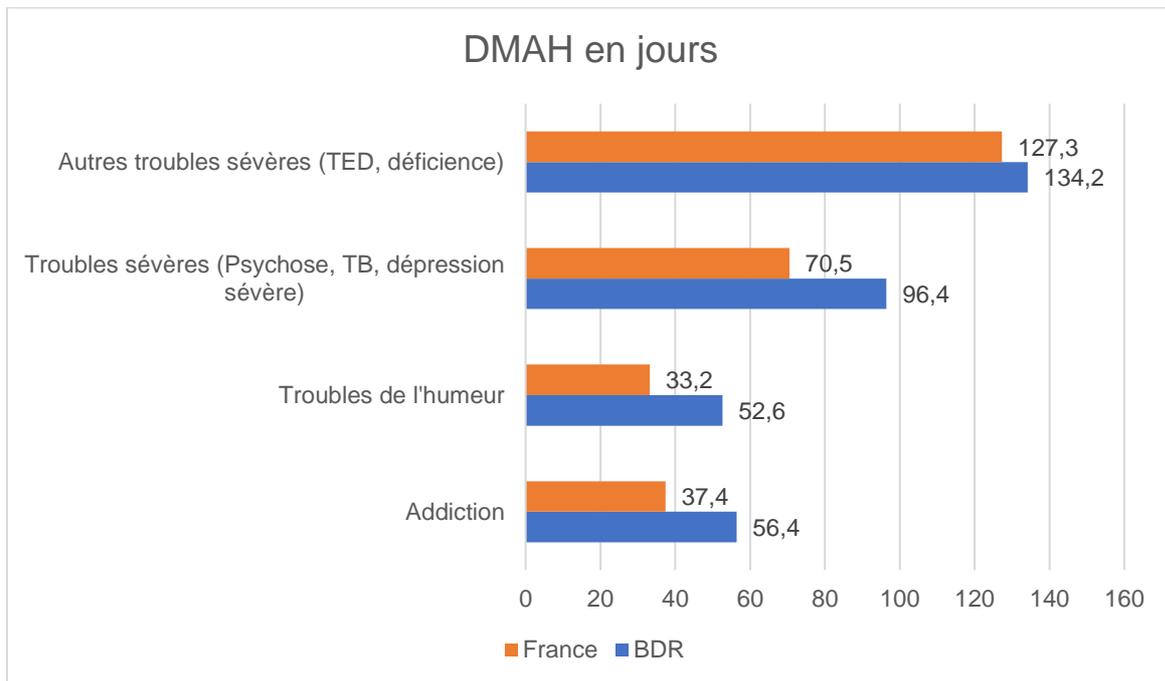
Les taux de patient sans suivi dans l'année précédant l'admission sont proches des moyennes nationales.



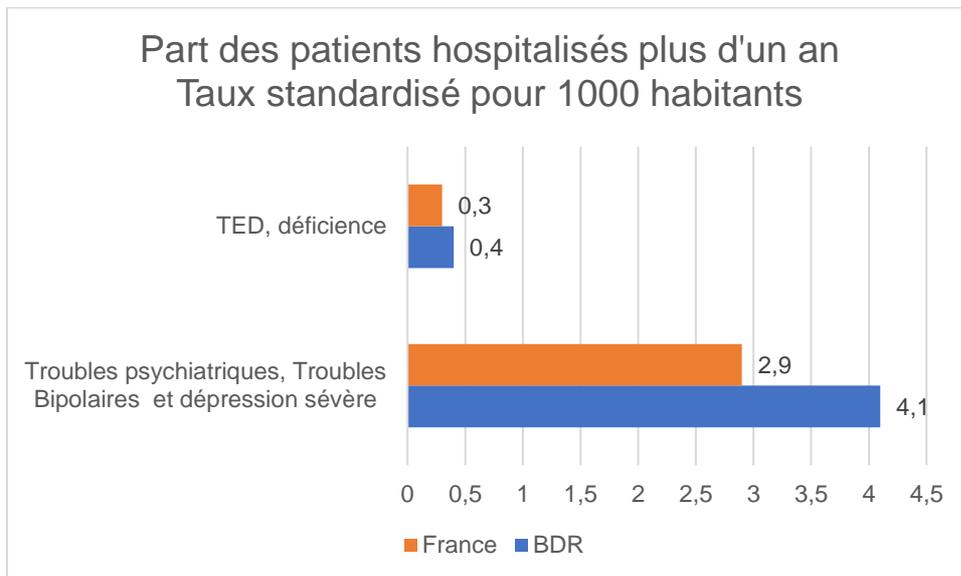
On note par contre qu'il y a moins de patients sans suivi spécialisé dans l'année suivant une hospitalisation.



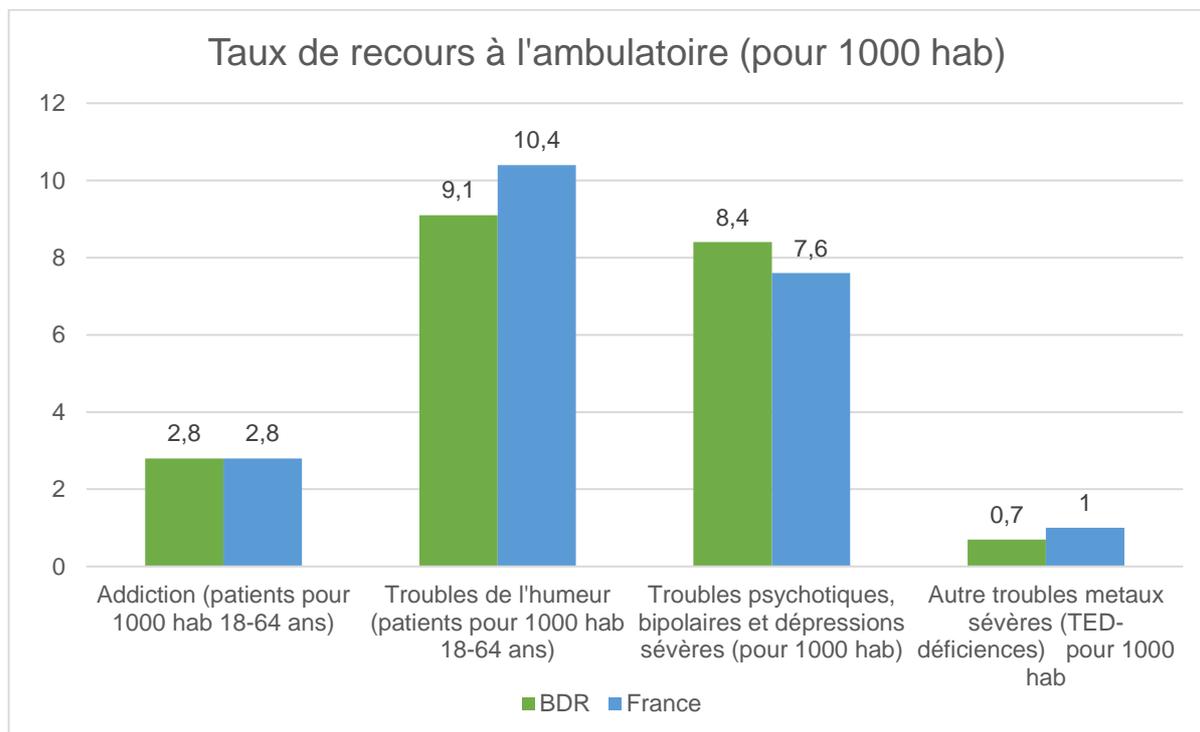
Les durées annuelles cumulées d'hospitalisation et le taux de réhospitalisation à 15 jours sont globalement supérieurs aux moyennes nationales comme on le voit dans les deux tableaux ci-dessous.



On retrouve également une part de patients hospitalisés de façon prolongée plus élevée qu'au niveau national.



Les taux de recours à l'ambulatoire sont représentés dans le tableau suivant :



Pour les enfants et les adolescents :

Les Taux d'hospitalisation temps plein et temps complet sont inférieurs aux moyennes nationales.

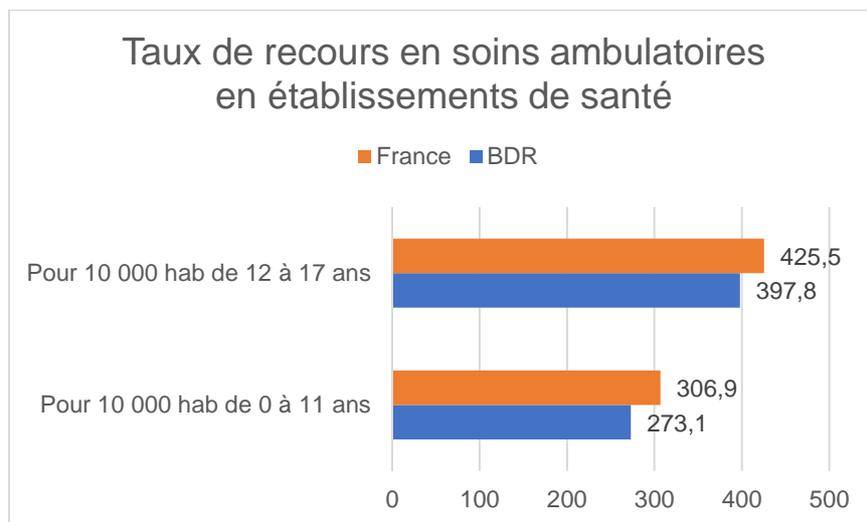
Taux pour 10 000 habitants de 0 à 17 ans. Données 2019.

Indicateurs	Bouches-du-Rhône	France
Taux d'hospitalisation temps plein (pour 10 000 hab.)	12,0 ▼	13,1
Taux d'hospitalisation temps complet (pour 10 000 hab.)	13,2 ▼	14,7
Taux d'hospitalisation en alternatives à temps complet (pour 10 000 hab.)	1,4 ▼	1,9
Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab.)	13,2 ▼	21,6

Le taux d'hospitalisation à temps partiel pour 10 000 habitants de 0 à 11 ans est également inférieur (18,7 versus 23,2).

Il est par contre plus élevé pour les 12-17 ans : 37,1 versus 24,7.

Le taux de recours en soins ambulatoires en établissements de santé est inférieur à la moyenne nationale pour les deux tranches d'âges :



Le taux d'admission en hospitalisation temps plein par les urgences est significativement plus élevé :

- En psychiatrie : 18,6 % (soit 2,5 fois la moyenne nationale)
- En MCO pour motifs psychiatriques : 4 fois la moyenne nationale

Pour les personnes âgées, on trouvera dans les deux tableaux ci-dessous des caractéristiques concernant leurs modalités de prise en charge dans les établissements de santé.

Prise en charge en hospitalisation temps plein

Indicateurs	Bouches-du-Rhône		France
Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	53,5	▼	55,0
Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psy. (pour 10 000 hab. (65+ ans))	85,6	▼	96,2
Part d'admission par les urgences, en psychiatrie, des 65 ans et plus (% nb. séjour psy.)	25,8	▲	13,9
Part d'admission par les urgences, en MCO pour motif psy., des 65 ans et plus (%)	36,4	▼	44,4

Source : RIM-P - 2015

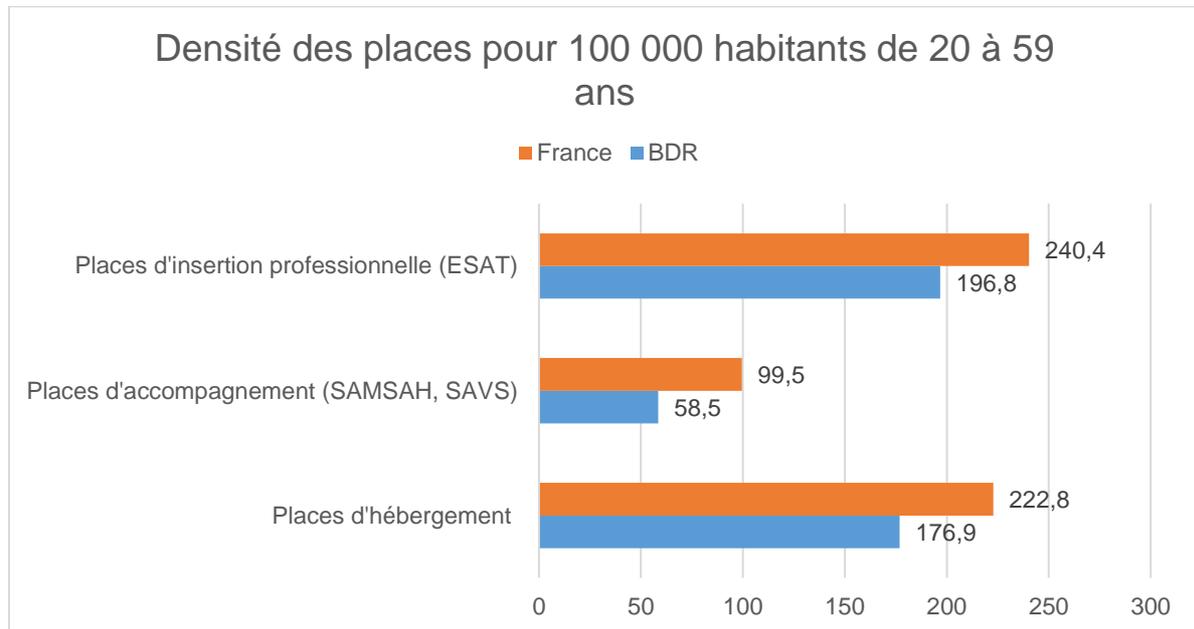
Prise en charge en établissement de santé en ambulatoire

Indicateurs	Bouches-du-Rhône		France
Taux de recours en ambulatoire pour motif psy. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans))	199,2	▼	219,7
Part des actes à domicile parmi les actes ambulatoires des 65 ans et plus (%)	5,6	▼	17,1
Part des actes de liaison vers le médico-social (%)	4,0	▼	10,6

Source : RIM-P - 2015

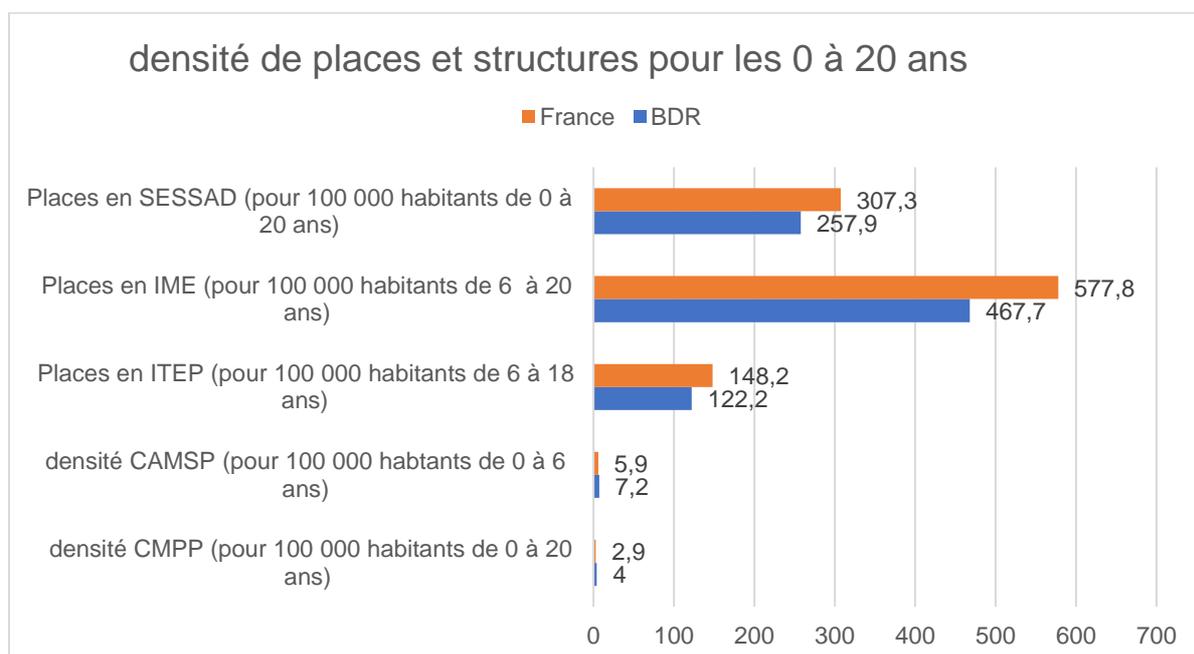
3.3 L'offre médico-sociale

Dans les Bouches du Rhône, cette offre est globalement très inférieure aux moyennes nationales, pour les adultes, les enfants et adolescents, ainsi que pour les personnes âgées ainsi qu'on peut le voir dans les trois histogrammes ci-dessous.

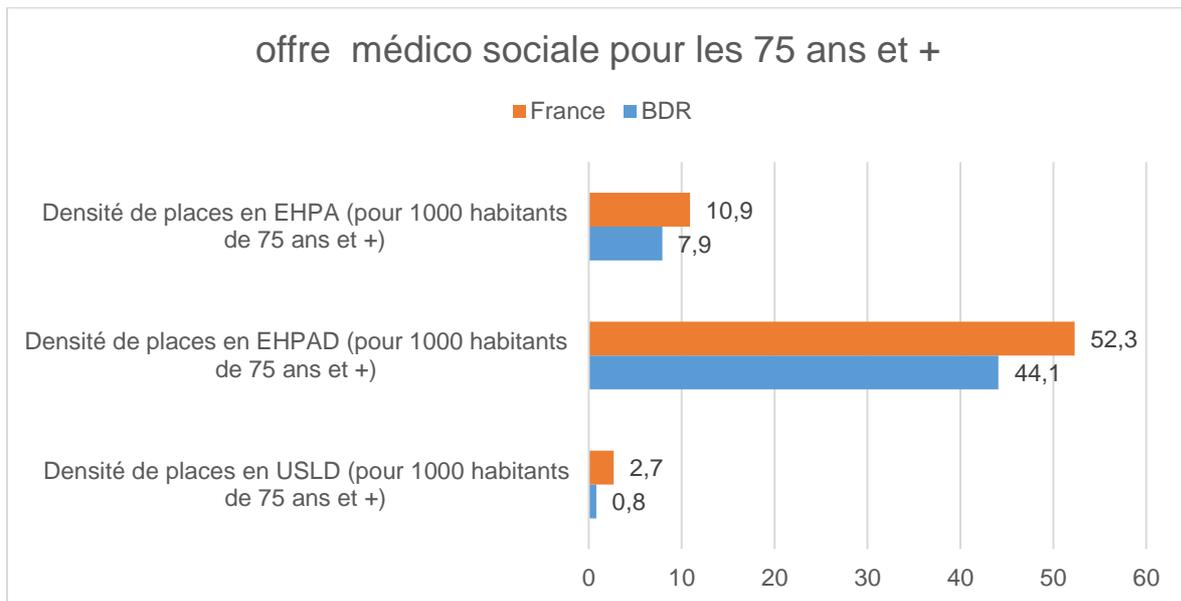


Sur le territoire du CHM, la répartition de ces différents types de places d'hébergement est par ailleurs hétérogène entre le pays d'Aix et le secteur Salon-étang de Berre, le point commun restant la rareté de l'offre.

Pour les enfants et adolescents, Les CAMSP et les CMPP sont plus nombreux que la moyenne nationale mais on retrouve la sous dotation pour les places de SESSAD, d'IME et d'ITEP.



Pour les personnes âgées, la densité des places d'hébergement est aussi globalement inférieure à la moyenne nationale.



Chapitre 2 : Les intrants Régionaux, territoriaux et locaux au Projet Médico-Soignant du Centre Hospitalier Montpellier

1. Orientations du projet régional de santé de la région PACA sur la période 2018-2023

Le projet régional de santé mentale 2018-2023 a défini 7 domaines prioritaires dans la structuration des parcours de santé. La santé mentale est un de ces domaines avec des enjeux multiples : financiers (deuxième poste de dépenses de l'Assurance maladie avec 22,5 milliards d'euros annuels) mais aussi en termes d'espérance de vie avec des comorbidités somatiques qui viennent aggraver le pronostic des troubles psychiques sévères et des groupes à risque qui doivent faire l'objet d'une attention spécifique.

1.1 Les objectifs opérationnels du Programme Régional de Santé 2018-2023

Le PRS décline pour le parcours santé mentale 8 objectifs prioritaires

- **Prévenir la souffrance psychique**, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement en développant des environnements favorables à la santé mentale (accès aux droits, reconnaissance sociale)
- **A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins, d'accompagnement et d'insertion dans la cité**, favorisant la réalisation d'une vie satisfaisante et choisie de la personne. Il faut soutenir leur inclusion dans la cité par l'habitat inclusif et l'accès à l'emploi. Les hospitalisations doivent être évitées et l'institutionnalisation limitée avec une priorisation des modalités de prise en charge et d'accompagnement ambulatoires.
- **Améliorer la réponse à l'urgence** et la crise. Avec trois objectifs pour les CAP :
 - Optimiser les conditions d'accueil (régulations, transports, locaux)
 - Adapter l'offre à la demande par une réponse permanente et renforcée aux urgences psy pour les services d'urgences dépassant 45000 passages et un renforcement de la réponse au sein des urgences pédiatriques dépassant 35 000 passages.
 - Intégration d'un appui téléphonique pour le centre 15 et la médecine de ville et d'une mission d'accueil direct pour les patients connus
- **Faire de l'utilisateur en santé mentale un acteur de son parcours**, favorisant le respect de ses droits, de sa liberté et dignité dans les épreuves de vulnérabilité. Il faut renforcer le pouvoir d'agir des personnes et impliquer les personnes directement concernées par la maladie comme acteurs de la santé mentale. Favoriser le rétablissement. Limiter les pratiques portant atteinte aux droits et libertés (SSC, isolement, contention, services fermés).
- **Agir dès le plus jeune âge**, par des interventions spécifiques renforcées de la périnatalité à l'adolescence en facilitant l'accès aux soins le plus précoce possible. L'amélioration de la prise en charge en temps plein des adolescents et l'articulation de la pédopsychiatrie avec la psychiatrie générale ainsi qu'avec les autres disciplines médicales sont nécessaires.

- **Améliorer la prise en charge somatique** des personnes vivant avec un trouble psychique en étant davantage en lien avec le médecin traitant et les services hospitaliers et en organisant des consultations de médecins générale et spécialisée dans les établissements psychiatriques.
- **Adapter le système de santé mentale au vieillissement** de la population en mettant en place une filière intégrée de prise en charge pour chaque territoire de santé mentale de PACA (unité de psychiatrie de court séjour, HDJ de psychiatrie pour patients âgés, équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé).
- **Prévenir le suicide** en poursuivant la formation des professionnels de première ligne. Il faut, aussi accompagner de manière spécifique les personnes à risque et améliorer les actions post prévention.

1.2 Les objectifs quantifiés du PRS

Pour la psychiatrie générale des Bouches-du-Rhône :

- Suppression d'une implantation d'hospitalisation temps plein destinée à la prise en charge des détenus
- Suppression d'un site suite à sa reconversion en structure médico-sociale.
- Création de 10 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour, 13 de nuit.
- Mise en place d'une autorisation pour un placement familial thérapeutique

Pour la psychiatrie infante juvénile des Bouches-du-Rhône :

- Renforcement de la collaboration entre psychiatrie infanto-juvénile du Nord des Bouches-du-Rhône et l'intersecteur de pédopsychiatrie des Alpes-de-Haute-Provence pour la prise en charge des adolescents.
- Création d'un site d'hospitalisation temps plein sur un établissement disposant d'un service d'urgence et en milieu urbain densément peuplé.
- Création de 6 sites d'hospitalisation à temps partiel de jour sur des pôles urbains dépourvus/insuffisamment pourvus de cette offre.
- Création de 7 sites d'hospitalisation à temps partiel de nuit.
- 3 autorisations créées pour le placement familial thérapeutique.

2. Orientations issues du PTSM

Publié en décembre 2020 pour la période 2021-2025, le PTSM des Bouches du Rhône a retenu 49 actions qu'il a réparties selon les trois axes de la feuille de route nationale de santé mentale.

De la même façon que le champ de la santé mentale excède largement celui de la psychiatrie, les porteurs potentiels de ces actions sont multiples, les établissements sanitaires n'en représentant qu'une partie.

Sont présentées ci-dessous les 23 actions en lien direct avec l'organisation des soins psychiatriques, y compris dans ses modalités partenariales. Elles se rattachent aux deux premiers axes de la feuille de route.

Le troisième axe (améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique) excédant largement le domaine d'action de nos établissements, même s'il est une dimension incontournable de l'amélioration du parcours de vie de nos patients, et un sujet de préoccupation constant des équipes soignantes.

Axe 1 : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

Action 4- Développer des actions de sensibilisation aux troubles psychiques auprès des professionnels et de l'entourage.

Action 10- Développer des formations au repérage précoce des troubles psychiques.

Axe 2 : garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre de soins en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

Action 12- Développer des équipes d'accompagnement intensif des parcours complexes

Action 14- Développer le partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé

Action 17- Mise en place d'une ligne téléphonique entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur

Action 18- Favoriser l'application de la charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur

Action 19- Soutenir le déploiement du dossier médical partagé (DMP)

Action 20- Déployer les équipes mobiles

Action 21- Développer les consultations avancées

Action 22- Développer les équipes de la psychiatrie de liaison

Action 23- Conduite d'un audit des centres médico-psychologiques et des centres médico-psycho-pédagogiques

Action 24- Réunir sur un même site des consultations somatiques et psychiatriques

Action 25- Développer des consultations somatiques au sein des CMP

Action 26- Développer et mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse

Action 27- Désigner et former en santé mentale des professionnels référents au sein de chaque établissement MCO, SSR et au sein des EHPAD

Action 28- Améliorer l'accueil dans les services d'urgences généralistes

Action 31- Formation et sensibilisation au repérage et à la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Action 32- Déployer la télémédecine

Action 33- Développer des équipes de réhabilitation psychosociale

Action 34- Généraliser les directives anticipées en psychiatrie

Action 36- Mieux prendre en charge l'entourage

Action 37- Déploiement de l'Open Dialogue

Action 38- Développer les formations en rétablissement

3. Principales orientations stratégiques définies par le Projet Médico Soignant Partagé du Groupement Hospitalo-Universitaire Hôpitaux de Provence

Le GHU Hôpitaux de Provence comporte 7 établissements disposant d'une activité de psychiatrie : l'AP-HM CHU de référence, 2 Centres Hospitaliers généraux (CH d'Arles et CH de Martigues), 3 Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS Valvert, CHS E. Toulouse et CHS Montperrin) et l'Hôpital d'Instruction des Armées Lavéran, établissement associé au GHT. Le Centre Hospitalier d'ALLAUCH participe également au projet médical partagé de la filière psychiatrie santé mentale au titre de son activité en addictologie.

Dans le PMSP, Les acteurs de la filière psychiatrie santé mentale ont réaffirmé le rôle du secteur en tant que base de l'organisation des soins de psychiatrie en France, permettant, de façon territorialisée, le déploiement de missions de prévention, de diagnostic, de soins polyvalents, de réadaptation, de

réinsertion sociale et de réhabilitation, en respectant l'exigence de la proximité, de l'accessibilité territoriale et financière et de la continuité des soins psychiatriques.

Les établissements du GHT se sont fixés comme objectif de permettre aux patients du territoire des Bouches du Rhône un égal accès à des soins sécurisés et de qualité grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

La filière psychiatrie et santé mentale du GHT a défini 9 thématiques prioritaires pour la graduation des soins :

- 1. **La définition des missions socles du secteur et de l'inter-secteur** parce qu'elles constituent la pierre angulaire de toute l'organisation des soins psychiatriques ;
- 2. **La géronto-psychiatrie, 3. les activités spécifiques et 4. L'hospitalisation des adolescents et des enfants, les TSA, la périnatalité** parce qu'il y a très nettement dans ces domaines une insuffisance de l'offre de soins dans le département et une nécessité de coopération ou de mutualisation pour structurer une offre de niveau II ;
- 5. **Les urgences et la prise en charge de la crise** parce que ce sont des modalités importantes et souvent problématiques d'entrée dans la filière de soins ;
- 6. **Les personnes sous main de justice** parce que leur prise en charge présente une spécificité liée à l'articulation incontournable avec le système judiciaire et en raison de la prévalence élevée des troubles psychiques dans cette population ;
- 7. **L'addictologie** en raison de la prévalence élevée des problématiques addictives sur le territoire du GHT ;
- 8. **L'enseignement, la formation et la recherche**, comme thématique incontournable dans un GHT dont l'établissement support est un CHU. Avec le souhait d'un enrichissement mutuel grâce à une coopération dans ce domaine, l'expérience et l'expertise des services universitaires pouvant contribuer à la dynamique des autres services dans ce domaine et ceux-ci pouvant donner aux travaux de recherche l'accès à des cohortes élargies de patients.

La Thématique de la réhabilitation psycho-sociale ainsi que celle des soins somatiques n'a pas été traitée dans un premier temps mais reprise dans le cadre du PTSM.

La filière a également validé comme principe organisateur l'existence de **trois bassins de vie** au sein du département :

- Le grand Marseille incluant Aubagne et La Ciotat correspondant aux secteurs de l'APHM, des hôpitaux Valvert et Edouard Toulouse
- Les Bouches du Rhône Ouest correspondant aux secteurs des hôpitaux de Martigues et d'Arles
- Les Bouches du Rhône Nord correspondant aux secteurs de Montperrin

4. Orientations du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

4.1 Ses indicateurs quantitatifs

- Nombre de filières pour lesquelles l'organisation mise en œuvre, en application du PMP, garantit l'accessibilité, la fluidité et la gradation des soins
- Nombre de consultations en ambulatoire réalisées en téléexpertise
- Délai d'attente pour un premier rendez-vous (hors urgence) pour chaque CMP de l'établissement psychiatrique G et IJ
- Nombre de patients en séjours longs >270 jours en concentré
- Nombre d'actions mises en place concernant le fond de lutte anti-tabac et la réduction du tabagisme

4.2 Ses indicateurs qualitatifs

- Tenue des 4 réunions annuelles de la commission des usagers
- Inscription dans le projet d'établissement d'une offre de réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie générale
- Structurer dans chaque établissement l'articulation psychiatrie générale et pédopsychiatrie et la prise en charge des patients âgés de plus de 60 ans. Il doit être inscrit dans le projet d'établissement pour les établissements qui ont les trois valences et dans une convention pour les autres.

4.3 Ses indicateurs statistiques

- Taux d'absentéisme de courte durée (<6 jours) et sa diminution sur les 5 ans.
- Pourcentage des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire – hors mono-consultants – au sein de la file active (HDJ et ambulatoire pur).

5. Les indicateurs qualité

La qualité des soins et leur pertinence est à la fois le cadre directeur de tout projet médical et soignant et son objectif.

Concernant les établissements proposant des soins psychiatriques, la nouvelle certification a défini un certain nombre de critères spécifiques que ce projet doit prendre en compte et que nous rappelons ici :

- Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite.
- La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retraits d'effets personnels, isolement) est argumentée et réévaluée.
- Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie
- En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques
- L'établissement inscrit son projet dans une dynamique de projet territorial de santé mentale
- L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre la psychiatrie et la médecine de ville

Bien évidemment ces critères spécifiques ne sont pas exclusifs des autres critères, tous importants, et dont certains ont une acuité particulière pour notre discipline et notre établissement.

Il en va ainsi :

- De l'expression par le patient de son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités.
- De l'environnement adapté pour le soin du patient mineur
- De la gestion de la phase de transition adolescent-adulte par les équipes pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes, qui doivent se coordonner pour assurer la continuité de la prise en charge du patient.
- De la mise en place de modalités de communication permettant aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément.

Chapitre 3 : L'Offre de soins du Centre Hospitalier Montperrin

1. Bilan des actions du projet médical et du projet de soins 2015-2020

Elles se répartissaient en 6 axes stratégiques pour le projet médical et en 4 axes pour le projet de soins. Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous

Bilan des actions du Projet Médical 2015-2020

Axes stratégiques	Action	Description	Action réalisée	Commentaires
Repenser l'organisation en secteurs et pôles		Création : <ul style="list-style-type: none"> - De deux pôles de psychiatrie générale par regroupements de trois secteurs - D'un pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par regroupement de trois intersecteurs - D'un pôle supplémentaire (pôle ressources) 	Oui	Redéploiement des moyens de deux unités temps plein des secteurs vers le pôle ressources. Au total, diminution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein de 16 : passages d'unités de 23 lits à des unités de 15 lits
Réorganiser la prise en charge de l'hospitalisation temps plein	1	Créer une unité de soins intensifs de 15 lits par pôle de psychiatrie générale	Oui	En mai 2019. Par transformation d'une unité sectorisée en unité de soins intensif : diminution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein de 16.
	2	Adapter les outils mis à disposition des publics spécifiques : gérontopsy, jeunes adultes, long cours, réhabilitation, personnes détenues, grands précaires, addictologie, « anxiodépressifs » ...	Partiellement	Réalisé : Création service réhabilitation , service psychiatrie de la personne âgée . Ouverture des USI permettant d'hospitaliser les détenus hors CI. Evolution de l'addictologie hospitalière vers une prise en charge des différents types d' addiction . Non réalisé : Patients précaires : lits dédiés non positionnés.

	3	Optimiser l'accueil et l'admission en psychiatrie adulte par la création d'un nouveau dispositif ou par la transformation du CAP 48.	Non	
	4	Créer un Hôpital de Jour de crise	Non	
Renforcer la prise en charge ambulatoire et le rôle du CMP dans l'organisation du parcours	5	Améliorer les interventions extérieures : optimiser les VAD et investiguer la création de HAD/équipe mobile	Partiellement	Développements dans les secteurs d'équipes mobiles mais de façon hétérogène. Augmentation non significative des prises en charge à domicile. Création d'HAD : non fait
	6	Partager au sein du pôle de processus organisationnels communs	Partiellement	Fait mais le bilan montre des hétérogénéités d'organisation persistantes
	7	Renforcer les modes de communication et la transmission des informations en interne et en externe en mettant en œuvre un projet de soins individualisé support de cette transmission	Partiellement	Création de supports communs pour les demandes d'Hôpital de jour et de CATTp mais persistance de supports hétérogènes pour d'autres modalités de prise en charge.
	8	Clarifier le rôle des CMP vis-à-vis de l'urgence	Partiellement	Fait mais organisation fragile et applications hétérogènes entre les CMP
	9	Organiser le regroupement des structures aixoises	Oui	Fait en juin 2018
	10	Structurer les prises en charge spécifiques : psychothérapies, groupes, TCC, Thérapies familiales...	Non	Non abouti

	11	Structurer une réponse adaptée à la demande des familles	Partiellement	Amélioration de la prise en compte des familles dans les secteurs mais réponses qui restent hétérogènes Point positif : création d'un programme profamille et autres programmes à destination des aidants proposés par le service de réhabilitation.
Renforcer la prise en charge en pédopsychiatrie	12	Définir un socle commun des missions des structures : CMP, ...	Non	Initiation prochaine d'un référentiel de prise en charge des CMP
	13	Structurer la prévention et accès aux soins	Partiellement	Développement d'antennes Mda sur l'est du territoire pour la prévention et l'accueil.
	14	Organiser l'articulation avec le somatique	Partiellement	Besoin d'améliorer le lien avec le somatique pour les pec ambulatoires (bilan des troubles associés et bilans pré thérapeutiques) au-delà du partenariat existant à travers les équipes de liaison
	15	Organiser les Urgences : accueil et post accueil aigu	Partiellement	Deux équipes de liaison interviennent en pédiatrie au temps de l'urgence et post urgence puis relais vers passerelle (post liaison) et CMP
	16	Développer les alternatives à l'hospitalisation	Partiellement	Développement des alternatives à l'hospitalisation à poursuivre notamment Cattp HJ ADO sur Aix, équipes mobiles spécifiques telles UMAI, AFT à relancer
	17	Organiser l'hospitalisation temps plein pour les enfants et adolescents avec troubles du comportement	Partiellement	<i>Organisation départementale (USIA) non efficiente</i>

	18, 19, 20	Formaliser des parcours spécifiques pour : - Les troubles envahissants du développement au niveau régional - Les Troubles du Comportement Alimentaire - Les enfants et adolescents avec troubles du comportement	Partiellement	Parcours existants mais non fluides
	21	Mettre en place une offre unifiée de périnatalité à l'échelle de l'établissement	Oui	Fait NB : UPB en attente
Renforcer l'organisation interne	22	Permettre la mobilité des professionnels	Non	Cf bilan projet de soins
	23	Organiser la formation et développer les compétences	Partiellement	
	24	Mettre en adéquation les ressources en professionnels : effectifs et métier	Non	Démarche appliquée lors de la création des USI.
	25	Définir le rôle du cadre de santé responsable d'unité de soins	Partiellement	Cf bilan projet de soins
	26	Création d'une unité de recherche	Oui	Fait mais actuellement non opérante.
Repenser l'organisation, son déploiement sur le territoire et les relations avec les partenaires	27	Créer un centre de ressource sur les filières de soins	Non	Non fait.
	28	Organiser des temps de rencontres : formations, journées porte ouverte...	Partiellement	Fait. Mais insuffisamment développé.
	29	Développer le site web	Partiellement	Fait mais très largement perfectible.
	30	Définir les rôles et responsabilités internes vis-à-vis de l'animation des instances partenariales : CLSM, Réseau...	Oui	Fait.
	31	Organiser le partage d'information	- Non	Non abouti. Pas d'organisation satisfaisante de ce partage.

	32	Rédiger et diffuser une Charte de collaboration partenaires hôpital et définir les principes et les modalités d'élaboration, évaluation et réévaluation des conventions partenariales	Non	
	33	Evaluer le travail partenarial structuré autour de Parcours spécifiques prioritaires	Non	

BILAN DES ACTIONS DU PROJET DE SOINS 2015-2020

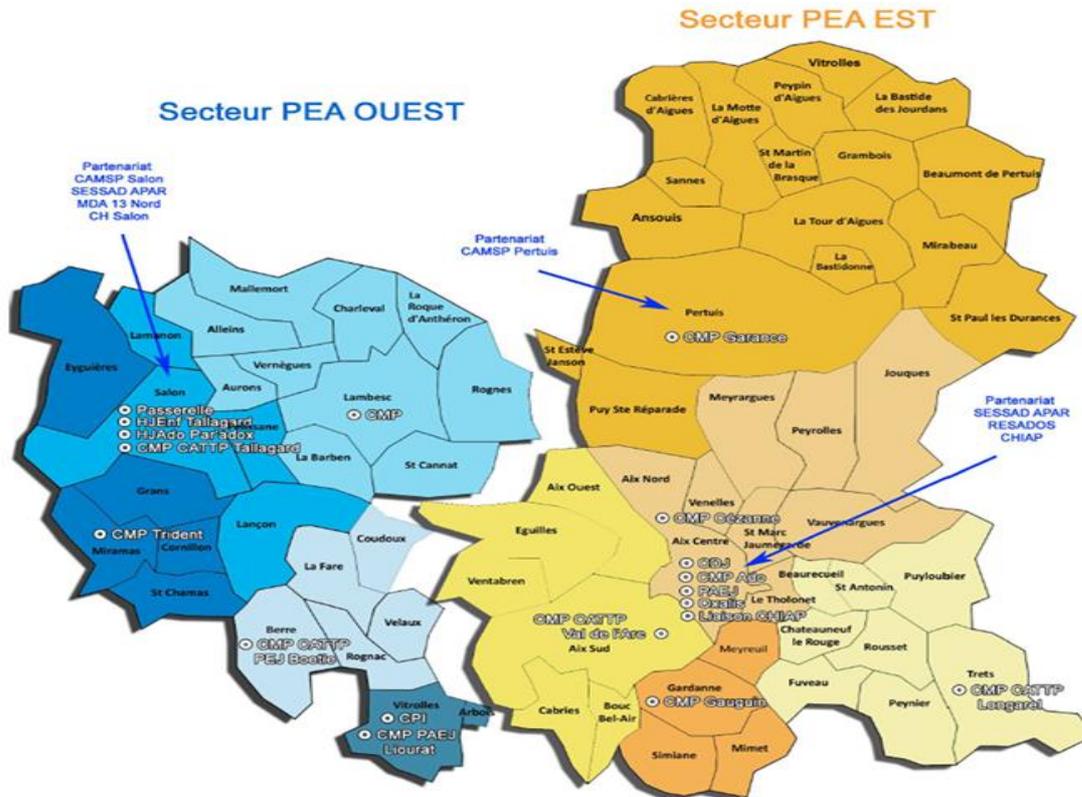
AXE 1 : Le parcours patient	1	Garantir la qualité de la prise en charge et les droits des patients	Partiellement	Une démarche qualité mise en œuvre avec un appui de la DUCAG mais à élargir à tous les secteurs en développant l'utilisation des différents outils. Une prise en charge de la spécificité des pathologies psychiatriques qui reste perfectible aux urgences. Une prise en charge somatique organisée mais coordination insatisfaisante. Une organisation de la prise en charge en USI à consolider.
	2	Partager les conditions d'élaboration du PPI	Partiellement	Un rapprochement des assistantes sociales de l'équipe paramédicale serait nécessaire par leur positionnement en réunion clinique ce qui faciliterait les liens et le partage des informations. Le projet de soins individualisé manque de construction en commun

				<p>entre éducateur / équipe paramédicale.</p> <p>Le suivi nutritionnel des patients mérite d'être amélioré par une meilleure communication entre les équipes et les diététiciennes</p>
	3	Intégrer dans la pratique quotidienne le dossier patient informatisé	Non	<p>L'HDLM et les éléments biographiques manquent dans les observations des IDE</p> <p>Le poids et l'IMC ne sont notés qu'à hauteur de 30 % (données DUCAG)</p> <p>L'évaluation de la douleur et du risque suicidaire sont saisis de façon disparate. Manque de connaissances sur les outils existants est à noter.</p> <p>Appauvrissement des observations par une perte des compétences cliniques.</p> <p>Passage d'une culture orale vers une culture écrite avec absence de politique institutionnelle envers la qualité des données du dossier de soins Aucune planification des soins et activités par non déploiement de cette fonctionnalité.</p> <p>Les diététiciennes n'ont pas accès à la lecture des résultats d'analyses biologiques. Les observations des assistantes sociales, des psychomotriciens, des éducateurs ne sont pas toujours retrouvées</p>

AXE 2 : Le parcours professionnel	4	Améliorer l'intégration des nouveaux professionnels	Partiellement	Des outils existants ne sont pas utilisés ou existent sous des modalités différentes selon les pôles. Des dispositifs se sont interrompus et doivent être actualisés. (Journées de découverte pour tous grades, journées spécifiques aux IDE). La satisfaction des nouveaux professionnels n'est pas mesurée.
	5	Optimiser l'encadrement des étudiants	Partiellement	Le renforcement de l'accueil de stages de 1 ^è et 3 ^è A et du partenariat avec les instituts de formation permettrait de renforcer l'attractivité de l'établissement et faciliter le recrutement et la stabilisation des effectifs IDE. La charte d'encadrement n'a pas été communiquée Un livret d'accueil institutionnel et mis en ligne valoriserait l'institution
	6	Soutenir les projets professionnels et développer les compétences	Partiellement	Des formations sont à renforcer et à faire évoluer pour répondre au besoin d'adaptation des compétences. L'articulation entre le service de formation continue, la DRH et les pôles est à optimiser
	7	Identifier et développer les pratiques avancées	Oui	Engagement dans la mise en place d'IPA.
AXE 3 : Organisation et	8	Mettre en adéquation les ressources en professionnels	Partiellement	L'organisation du travail en équipe, le sens commun auprès des patients

qualité de vie au travail				en psychiatrie méritent d'être questionnés. La représentation des renforts masculins est en décalage avec le besoin réel, le bénéfice apporté dans les services et les effectifs disponibles.
	9	Optimiser la mobilité des professionnels	Non	Une mobilité insuffisamment organisée autour de parcours professionnels cohérents. Des contrats n'ont pas favorisé la mobilité et ont été abandonnés.
	10	Positionner le cadre de santé au cœur du dispositif de régulation et d'organisation du travail des équipes	Partiellement	Les fiches de postes cadres montrent des disparités de forme et contenus pour des secteurs similaires. Les compétences attendues pour devenir cadre ne sont pas formalisées. Les pôles ne possèdent pas tous de cartographie formalisée des compétences des cadres en poste La pratique d'encadrement nécessite un renforcement des compétences
Recherche et innovation	11	Développer la recherche en soins infirmiers, éducateurs, rééducateurs en lien avec l'unité de recherche du CH de Montpellier	Non	Absence d'engagement dans la recherche paramédicale : absence d'un service structure de recherche dans l'établissement et absence de formation aux protocoles de recherche.

Les deux intersecteurs de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent sont figurés sur la carte ci-dessous :



Ils desservent 114 000 habitants de moins de 18 ans répartis de façon équilibrée entre les deux intersecteurs, dont les limites recoupent celles des pôles est et ouest de psychiatrie générale.

Au sein de ces trois pôles, existent des structures assurant des prises en charge intersectorielles à l'échelle polaire. Elles sont :

- Regroupées dans un service « intersectoriel » pour le pôle de psychiatrie générale Est et le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Situées dans un des secteurs, dans le pôle de psychiatrie générale Ouest.

On trouvera dans les tableaux ci-dessous une description plus précise de l'organisation et de la structuration de ces trois pôles :

Pôle de psychiatrie générale Est Chef de pôle : Dr Martine PONS-FORIEL				
Services	Unités temps plein	Lits	Structures extra-hospitalières	Nombre de places
Secteur Aix-Gardanne-Trets Dr Françoise ANTONI	MAGNAN	23 (1 CI)	<ul style="list-style-type: none"> • CMP CATTTP/HdJ Ste Victoire (Rousset et Aix) • CMP Sutter (Aix) • CMP/CATTTP/HdJ Acanthe (Gardanne) • Appt. Thé. Lou Risoulet (Gardanne) 	10
	LE GUILLANT	23		12 3
Secteur Aix-Pertuis Dr Marie Christine DEMEDRANO	REIBAUD Est	25	<ul style="list-style-type: none"> • CMP Méjanès (Aix) • CMP/CATTTP/HDJ Regain (Pertuis) • Appartement Thérapeutique Regain (Pertuis) 	12 3
	REIBAUD Ouest	21 (1 CI)		
Service Intersectoriel Dr Yacine BOUHADOUZA	USI Est	15 (5 CI)	<ul style="list-style-type: none"> • CATTTP ARGOS (Aix) • HDJ HYSOPE (Aix) 	25

Pôle de Psychiatrie générale Ouest Chef de pôle : Dr Emmanuelle HOME ANDRIEU				
Services	Unités temps plein	Lits	Structures extra-hospitalières ou autres	Nbre de places
Secteur Salon Miramas Dr Karina BENABID	REGIS Ouest	23 (1 CI)	<ul style="list-style-type: none"> • CMP/CATTTP/HDJ Villa Blanche (Salon) • Appartement Thérapeutique Orion (Salon) • CMP/CATTTP/HDJ La Rose des Sables (Miramas) 	12 3 10
	REGIS Est	23		1
Secteur Aix Dr Quentin GUERRA	DELAY Ouest	21 (1 CI)	<ul style="list-style-type: none"> • CMP Pierre Carabelli (Aix) • HdJ/CATTTP Carabelli (Aix) 	10
	USI Ouest	15 (5 CI)		
Secteur Vitrolles Berre Dr Céline DAHAN	DELAY Est	21	<ul style="list-style-type: none"> • CMP/CATTTP/HDJ Mélodie (Vitrolles) • CMP « Les Tournesols (Berre) 	12

Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Dr Pascale LOUARN				
Services	Unité temps plein	Lits	Structures extra-hospitalières ou autres	Nombre de places
SECTEUR PEA OUEST Dr Danièle RAOUX			<ul style="list-style-type: none"> • CPI Le griffon – HDJ (Vitrolles) • CMP Le Liourat (Vitrolles) • CMP/CATTP La Boétie (Berre) • CMP Le Trident (Miramas) • CATTP le Tallagard (Salon) • CMP Lambesc (Lambesc) • Equipe La passerelle (CH Salon) • HdJ Enfants Le Tallagard (Salon) • HdJ Ado PARADOX (Salon) 	18 10 10
SECTEUR PEA EST Dr Véronique RIVIERE			<ul style="list-style-type: none"> • CMP/CATTP Longarel (Trets) • CMP La Garance (Pertuis) • CMP/CATTP L'Arc (Aix) • HDJ Enfants (Aix) • CMP Paul Cézanne (Aix) • Equipe de Liaison en pédiatrie CHIAP (Aix) • CMP Le Gauguin (Gardanne) 	15
SERVICE INTERSECTORIEL de l'adolescent Dr Pascale LOUARN	Oxalis CHPA	10	<ul style="list-style-type: none"> • CMP Adolescents (Aix) • RESADOS • PAEJ (Aix) • PAEJ (Vitrolles) • PAEJ (Berre) • MDA (Salon) • AFT + Consultations complexes • UMAI 	12

2.2 Deux pôles à vocation intersectorielles

Les deux autres pôles regroupent des services assurant des prises en charge intersectorielles pour des problématiques spécifiques et/ou des populations spécifiques, ainsi que des services assurant des fonctions support.

Le pôle transversal regroupe ainsi :

- Des services prenant en charge les addictions :
 - Service d'addictologie hospitalière
 - CSAPA
 - Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) rattachée la FAUPL
- Un Service de soins Psychiatriques aux Détenus (SPAD) intervenant dans deux maisons d'arrêt (Luynes 1 et 2) et dans le centre de détention de Salon de Provence.

- La fédération de l'Accueil, de l'Urgence et de la Psychiatrie de Liaison (FAUPL) qui est présente sur les services d'urgences des Hôpitaux d'Aix en Provence et de Salon, y prend en charge des patients hospitalisés pour de courte durée dans deux CAP, et a une activité de psychiatrie de liaison.
- La pharmacie

Le pôle Ressources regroupe :

- Le service de réhabilitation
- Le service de psychiatrie de la personne âgée
- Le service de prise en charge des TSA adultes
- Le Département d'Information Médicale

On trouvera dans les tableaux ci-dessous une description plus précise de l'organisation et de la structuration de ces deux pôles :

Pôle Transversal				
Chef de pôle : Dr Stefka IVANOV				
Services	Unités temps plein	Lits	Structures extra-hospitalières	Nbre de places
Fédération de l'Accueil, de l'Urgence et de la Psychiatrie de Liaison Dr Stefka IVANOV	CAP Aix	8	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil Soignant au CHM • Psychiatrie de Liaison Aix et Salon • ELSA (Aix) • UIR (périnatalité) : consultations parents CHIAP • consultations aux Urgences (Aix et Salon) 	
	CAP Salon	3 (en articulation avec UHCS Salon)		
SPAD Dr Julien LUC			<ul style="list-style-type: none"> • Centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 1 • Centre pénitentiaire d'Aix-Luynes 2 • Centre de détention de Salon • Centre de Consultations Spécifiques (CHM) 	
CSAPA Dr Muriel GREGOIRE			<ul style="list-style-type: none"> • Villa Floréal • Antenne Pertuis • Antenne Salon 	
Addictologie hospitalière Dr François ARNAUD	Temps Plein	34	<ul style="list-style-type: none"> • Structure de Jour • Equipe Mobile 	8
Unité de consultation Somatique Dr Stefka IVANOV			<ul style="list-style-type: none"> • Service de Consultations Somatique 	
Pharmacie Dr Véronique BERLAUD				

Pôle ressources Chef de pôle : Dr Florence PESCE				
Services	Unités temps plein	Lits	Structures extra-hospitalières ou autres	Nombre de places
Précarité/ PASS Dr Florence PESCE				
Service de réhabilitation Dr Enrica ADAMOLI	HORIZON Réhab	15	Siothérapie HDJ Care Psy Accueil familial thérapeutiques Appartements thérapeutiques ATMPO	10 ? 3+3+4
Département d'Information médicale Dr Florence PESCE				
Service patients autistes adultes Dr Anna HOAREAU	L'OLIVIER	14 (1 CI)	• HDJ dans le pavillon	2
Service de psychiatrie de la personne âgée Dr Isabelle BOUDIER	Pontier Est	15	• HdJ Bel Age – Pontier Ouest	12
3BisF				

Au centre hospitalier Montperrin, la permanence médicale des soins est assurée :

- Par deux lignes de garde, une sur le site de Montperrin et une au CHIAP (urgences et CAP)
- Une ligne d'astreinte. Elle assure en particulier la production le week-end des certificats médicaux légaux pour les hospitalisations en soins sans consentement et une des deux évaluations des patients en isolement.

3. Points forts et Points sensibles :

Les huit groupes de travail de la phase bilan devaient déterminer, pour chacune des thématiques dont ils étaient responsables, les points forts et atouts, et les points sensibles à améliorer. La synthèse de leurs conclusions sont présentées ci-dessous.

1.1 Les prises en charge en temps plein

Le bilan a porté sur différentes dimensions et modalités de l'hospitalisation temps plein :

- **les unités sectorisées « généralistes »**
- **les unités spécifiques**
 - Unités de soins intensifs
 - Unité de psychiatrie de la personne âgée
 - Unité pour les TSA adultes
- **La prise en charge dans les unités temps plein de certaines populations spécifiques**
 - Patients mineurs
 - Patients précaires
- **La prise en charge somatique en temps plein**
- **La question des sismothérapies**

1.1.1 Le fonctionnement des unités temps pleins sectorisées

Points forts et atouts :

- Depuis mai 2019 et l'ouverture des USI, ces unités sont ouvertes et respectent la liberté d'aller et venir des patients en soins libres.
- Il a été possible de « désarmer » certaines CIT de ces unités avec atteinte de l'objectif d'une CIT pour 2 unités sectorielles jumelées en juin 2020.
- Unités temps plein « apaisées » tout en conservant leur rôle d'unités d'entrants, en lien également avec la prise en charge des patients les plus aigus dans les USI.
- Durée d'hospitalisation moyenne en baisse : 45.29 en 2018 et 37.87 en 2019
- Diminution du nombre de séjours long (sup a 270j) : de 75 en 2016 à 59 en 2019.

Points sensibles à améliorer :

- Une diversité insuffisante des équipes pluridisciplinaires : Pour la majorité des unités, on retrouve dans ces équipes, des médecins, des psychologues, des infirmiers et des aide soignants. Les compétences de psychomotriciens, d'éducateurs et d'art thérapeutes sont insuffisamment représentées, alors même que, là où elles sont présentes, elles ont prouvé leur valeur ajoutée dans la prise en charge des patients.
- Une réduction ces dernières années du temps de présence des psychologues dans les unités temps plein (conséquence d'une priorisation de leur présence en ambulatoire).
- Une offre d'activités thérapeutiques insuffisante au sein des unités
- Une utilisation encore trop fréquente et trop prolongée des CIT, au-delà de l'utilisation exceptionnelle, et pour 24 heures maximum, projetée.
- Des difficultés d'orientation vers :
 - o Le service d'addictologie hospitalière
 - o Les SSR
 - o Les lieux de vie
- Des tâches (transferts, accompagnements consultations internes et externes, sismothérapie, renforts CIT ...) qui éloignent les soignants des unités et altèrent la qualité de la prise en charge.

1.1.2 Le fonctionnement des USI

Points forts et atouts :

- Leur existence et leur rôle dans le parcours de l'hospitalisation temps plein a permis l'ouverture des autres unités
- La prise en charge en USI des patients les plus aigus a contribué à une diminution globale de la durée d'isolement et du nombre de mesures de contention
- Regroupement dans les deux USI de la prise en charge de patients détenus avec :
 - o Facilitation de l'articulation avec le SPAD.
 - o Diminution de l'isolement des patients en D 398.
- Une Prise en charge pluridisciplinaire : médecins, CDS, IDE, psychomotricienne, art thérapeute, psychologue et Assistante sociale.
- Accès aux activités thérapeutiques de patients en phase aigüe.
- Un accueil de l'entourage organisé avec une salle dédiée.
- Fluidité du parcours entre les USI et les unités sectorisées permettant aux patients de bénéficier des conditions les plus adaptées tout au long de leur hospitalisation.
- Capacité des USI adaptée aux besoins de l'établissement.

Points sensibles à améliorer :

- Articulation difficile avec l'UHSA pour les patients en D 398 (délais d'admission problématiques)
- Patients hospitalisés au long cours en USI posant la question des alternatives possibles.
- Défaillances techniques et architecturales qui ont compliqué les prises en charge dans les premières années et continuent de poser des problèmes récurrents.
- Indications parfois inadaptées
- Mobilité des équipes soignantes hors de l'USI pour des accompagnements extérieurs qui désorganisent la prise en charge des patients.

1.1.3 Le fonctionnement de la FAUPL (urgences et CAP) dans son rôle de porte d'entrée pour l'hospitalisation temps plein

Points forts et atouts :

- Dispositif permettant une évaluation spécialisée dans les hôpitaux d'Aix en Provence et de de Salon de Provence de tous les patients avec des troubles psychiques se présentant d'eux même ou adressés à ces services d'urgence.
- Bon repérage par les patients et les partenaires (généralistes, psychiatres libéraux).

Points sensibles à améliorer :

- Certains passages aux urgences pourraient être évités : exemple du patient connu qui décompense au domicile
- Qualité des liens avec SAMU et SMUR
- Absence de vision de l'état des lits disponibles en temps réel
- Orientation parfois inadéquate vers une unité (« hébergements » injustifiés) par l'accueil soignant
- Transport des patients vers le CHM avec deux préoccupations : le niveau de sédation et la mobilisation des soignants des unités temps plein en particulier la nuit.

1.1.4 La prise en charge des mineurs en unité sectorisée de psychiatrie adulte

NB : Dans le cadre d'une offre d'hospitalisation temps plein de pédopsychiatrie très insuffisante sur le département, en particulier pour les mineurs présentant des troubles du comportement et/ou refusant une hospitalisation, et dans un contexte COVID qui a eu un effet délétère sur la santé mentale des adolescents, on a observé en 2020 une augmentation du nombre d'hospitalisation de mineurs en service de psychiatrie adulte (26 patients en 2019 mais 39 sur les 9 premiers mois de l'année 2020 avec une augmentation des moins de 16 ans).

Points forts et atouts :

- Une procédure pour la prise en charge des mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte a été mise en place au niveau du CHM. Elle prévoit, dès l'admission, l'information des services de pédopsychiatrie pour permettre un travail conjoint pédopsy – psy adulte durant l'hospitalisation. Elle prévoit aussi la possibilité de mobiliser de renforts pour éviter les isolements non indispensables.

Points sensibles à améliorer :

- La mobilisation effective de renforts soignants pour limiter la Prise en charge en CIT.
- L'apport effectif durant l'hospitalisation de compétences pédopsychiatriques.

1.1.5 La Prise en charge des patients précaires

Points forts et atouts :

- L'équipe Pass-précarité organise avec les secteurs 12 à 18 hospitalisations par an.
- L'utilisation de la date de naissance pour sectoriser les patients SDF facilite le parcours de soins et l'hospitalisation (abandon en 2019 de l'ancien système de « tour des SDF » pour cette nouvelle modalité)

Points sensibles à améliorer :

- La connaissance par les équipes des unités temps plein des missions de la Pass-précarité
- Le circuit de l'information concernant les entrées et les sorties des patients connus par l'équipe précarité
- L'hospitalisation des grands précaires

1.1.6 Le fonctionnement de l'unité de psychiatrie de la personne âgée

Points forts et atouts :

- Profil des patients conforme au projet de l'unité : patients de plus de 65 ans avec des troubles mentaux psychiatriques, sans troubles cognitifs prédominants.
- Plus de 86% d'admissions directes (urgences ou domicile)
- File active en nette progression au fur et à mesure du développement du réseau.
- Articulation avec l'hôpital de jour pour personnes âgées situé sur le même site.
- Projet de création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie.

Points sensibles à améliorer :

- Suivi des patients âgés à leur sortie : articulation avec les CMP. Problématique des patients hors-secteur.
- Absence d'équipe mobile permettant un travail à domicile (y compris EHPAD) en amont et en aval de l'hospitalisation
- Absence de possibilité d'ECT au CHM.

- Prise en charge de patients âgés en USI

1.1.7 Le Fonctionnement de l'Olivier

Unité pour autistes adultes en voie de transformation depuis 2018.

Fonctionnement initial : 15 lits équivalent MAS

Projet en cours depuis 2018 :

1. Réaliser une unité de 10 lits :

- o Pour l'accueil de Patients autistes âgés d'au moins 16 ans,
- o Pour :
 - Des Séjours courts de rupture,
 - Une évaluation somatique
 - La mise en place d'un traitement.

2. Projet complémentaire : 1 HDJ de 10 places.

1.1.8 La Prise en charge somatique

Points forts et atouts

- Organisation prévoyant une Consultation somatique systématique dans les 24 h suivant l'entrée
- Bilan d'entrée harmonisé pour tous les patients comprenant ECG, bilan bio et constantes hémodynamique
- Organisation du Suivi somatique des patients hospitalisés au long cours
- Lien avec le médecin traitant à l'entrée (courrier d'information sur l'hospitalisation) et à la sortie (lettre de liaison).

Points sensibles à améliorer :

- Fragilité du service somatique avec un nombre insuffisant de postes de généralistes (deux postes) ne permettant pas d'assurer de façon continue les objectifs de qualité de la prise en charge somatique.
- La communication entre psychiatres et somaticiens au travers d'échanges systématiques avant ou après consultation.
- Les conditions d'examen somatique dans les unités : salle convenablement équipée et présente d'un soignant de l'unité.
- La perte de compétences spécialisées en particulier en neurologie.

1.1.9 L'électro-convulsivothérapie

Modalité de soins dont les indications sont reconnues et validées pour un certain nombre de pathologies, de situations et de populations.

Au CHM, L'accès à cette modalité de soins est compliqué à plusieurs égards :

- Délais de mise en place dépendant des possibilités des partenaires (Essentiellement APHM, clinique de l'émeraude à Marseille et depuis peu, hôpital de Martigues)
- Modalités de prises en charge uniquement ambulatoires pour les patients en SSC
- Prises en charge ambulatoire extrêmement couteuses en temps soignants

Cette complication est source d'une perte de chance pour les patients avec un retard dans la mise en œuvre de cette thérapeutique voire une autocensure dans l'indication à son recours.

1.2 Les prises en charge en ambulatoire des patients adultes

Points forts et atouts :

- Un équipement sectoriel maillant le territoire de CMP, de CATTP et d'Hôpitaux de jour
- Le rôle des CATTP dans l'accès aux soins de patients y compris non connus du CHM, leur apport pour le maintien dans la cité
- Le rôle des HDJ pour le maintien dans la cité et la prévention des rechutes et ré-hospitalisations
- Un site web facilitant la lisibilité du dispositif de soins pour les patients et les professionnels
- Un service Pass/précarité permettant l'accès aux soins et aux droits de patients en grande précarité, en situation régulière ou non.
- Une organisation des CMP avec :
 - o Des créneaux d'urgence permettant une bonne réactivité aux demandes de l'accueil, des urgences et des CAP
 - o Des possibilités d'intervention à domicile
- La création dans certains CMP d'équipes mobiles (financements ARS) permettant d'améliorer l'accès aux soins et la prévention des situations de crise avec le développement de l'aller vers.
- Un accompagnement vers les soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères par les soignants des structures ambulatoires
- La mise à disposition d'outils de téléconsultation et son utilisation
- La possibilité de rappel des rendez-vous par SMS
- Une organisation du lien entre l'intra et l'extra hospitalier au travers de la participation des soignants de l'extra aux réunions cliniques, d'infirmiers de liaison.
- Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique accessibles aux patients concernés
- Une offre de thérapie familiale (centre de thérapie) bien repérée par les professionnels et les patients
- Dans les petites villes, la bonne qualité des liens avec les professionnels du médical et du médico-social
- Une offre d'appartements thérapeutiques sectoriels et intersectoriels sur l'ensemble du territoire permettant une alternative à l'hospitalisation et un tremplin vers l'autonomie.

Points sensibles à améliorer :

- La lisibilité pour le public, de l'offre de soins spécialisées
- Les outils pour la prise en charge de certaines populations (migrants, paramédicaux, jeunes « reclus »)
- L'assise institutionnelle des offres de soins spécifiques afin d'assurer leur pérennité
- Le dispositif favorisant le maintien dans la cité et la prévention des hospitalisations : peu de places sur le territoire en termes d'habitat inclusif (maison relais, hôtel thérapeutique, familles gouvernantes), absence de dispositif d'HAD.
- La prise en compte de la place et du rôle des familles, ainsi que de leurs difficultés et de leurs besoins de soutien, à chaque étape de la prise en charge des patients.
- La formation des professionnels au travail avec les familles
- Les moyens disponibles pour développer un accompagnement vers les soins somatiques.
- Le soutien des équipes des EHPAD, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des soins psychiques
- Les locaux d'accueil de la Pass-précarité
- Sur l'ambulatoire aixois : la sécurité des locaux et la téléphonie
- Les liens des CMP avec l'accueil soignant, les urgences, la pass précarité et les infirmiers libéraux.

- Les liens entre les CMP, les EHPAD, les forces de l'ordre et les pompiers
- Les liens de l'ambulatoire avec les partenaires du social et du culturel
- La circulation de l'information et la connaissance des structures et des projets au sein du CHM et à l'échelle du territoire
- L'identification d'un réseau informatique sécurisé partagé pour permettre les échanges professionnels (solutions actuellement disponibles non entièrement satisfaisantes).
- L'attractivité du CHM pour les médecins et les paramédicaux.

1.3 Les prises en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Ce bilan a ciblé :

- La question de l'accueil en CMP
- Trois prises en charge de population ou de troubles spécifiques concernant :
 - Les Troubles du spectre autistiques
 - Les adolescents
 - La périnatalité
- La problématique du travail avec les familles

1.3.1 Bilan du groupe consacré à l'accueil en CMP

Points forts et atouts :

- Une répartition géographique globalement équitable
- Le maintien de souplesses dans les pratiques des CMP CATTP tout en répondant aux fonctions socles
- La Création d'un nouveau CATTP enfant à Aix (CMP/CATTP de L'arc)
- La Construction du travail spécifique en périnatalité (financement récent)

Points sensibles à améliorer :

- La gestion de la file active et en particulier la question des délais de prise en charge avec la nécessité, dans cet objectif
- D'une dynamisation de l'accueil
- D'une articulation avec les partenaires
- D'une réflexion sur les prises en charge à prioriser
- De repenser le cadre de travail
- Le problème d'accessibilité aux soins de La Roche d'Anthéron

1.3.2 Bilan du groupe prise en charge des enfants avec TSA

Points forts et atouts :

- Des groupes de travail commun inter hôpitaux de jour enfants autour des soins somatiques et de différentes thématiques (alimentation, travail avec les familles...) ont permis de protocoliser et de tracer la prise en charge somatique des enfants avec TSA. Cela a permis de créer un réseau avec les partenaires locaux : handiconsult, handisanté, handident. Il s'agit d'une action à pérenniser et à garantir dans le temps.
- Ces rencontres ont permis un enrichissement mutuel des équipes d'HDJ autour de problématiques communes rencontrées dans la pratique.
- Un rajeunissement de la prise en charge au sein de nos HDJ est venu répondre aux Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) éditées par la HAS.
- Un travail de plus grande proximité s'est créé auprès des familles. Développement des VAD, atelier parents-enfants, entretiens de suivis...

Points sensibles à améliorer :

Le parcours de soin des enfants avec TSA est différent en fonction des sites : Aix en Provence, Vitrolles et salon de Provence.

- Une donnée commune, néanmoins, est la grande difficulté d'orientation des enfants nécessitant un accueil dans une structure du médico-social : IME ou SESSAD. Les délais d'attente pour une place vers ces établissements sont particulièrement longs (entre 3 et 5 ans),
- La symptomatologie propre de l'autisme avec des troubles du comportement entrave toute orientation dès lors qu'il n'y a pas de soin parallèle (absence actuelle de dispositif de soin pour adolescents avec TSA),
- Une formation commune HDJ autour du PECS (technique de communication alternative par échange d'images) en 2017 (2 jours) insuffisant pour permettre sa mise en place (certains personnels formés ont quitté les unités, pas de remise à niveau...)
- Des locaux trop exigus à Salon de Provence pour permettre la mise en place de groupes et d'entretiens famille dans de bonnes conditions.
- Des moyens en personnel insuffisants dans les Hôpitaux de jour.
- Un budget de supervision insuffisant pour mieux appréhender les situations rencontrées et ainsi permettre un ajustement plus efficient.

1.3.3 Bilan du groupe prise en soins des adolescents

Points forts et atouts :

- Bonne dynamique professionnelle
- Capacité des équipes à répondre à la demande
- Suite AAP augmentation de notre capacité d'accueil (+5 places HDJ avec augmentation des professionnels, Plus de personnel au CMP Adolescent, Arrivée de l'UMAI...)
- Organisation des liens entre liaison, CMP Adolescent, et Oxalis
- Nouveaux locaux de l'ambulatorio aixois permettant un accueil dans de bonnes conditions.

Points sensibles à améliorer :

- Par faute de structure d'accueil pour des soins intensifs les CMP font « du bricolage » dans les prises en charge : aider les CMP à rester des services de consultations
- Prise en soins en structure adulte temps plein : continuer à s'organiser pour améliorer la prise en soins des adolescents en secteur adulte quand elle ne peut être évitée.
- Travailler les hospitalisations programmées en secteur adulte
- Trouver en Amont des structures de répit pour les adolescents en besoin de réponse immédiate (pour éviter les hospitalisations)
- Prendre en compte le changement des adolescents qui développent des symptômes de plus en plus jeunes.
- Améliorer le relai des prises en charge vers les structures adultes

1.3.4 Bilan du groupe sur la périnatalité

Points forts et atouts :

- Engagement, motivation des équipes autour des questions de périnatalité
- Participation impliquant à la foi la pédopsychiatrie, les secteurs de psychiatrie adulte et la FAUPL.
- Dispositif de périnatalité existant depuis des années (ex : créneaux dédiés sur certains CMP, VAD en binôme...)
- Expérience du personnel engagé sur ces missions

- Projet Psy périnatalité déposé en 2019, validé par l'ARS et financé en 2020 pour sa première tranche :
 - o Mise en place des équipes mobiles est et ouest en cours
 - o Consultations parents au CHIAP effectives

Points sensibles à améliorer :

- Extension du dispositif de périnatalité sur l'ensemble du secteur géographique du Pôle Enfants et Adolescents, et des pôles adultes
- Diminution du délai entre demande de soin et réponse à cette demande
- Adaptation de la réponse à la spécificité de la demande (ex : binôme soignant pédopsych/ psy adulte, proposition de temps d'HDJ...)
- Travail de lien et de coordination entre pôle PEA, pôles psychiatrie adulte et les partenaires (PMI, UPB, CAMSP, maternités...) en périnatalité
- Formation du personnel appelé à travailler en périnatalité
- Modalités de soins intensifs (projet d'UPB bloqué actuellement. Alternatives à réfléchir de façon conjointe).

1.3.5 Bilan du groupe travail avec les familles

Points forts et atouts :

- Entretiens famille d'accueil et d'évaluation pratiqués dans toutes les structures, sous différentes modalités, en systématique ou sur demande, de façon ponctuelle ou suivie. Entretiens médicaux et/ou soignants
- Travail de guidance parentale
- Existence de groupes de parole, de sorties, de médiations, d'accueil café à destination des familles.
- Groupes familles thématiques ou pas, ponctuels ou réguliers
- Partenariat avec le réseau de chaque territoire
- Créneaux de thérapie familiale+ Centre de Thérapie Familiale en lieu ressource
- Visites à domicile à partir des HDJ

Points sensibles à améliorer :

- Structuration et pérennisation des groupes de parole famille en manque d'une dimension institutionnelle, sans toujours de temps dédié.
- Manque de formation spécifique chez les soignants.
- Prise en compte des beaux-parents et des fratries.
- Difficultés par manque de temps à mettre en place les VAD
- Manque d'espaces d'échanges et de réflexion pour les professionnels

1.4 Bilan du groupe parcours réhabilitation

Etat des lieux de l'offre de soins en réhabilitation en septembre 2020 :

- **Pôle Ouest :**
 - Appartements thérapeutiques Salon sectoriels – 3 places (sectoriel)
 - CMP P. Carabelli - Aix : Education thérapeutique pour les patients schizophrènes (intersectoriel). Education thérapeutique pour troubles anxieux graves (intersectoriel).

- HDJ/CATTP Aix : Remédiation cognitive et réhabilitation sociale (sectoriel)
- HDJ/CATTP Salon de Provence Villa blanche : PRESCO (Ateliers mémoire – File Active : 6 patients durant la période de 2016 jusqu’en 2018)
- **Pôle Est :**
 - Appartements thérapeutiques Gardanne et Pertuis – 6 places (sectoriel)
 - CMP Méjanès – Aix : Remédiation cognitive (sectoriel)
 - CMP Sutter : - Aix : Education Thérapeutique pour les patients bipolaires (intersectoriel)
 - HDJ Trets : Education thérapeutique (sectoriel)
 - CMP Gardanne : Education thérapeutique INSIGHT. Restructuration cognitive TCC (méditation en pleine conscience) (sectoriel)
 - HDJ Hysope Aix : Réhabilitation Psychosociale (polaire)
- **Offre de soins intersectorielle dans le pôle ressources :**
 - Hospitalisation à Temps Plein : Horizon Réhab (23 lits)
 - Appartements thérapeutiques (3 appartements) 10 places :
 - Echelles d’évaluation d’autonomie sociale et fiche POP’s à visée d’autonomisation physique et psychique
 - Ateliers de remédiation cognitive groupaux (PRACS)
 - Travail d’accompagnement sur l’extérieur
 - ATMPO (Ateliers Thérapeutiques en Milieu Professionnel Ouvert)
 - Ateliers de remobilisation hebdomadaire pour préparer « la mise en immersion »
 - Développement du réseau professionnel et aide à l’insertion du patient en Milieu ordinaire. Aide dans la construction du projet de réhabilitation professionnelle.
 - Accompagnement sur l’extérieur et travail en lien avec les employeurs des lieux de stage.
 - AFT (Accueil Familial Thérapeutique) 9 places Adultes – 1 place Enfant
 - Sociothérapie : Ateliers d’activités – travail en lien avec les équipes intra et les CMP du Secteur du patient.

Points forts et atouts :

- Trois groupes d’éducation thérapeutique agréés par l’ARS (+2 par rapport à 2015)
- Un nombre significatif de professionnels formés à la réhabilitation
- De la remédiation cognitive et de la psychoéducation dans plusieurs structures sectorielles
- Des appartements thérapeutiques intersectoriels et sectoriels sur l’ensemble du territoire du CHM
- Un service consacré à la réhabilitation :
 - o Avec une unité temps plein depuis 2015
 - o Un dispositif de réinsertion professionnelle (ATMPO)
 - o L’ouverture en 2021 d’une unité ambulatoire dans ce service.
- Mise en place du dispositif PROFAMILLE depuis le 1er octobre 2020.

Points sensibles à améliorer :

- Visibilité insuffisante du dispositif de réhabilitation ;
- Vétusté des locaux de l’unité temps plein de réhabilitation

- Typologie inadéquate des patients pris en charge dans l'unité temps plein depuis son ouverture (moyenne d'âge de 40 ans, patients souvent déjà institutionnalisés)
- Capacités d'accueil du dispositif ATMPO (liste d'attente)
- Capacités d'accueil en appartements thérapeutiques
- Hétérogénéité de la place de la réhabilitation entre les différentes structures extrahospitalières
- Accès difficiles pour les patients vivant sur des communes excentrées.

1.5 Bilan du parcours de soins en addictologie

Au Centre hospitalier Montperrin, l'offre de soins spécialisée pour les personnes souffrant d'addiction repose sur trois structures du pôle transversal.

Filière hospitalière

Filière médico- sociale

Structure d'Addictologie Hospitalière :

- Hospitalisation temps plein
- hospitalisation de jour et CATTP
- Consultations ambulatoires
- Équipe mobile (en constitution)

ELSA

CSAPA Villa Floréal :

- Site principal : Aix
- Antenne de Salon
- Antenne de Pertuis
- Consultations en milieu pénitentiaire (Salon et Luynes)

L'Addictologie hospitalière et le CSAPA sont des services de soins autonomes, l'ELSA est une unité de la Fédération d'urgence et de Psychiatrie de Liaison.

L'état des lieux fait apparaître :

Points forts et atouts :

- Un dispositif associant sanitaire et médico-social et proposant des modalités de soins variées (hospitalisation plein temps et temps partiel, consultations individuelles et groupes).

- Une facilitation de l'accès aux soins de populations particulièrement vulnérables : patients détenus (consultation en détention à Luynes assurées par le CSAPA) et patients précaires (collaboration avec les Pass-précarité).
- La possibilité d'accueil anonyme et gratuit au CSAPA
- La possibilité de consultations tardives (tabac et jeu pathologique) au CSAPA
- La pluridisciplinarité de l'accueil et des prises en charge incluant la réduction des Risques et des Dommages
- La variété des addictions prises en charge (avec et sans produit) avec plusieurs sites d'accueil et des prises en charge spécifiques dans les différents lieux
- Des possibilités de suivis individuels (prenant en compte les dimensions psychologiques, somatiques et sociales) aussi bien que de prises en charge de groupe
- Une expertise reconnue avec un statut de référent départemental du CSAPA pour l'addiction aux jeux et le Chem sex
- Une offre de prise en charge étendue aux familles et à l'entourage (addictologie hospitalière et CSAPA)
- Des liens de qualité avec le réseau des partenaires spécialisés au niveau local, national et régional
- Une participation aux travaux de la filière psychiatrie santé mentale du GHT qui inclue l'addictologie.
- Une implication dans la recherche en collaboration avec l'INSERM

Points sensibles à améliorer :

- Des structures spécialisées qui ont du mal à communiquer et à s'articuler :
 - o Entre elles
 - o Avec les services de psychiatrie générale, ou de pédopsychiatrie
- Une insuffisance de visibilité et de lisibilité des missions spécifiques de chaque structure pour leurs interlocuteurs compliquant les orientations.
- Des outils informatiques différents entre le CSAPA (PROGEDIS) et tous les autres services (CARIATIDES).
- Un parcours de soins insuffisamment fluide entre les différentes structures d'addictologie
- Des difficultés d'orientation de la psychiatrie vers l'addictologie et inversement, avec une difficulté pour la psychiatrie à gérer la problématique d'addiction de patients hospitalisés et une difficulté pour les services d'addictologie à prendre en charge des patients avec des troubles psychiatriques sévères.
- Une inégalité dans l'offre de soins territoriale avec des territoires « oubliés » (Miramas, Vitrolles), ou insuffisamment dotés (Salon, Pertuis, la détention).
- Des possibilités de sevrage ambulatoire et de prise en charge de groupe en ambulatoire trop limitées.
- **Absence d'offres de soins pour les TCA**

1.6 Parcours personnes sous main de justice

Points forts et atouts :

- Délais de PEC en détention rapide (le jour même pour les urgences) mais conditions d'accueil difficiles (beaucoup d'urgences, beaucoup d'absences aux rendez-vous) entraînant une désorganisation des services.
- Amélioration des PEC des D398 sur les secteurs dans les 24h

- Amélioration des conditions d'hospitalisation des patients détenus depuis l'ouverture des USI et celle de l'UHSA.
- Offre de soins CMP accessible pour les personnes sous-main de justice
- Expertise du Centre de Consultation spécifique
- Offre de soins CMP accessible pour les victimes
- Bonne formation des équipes spécialisées en détention
- Sensibilisation croissante des équipes du CHM à la problématique des Personnes sous main de justice, de la violence et des Auteurs d'Infraction à Caractère Sexuel
- Intérêt des nouvelles générations pour le sujet : présence d'internes et de stagiaires en détention, avec réalisation de thèses, de mémoires, suivi de prise de poste.

Points sensibles à améliorer :

- Augmentation récurrente des capacités des établissements pénitentiaires, avec des projets spécifiques, qui nécessiterait une adaptation des moyens sanitaires en termes de personnels et de locaux et qui augmentent le nombre d'hospitalisations nécessaires (en urgences ou non).
- Qualité de l'hospitalisation des détenus insuffisante, avec des délais d'admission trop longs, des durées de séjour trop courtes, des conditions d'hospitalisation trop souvent inadéquates Cf : recours à l'isolement qui reste fréquent dans les USI, possibilités d'hospitalisation limitées en UHSA qui n'assurent pas de prise en charge en urgence, ont des délais d'admission importants et contestent parfois les indications
- Accès aux UMD très difficile
- Surcharge de travail administratif et social en détention (trop peu de suspensions de peine, déficit de lien avec les partenaires, déficit d'accompagnement à la préparation à la sortie notamment pour les mineurs. Déficit de travail avec les familles de détenu.
- Augmentation des obligations et injonctions de soins sur le CHM, avec défaut de visibilité et d'orientation sur le CCS. Manque de moyen humain et de locaux adaptés pour le CCS.
- Déficit de structure spécialisée de recours pour les victimes ou, à défaut, de visibilité des associations concernées.
- Déficit de formation en psychiatrie médico légale des médecins du CHM.
- Très peu d'expert sur le CHM et trop peu d'expertises réalisées (pathologies psychiatriques non prises en compte dans le processus judiciaire, notamment en garde à vue).
- Très peu de médecin sur les listes d'aptitude pour les mesures de protection (perte de chance pour les patients).
- Problème de sécurité en détention / cartographie des risques à revoir.

1.7 Bilan du groupe prise en charge médicamenteuse

Points forts et atouts :

- Une Politique définie avec des indicateurs qualité.
- Informatisation complète du circuit du médicament.
- Référents IDE Pharmacie dans les US, Pharmaciens et PPH référents US dans la PUI.
- Réunions semestrielles Pôle – PUI.
- 100% de validation des ordonnances.
- Dispensation Journalière Individuelle Nominative en voie de déploiement sur l'ensemble des unités.
- Conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie du patient dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée.
- Revues d'ordonnances déployées dans quelques unités de soins.

Points sensibles à améliorer :

- Fonctionnalités insatisfaisantes du logiciel du circuit du médicament au niveau de la dispensation principalement.
- Gestion des Dotations pour Besoins Urgents en médicaments (projet de mise en place d'une armoire sécurisée au Bloc Technique).
- Rythme hebdomadaire ou bi hebdomadaire de dispensation nominative dans certaines unités.
- Conciliation médicamenteuse ciblée aux patients hospitalisés en Gériopsychiatrie.
- Transport des médicaments entre les PUI et les unités intra et extra hospitalières.

1.8 Bilan du projet de soins 2015-2020

1.8.1 Management de la qualité des soins

3.8.1.1 Garantie des droits des patients

Points forts et atouts :

- Démarche qualité mise en œuvre avec un appui de la DUQAG et une implication des personnels dans l'utilisation des outils
- Une PEC Somatique organisée par conventions à l'extérieur par diminution des ressources médicales sur le CHM
- La mise en place des USI permettant le respect du droit d'aller et venir des patients et diminuant l'utilisation des CI des autres unités

Points sensibles à améliorer :

- Manque de CREX, RMM et Patients traceurs dans tous les secteurs d'activité
- Retours des questionnaires de satisfaction reste bas
- Allongement du temps afférent aux soins par des difficultés de communication avec le CHIAP (RV, résultats d'exams)
- Prise en compte de la pathologie psy aux urgences insatisfaisante
- Organisation de la PEC en USI demande trop de renforts masculins/ à l'effectif disponible et désorganise les autres unités

3.8.1.2 Elaboration du projet de soins individualisé

Points forts et atouts :

- Un accueil des patients et famille organisé
- Une réflexion éthique intégrée aux réunions cliniques, réunions cas complexes, CREX
- Une articulation pluridisciplinaire existe selon les choix des pôles afin de répondre aux besoins psycho-sociaux et éducatifs des patients : Assistantes sociales, éducateurs, Une PEC nutritionnelle est réalisée en collaboration avec 2 diététiciennes exerçant de manière transversale.

Points sensibles à améliorer :

- Des liens durables difficiles à instaurer en ambulatoire avec certaines familles
- Difficulté à connaître les histoires de vie des patients à durée de séjour longue
- Manque de présence des Assistantes sociales aux réunions cliniques rendant le partage d'informations difficile
- Manque de construction commune du Projet de soins individualisé équipe de soins/socio-éducatifs
- Manque de communication entre équipes et diététiciennes pour un meilleur suivi nutritionnel

3.8.1.3 Intégration du Dossier patient informatisé dans la pratique

Points forts et atouts :

- Les données relatives à la démarche clinique et aux projets de soins figurent globalement dans le DPI
- Les différents professionnels ont accès au DPI pour noter leurs observations

Points sensibles à améliorer :

- Appauvrissement des observations cliniques par une perte de compétences cliniques (L'Histoire de la maladie et les éléments biographiques manquent, le poids et l'IMC sont insuffisamment notés, l'évaluation de la douleur et du risque suicidaire sont saisis de façon disparate).
- Accompagnement vers la culture écrite insuffisante avec absence de consensus sur la méthode de traçabilité et d'évaluation de la qualité des dossiers
- Absence de déploiement de la planification des soins et des actions préventives et éducatives
- Accès aux informations du patient insuffisant pour le suivi diététique
- Traçabilité des observations des A. sociales, psychomotriciens et éducateurs insuffisante

1.8.2 Management des équipes de soins et socio-éducatives

1.8.2.1 Intégration des professionnels

Points forts et atouts :

- Plusieurs dispositifs existent : livret d'accueil, journées d'accueil et découvertes, procédures d'intégration dans chaque pôle, rapport d'étonnement

Points sensibles à améliorer :

- Des outils ne sont pas suffisamment utilisés
- Des dispositifs d'accueil et d'intégration existent sous des modalités différentes selon les pôles, méritent d'être mieux structurés
- Des dispositifs se sont interrompus
- La satisfaction des personnels n'est pas mesurée

1.8.2.2 Adéquation des ressources et politique de mobilité

Points forts et atouts :

- Identification des compétences nécessaires aux postes par des fiches de poste
- Bilan des compétences à l'occasion de l'évaluation annuelle professionnelle
- La forte proportion d'anciens professionnels (sauf dans un pôle) permet la consolidation de compétences par le collectif
- Répartition hommes /femmes assez stable depuis 2017 (renforts masculins fortement demandés mais 21 % d'hommes en 2019)
- Nombre de sorties élevé en 2019 / à 2018

Points sensibles à améliorer :

- Formation sur l'évaluation des professionnels ancienne
- Représentation des renforts masculins en décalage avec le besoin réel, le bénéfice apporté et les effectifs disponibles
- L'organisation des soins ne répond plus aux besoins des patients
- La mobilité est insuffisamment organisée dans des parcours professionnels valorisant les compétences et la qualité de soins et une méconnaissance des structures existantes ne facilite pas la mobilité

1.8.2.3 Soutien des projets et compétences

Points forts et atouts :

- Création d'une chambre des erreurs en 2019 avec forte satisfaction ;
- Les parcours professionnels sont abordés chaque année lors de l'évaluation annuelle
- Les agents bénéficient de Formation Continue : existence d'une commission de formation institutionnelle et par pôle
- Existence d'une commission des PPH et FF cadres

Points sensibles à améliorer :

- Pour le maintien des compétences, le contexte générationnel des RH et celui de l'évolution des Prises en charge nécessitent de faire évoluer certaines formations et d'en ajouter de nouvelles pour répondre aux enjeux Institutionnels.
- Des parcours professionnels méritent d'être enrichis (formation, mobilité)
- L'articulation entre la FC, la DRH et les pôles est à optimiser (circuit des informations)

1.8.2.4 Pratiques avancées et recherches paramédicales

Points forts et atouts :

- Engagement du CHM et de l'ANFH dans la réflexion sur les IPA
- Des potentiels pour développer la recherche existent (recensement de 19 DU et 32 masters)

Points sensibles à améliorer :

- Questionnement sur le financement des IPA à leur retour de formation
- Manque d'engagement dans les PHRIP (malgré des potentiels), ni de service de recherche structurée
- Des publications professionnelles sont réalisées sans information de la direction, chiffre méconnu
- Manque de formation aux protocoles de recherche

1.8.2.5 Attractivité directe par l'encadrement des étudiants

Points forts et atouts :

- Forte augmentation des étudiants accueillis en stage (surtout ESI et EAS) même en dehors des Instituts de Formation partenaires
- Partenariat formalisé avec des Instituts de Formation.
- Livrets d'accueil réalisés par certains services
- 54 Séances de simulation à l'entretien IDE ont été proposées à des Etudiants en Soins Infirmiers.
- Un cadre missionné sur les stages : collaboration satisfaisante avec les Instituts de Formation et nos services

Points sensibles à améliorer :

- Satisfaction des étudiants accueillis en stage non mesurée-
- Charte d'encadrement non visible en interne et externe
- Livret d'accueil Institutionnel non réalisé et non visible depuis l'extérieur
- Accueil des Etudiants en Soins Infirmiers 1^è et 3^è années insuffisant
- Diminution du temps d'enseignement concernant la psychiatrie nécessitant de compléter la formation

1.8.2.6 Positionnement des cadres de santé

Points forts et atouts :

- Des fiches de postes cadres et assistants de pôle existent

- Les cadres organisent de nombreuses réunions avec les équipes de jour et de nuit
- Les cadres s'impliquent dans les groupes de travail Institutionnels.
- Les cadres et CSS ont des réunions régulières avec la Direction des Soins.
- Un dispositif d'intégration existe.

Points sensibles à améliorer :

- Les fiches de postes présentent des disparités pour des secteurs similaires
- Les compétences attendues pour devenir cadre ne sont pas formalisées.
- Les pôles ne disposent pas tous de cartographie des compétences des cadres en poste
- Les cadres jeunes manageant des professionnels jeunes manquent de compétences pour l'accueil en psychiatrie
- L'isolement de l'unité Oxalis et des CAP n'est pas facilitant pour le management
- Disparition des temps d'échange sur la fonction d'encadrement

Chapitre 4 : Les orientations du projet médico soignant 2021-2026

La première phase de ce projet, celle du bilan, a permis de dégager, dans les 8 grandes thématiques explorées, un certain nombre de points forts, mais aussi des points sensibles du parcours patient, nécessitant des améliorations.

La deuxième phase d'élaboration du projet a travaillé sur les axes d'amélioration, en approfondissant et complétant les orientations envisagées dans la phase bilan, et déterminé les actions nécessaires pour atteindre ces objectifs.

Il est apparu que ces actions relevaient de trois grandes catégories qui structurent notre présentation du projet médico-soignant :

- **Les actions et leviers de l'organisation sectorielle** correspondant à :
 - La prise en charge ambulatoire des patients adultes
 - La prise en charge ambulatoire en pédopsychiatrie
 - La prise en charge dans les unités temps plein et la question de l'adaptation de leurs moyens
- **Les actions et leviers en lien avec des structures intersectorielles** correspondant à :
 - La prise en charge des adolescents
 - La périnatalité et les mineurs souffrant de TSA
 - L'offre de soins spécialisée en psychiatrie de la personne âgée
 - L'offre de soins spécialisée pour les adultes souffrant de troubles du spectre autistique
 - L'offre de soins spécialisée en réhabilitation
 - Le parcours des personnes sous-main de justice
 - Le parcours des personnes souffrant d'addictions
- **Les actions et leviers transverses à l'institution** correspondant à :
 - La prise en charge somatique
 - La prise en charge médicamenteuse
 - Le pilotage du parcours
 - L'institution au service du patient et du personnel
 - Se recentrer sur son métier
 - Le développement de l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
 - La création des conditions d'une attractivité de l'établissement pour les médecins

Chacune de ces thématiques sera exposée dans la première partie de ce chapitre sous la forme de propositions littérales, suivies d'un tableau synthétique des actions proposées.

Dans la deuxième partie, les actions seront présentées classées en quatre familles afin d'en faciliter la gouvernance et le suivi dans le temps :

- Les actions qui touchent au **périmètre de l'offre de soins de Montperrin**
 - Et qui pourront induire un besoin d'échange entre la direction et l'ARS au titre des autorisations et des financements
- Les actions qui touchent **l'organisation interne**
 - Qui relèveront tantôt de la responsabilité de la direction, des chefs de pôle, des chefs de service, des responsables d'unité médicale, ou de l'encadrement
- Les actions qui touchent à **l'organisation et aux fonctionnements avec les partenaires**
 - Qui devront mettre en œuvre le principe de subsidiarité afin de s'adapter au territoire
 - Et qui relèvent donc pour certaines d'une responsabilité directe des équipes des unités et des services
- Les actions qui touchent à la **communication et à la formation**

- Qui devront être prises en charge par les fonctions supports et qui devront être intégrées dans le projet social, celui des systèmes d'information, ou le projet de gestion.

1 Les leviers et actions du projet médico soignant

1.1 Les leviers et actions de l'organisation sectorielle

1.1.1 La prise en charge ambulatoire des patients adultes

a) Les propositions

➤ *Accès aux structures et réponses apportées aux patients*

Malgré un travail important fourni lors du précédent projet d'établissement, on constate, en fonction des territoires, la persistance de disparités dans les organisations et les modalités de réponse à la sollicitation des patients.

Ces disparités sont en partie héritées de différences dans les moyens et organisations pré-existantes. Dans la mesure où elles peuvent impacter la qualité de prise en charge et la lisibilité de l'accès aux soins pour les patients, les familles et les partenaires, il est souhaitable d'engager un travail visant à une plus grande homogénéité dans la stratégie d'accueil et dans la prise en charge des primo patients sur l'ensemble des territoires.

Les modalités dégagées sont les suivantes :

Stratégie Accueil

- Un numéro unique (CMP / CATTP / HDJ) par territoire et un seul point d'entrée
- Mise en place systématique d'un répondeur non enregistreur en dehors des heures de secrétariat (message = rappel des heures de secrétariat + dispositif d'urgence)
- Evaluation et mise en place du nombre suffisant de lignes pour éviter que les appels « sonnent dans le vide » quand les lignes sont occupées.
- Mise en place d'un message d'attente quand les lignes du secrétariat sont occupées
- Mise en place d'un mail générique par CMP

Prise en charge des primo-patients

- Premier contact avec le secrétariat qui collecte les renseignements administratifs et s'occupera de l'adressage.
- Un entretien IDE sous semaine
- Si nécessaire, prise en charge rapide, sur créneaux d'urgence dédiés*, par un médecin
- Une validation médicale du suivi est mise en œuvre dans tous les centres sous des formes différentes (réunions, entretiens individuels, ...) et est référencée dans Cariatide, dans un délai qui reste à fixer.

Les CMP prévoient des créneaux d'urgences médicaux à destination des CAP. Les rdvs sont donnés immédiatement par le secrétariat dès lors que la demande est réalisée sur indication médicale.

➤ *Adapter nos pratiques pour s'adapter aux besoins*

Plusieurs projets, initiatives ou ambitions relèvent finalement d'un souhait des professionnels de santé d'adapter leurs pratiques et leurs outils pour répondre au mieux aux besoins de prise en charge des patients :

- Certains CMP ont été financés entre 2018 et 2020 grâce à des appels à projet de l'ARS au titre du « **aller vers** ». Tous les territoires, à l'exception de ceux des CMP d'Aix – Méjane et Gardanne Trets, disposent actuellement d'une équipe mobile. Le PMS doit permettre de déployer ce dispositif et d'évaluer son impact au titre des missions suivantes :
 - La prise en charge des signalements de patients inconnus

- Le suivi à domicile pour des périodes transitoires de patients qui ne pourraient se rendre au CMP
 - L'aide à la préparation de la sortie des patients d'hospitalisation que l'on sait fragile depuis les pavillons d'intra
 - En collaboration avec le CMP, la construction et l'animation d'un maillage de son territoire
 - L'action en direction des patients « perdus de vue » dans une stratégie visant la prévention des rechutes.
- La prise en charge et la **relation avec les familles** ne fait pas l'objet d'un référentiel de travail, même s'il existe des usages et des outils au sein de l'institution. Le Projet médico soignant doit permettre de structurer et diffuser un référentiel de travail avec les familles qui puisse être appliqué aux CMP, en intra et qui puisse prendre en compte les demandes en provenance de l'UNAFAM. Il faut noter que ce référentiel n'est pas exclusif de la thérapie familiale qui doit être mobilisée au titre d'un outil thérapeutique sur prescription et pas comme unique moyen de travailler avec les familles. Pour mener ce travail, un groupe de travail institutionnel doit être construit. Les travaux du PMS ont permis de proposer un début de groupe au travers des personnes suivantes :
 - Dr Delphine SACCHI (psychiatre adultes),
 - Dr Karina BENABID (psychiatre adultes),
 - Dr Dolores Sanchez (psychiatre adultes),
 - Mme Nicole TALIANA, (cadre santé, thérapeute familiale),
 - Dr Jean François AMPELAS (pédopsychiatrie)
 - Afin de finaliser les travaux de structuration du cadre de travail avec les familles, il sera par ailleurs nécessaire de positionner institutionnellement le Centre de Thérapie Familiale.
 - La prise en charge des **patients en situation de précarité** est structurée sur Aix en Provence, mais la thématique reste à travailler sur le reste du territoire.
 - Les outils **CATTP et HDJ** sont largement déployés dans les secteurs. Ils doivent pleinement concourir à l'insertion **ou la ré-insertion des patients dans la cité**. Dans ce cadre, l'objectif d'une proportion significative d'activités tournées vers la ville (1/3 pour les HDJ, 2/3 pour les CATTP) doit être promue. Dans cette optique, chaque structure devra mener un état des lieux de ses pratiques et de ses partenaires dans le cadre de la revue de son projet de service dans les 5 années à venir.
 - Dans le cadre du travail sur leur organisation, les CMP doivent identifier au sein de leur file active les patients dont les **besoins somatiques sont importants** et qui n'ont pas de **médecin traitant**.
 - Pour améliorer la prise en charge somatique des patients avec des troubles psychiques, il est indispensable dans les 5 années à venir de faire évoluer les relations avec la médecine de ville : mise en place de solutions dématérialisées pour informer à échéance régulière les médecins traitants sur le parcours de leurs patients. Développement de stratégies d'arrimage à un médecin traitant pour les patients qui n'en disposent pas.
 - Le **Projet périnatalité** est un projet qui implique à la fois la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile dans des prises en charge conjointes. La mise en œuvre de la phase 1 a été retardée en 2020 par la problématique du COVID. Néanmoins, après le démarrage de la phase 1 courant 2021 dans ses différentes modalités (équipes mobiles, consultation pré-conceptionnelle, UIR (psychiatrie de liaison), UPB), le dépôt de la seconde phase doit impérativement être effectué afin de répondre totalement à cette demande de prise en charge sur la partie Nord du département
 - Les premières hospitalisations chez les 18-25 ans sont souvent perçues comme extrêmement violentes et contraignantes. Ces hospitalisations interviennent majoritairement sur des situations de crise en l'absence de dispositif suffisamment contenant alternatif au temps plein. Les équipes identifient un enjeu de santé publique en termes d'adhésion aux soins, à proposer un dispositif entre le suivi ambulatoire en CMP, l'accueil au CAP et l'hospitalisation, au travers d'un **hôpital de jour de crise pour jeune adulte**. Ce dispositif serait intersectoriel et basé sur Aix.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Accès aux structures et réponses apportées aux patients	Proposer un référentiel ambulatoire pour organiser les soins des primo patients dans les CMP	Novembre 2023	Dr DAHAN
	Unifier les stratégies d'accueil et rendre accessible l'offre	Janvier 2023	Chefs de Pôle de psychiatrie générale adulte
	Déployer un ensemble d'outils mis à jour pour faciliter le lien entre les structures et fluidifier les prises en charge	Décembre 2023	Mme DUBOSQ Service Informatique
Adapter nos pratiques pour s'adapter aux besoins	Affirmer les principes du « Aller vers » dans les territoires	Février 2023	Chaque secteur
	Mettre en place un référentiel sur comment intégrer les familles dans le suivi des patients	Décembre 2023	Dr DAHAN/ PH pôle Est
	Confirmer les modalités de prise en charge des populations précaires	Juin 2023	Equipe Précarité Dr PESCE
	Affirmer l'orientation vers la cité des structures ambulatoires (CMP ; CATTP ; HDJ)	1 ^{er} semestre 2023	PH et un cadre (représentant le pôle Est et le pôle Ouest)
	Structurer la réponse aux besoins somatiques des patients	Juin 2024	Chaque CMP
	Positionner institutionnellement le centre de thérapie familiale	Juin 2023	Responsable centre de thérapie familiale/ chef du service intersectoriel du PEA
	Consolider le projet de périnatalité 		Cf actions du groupe pédopsy
	Projet de l'HdJ pour jeunes adultes en crise à construire 	Fin 2023	Dr DAHAN/PH pôle Est

1.1.2 La prise en charge ambulatoire en Pédopsychiatrie

a) Les propositions

➤ *Accès aux structures et réponses apportées aux patients en pédopsychiatrie*

Les disparités de premier accueil évoquées plus haut à propos des secteurs adultes sont aussi présentes dans le pôle de pédopsychiatrie, où il n'existe pas de cadre de référence partagé concernant le premier accueil des patients et de leurs familles et où il y a, à l'heure actuelle, des délais d'attente importants pour la mise en place d'une prise en charge.

Au cours des réunions de travail, le groupe, ambulatoire pédopsy a pu réfléchir à un référentiel pour améliorer la prise en charge du flux entrant des patients. Ce système serait utile aux secrétaires médicales par exemple qui pourront, ainsi, se référer à une procédure d'accueil plus précise

Stratégie d'accueil en pédopsychiatrie

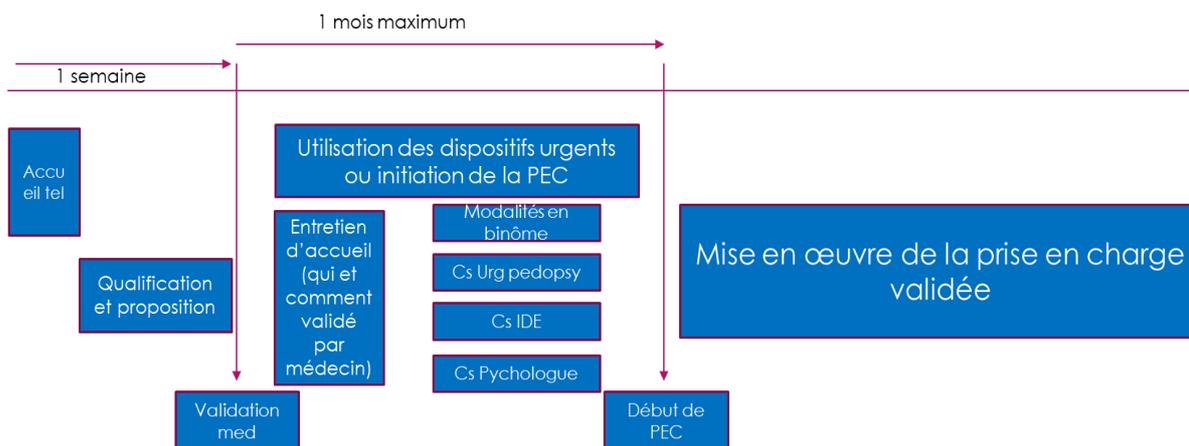
- Qualification de toute nouvelle demande : recueil téléphonique ou présentiel sur un support structuré +/- transmission à l'équipe ; avec supervision médicale systématique + *proposition* de conduite à tenir/prise en charge.

Avec l'objectif d'un délai de traitement d'une semaine

- Entretien de recueil fait par la secrétaire ou par un autre membre de l'équipe en fonction de l'organisation des structures. Avec formation des secrétaires pour ce recueil.
- En cas de proposition de prise en charge : objectif fixé d'un délai d'un mois à compter de l'orientation pour le début effectif de la prise en charge.
- Définir et formaliser un projet de soins personnalisé pour les enfants considérés comme complexes dès leur entrée en CMP.
- Généraliser la revue du projet de soins tous les 12 mois.
- Pointer dans le tableau de bord du service le nombre de patients actifs en soins depuis plus de 24 mois. Ce travail doit être effectué à titre informatif pour le pôle et peut permettre de préciser le projet de soins de ce patient. Les cas complexes représentent 1-3% de la file active des CMP. Pour améliorer la gestion des cas complexes, il faut mener à bien les projets d'HdJ spécialisés pour Adolescents et Autistes avec l'objectif de disposer de relais pour les

situations complexes, tout en maintenant pour les patients concernés le lien avec leur CMP de rattachement.

Dispositif cas complexes



Au regard du référentiel, une analyse comparative des pratiques des CMP apparaît essentielle pour contribuer à l'amélioration du parcours patient.

Enfin, en amont de l'accueil des patients, un référentiel clair des horaires d'ouverture des CMP est à actualiser pour permettre, tant pour le personnel que pour les patients, d'avoir une visibilité sur les CMP qui peuvent avoir des créneaux tardifs 2 soirs par semaine. Des créneaux matinaux (avant 9 heures) pourraient être envisagés si le dispositif des créneaux tardifs est honoré.

➤ Affirmer les outils disponibles en ambulatoire au service des patients et des familles

Au-delà des travaux à mener pour assurer une prise en charge équitable et homogène selon les territoires, le PMS doit structurer en sus deux thématiques :

- Chaque territoire doit définir son **dispositif d'« aller vers »** en ambulatoire pour faciliter l'analyse de la situation notamment lorsque le patient est dans l'incapacité de se déplacer. Cet « aller vers » doit permettre de déployer un dispositif de prévention et d'accompagnement : en milieu scolaire, maison des ados et mettre en place un accompagnement des professionnels de santé pour conserver en situation de ville ces patients. Son objectif n'est pas à priori d'augmenter la file active de manière importante, mais de toucher et raccrocher des patients aux dispositifs existants.
- Tant en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte, la question d'un **référentiel de travail avec les familles** doit être mis en place pour être structuré. Cf. Chapitre précédent où ce référentiel devra être applicable sur l'ensemble de l'institution.

➤ Autres projets

- Plusieurs structures se retrouvent avec une accumulation de temps partiels liés au financement des appels à projet successifs. A l'usage, cette segmentation des temps réduit la cohésion d'équipe et peine à offrir de la visibilité aux agents sur les perspectives statutaires ou professionnelles. Afin d'accompagner les responsables d'unité, les chefs de service et les chefs de pôle dans cette **consolidation fonctionnelle de leur équipe**, il est nécessaire de :
 - D'ici fin 2021, réaliser un tableau prévisionnel des emplois autorisés par métier dans chaque secteur. Dans ce tableau, faire apparaître les personnes occupant ces postes autorisés et les statuts.
 - Au cours du 1er semestre 2022, regarder secteur par secteur les postes qui peuvent être consolidés en temps plein avec la DRH. Ce travail de consolidation théorique doit être mené en amont du dispositif d'évaluation afin de pouvoir offrir aux agents des modalités d'évolution vers des postes consolidés.

- Le **territoire de la Roque d'Anthéron** est enclavé et séparé géographiquement. Le suivi de la file active sur le CMP de Lambesc est difficile. Afin de débloquent cette situation, il est nécessaire d'acquies le soutien de l'ensemble des structures médico-sociales et des élus locaux de la Roque d'Anthéron pour proposer une réponse au problème de santé publique de la Roque d'Anthéron à l'ARS.
- Il faut finaliser l'état des lieux du besoin de la **prise en charge des sourds** et quantifier cette file active pour monter un dossier qui sera présenté à l'ARS chaque année. Ce dossier doit être monté par les CMP en partenariat avec le tissu associatif sourd pour demander un soutien dans ce projet.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Accès aux structures et réponses apportées aux patients en pédopsychiatrie	Analyse organisationnelle et de moyens des CMP au regard du référentiel d'accueil et de prise en charge	Janvier 2023	Pôle PEA Dr MAGNAT
	Rappeler un référentiel clair des horaires d'ouverture des CMP	Janvier 2023	Pôle PEA
	Formation des secrétaires (et autres) à l'accueil en vue d'homogénéiser le service rendu	Janvier 2023	Pôle PEA CHM
Affirmer les outils disponibles en ambulatoire au service des patients et des familles	Définir et renforcer pour chaque territoire « l'aller vers » en ambulatoire pédopsy 	Juillet 2023	Responsables des CMP
	Définir et outiller au niveau de l'institution un référentiel de travail avec les familles		
	Proposer une réponse au problème de santé publique de la Roque d'Anthéron 	Janvier 2024	Pôle PEA
	Consolider les postes dans chaque secteur pour réduire leur morcellement	Janvier 2023	Pôle PEA DRH
	Formaliser un état des lieux des CATTP enfants	Janvier 2023	Pôle PEA

1.1.3 La prise en charge dans les unités Temps plein et l'adaptation des moyens

Dans ce deuxième temps d'élaboration du projet médico soignant le groupe de travail sur le temps plein s'est concentré sur les unités sectorisées et les USI.

De nombreux points présents dans le bilan de la première phase ont été approfondis dans des groupes thématiques dédiés :

- Prise en charge somatique
- Hospitalisation des adolescents en service adulte
- Rôle de l'accueil soignant dans le parcours
- Prise en charge des patients hospitalisés ayant des addictions Addictologie
- Réhabilitation
- Prise en charge des patients adultes avec troubles du spectre autistiques.

Il a également mené une réflexion complémentaire sur la question des moyens de ces unités.

a) Les propositions

- *Mieux gérer les situations de crise et limiter les sollicitations de personnel « en renfort » impactant les autres unités*

La diminution de l'isolement et de la contention est un objectif de l'établissement avec une politique de réduction présentée toutes les années aux instances depuis 2017, comme le prévoient les textes. Dans le précédent projet médical, cette politique s'appuyait sur la spécialisation d'unités (les USI) avec une architecture et des équipes renforcées pour permettre un usage moins fréquent et moins prolongé de l'isolement et sur une intensification de la présence soignante dans l'ensemble des unités grâce à des réorganisations de circuits logistiques et à la suppression de l'isolement (très chronophage) dans les unités ouvertes, sauf à titre exceptionnel et sur des durées très limitées.

Ce dernier objectif (utilisation exceptionnelle et brève des CI des unités sectorisées ouvertes) n'a pas été complètement atteint pour des raisons multiples. Par ailleurs les USI dont le projet prévoyait l'autonomie en termes de personnels soignants ne le sont pas toujours.

On a donc de façon répétée et « habituelle » des « prescriptions » de renfort masculins.

Cette demande en renfort masculin génère des baisses d'effectif récurrentes en personnel dans les pavillons, quand leur aide est requise ailleurs, ce qui altère de façon significative la qualité de la prise en charge des patients dans ces unités et la capacité des équipes à gérer les situations de tension. Ce morcellement de l'activité est également reconnu comme un facteur péjoratif pour la qualité de vie au travail.

Pour agir sur cette problématique, une politique de formation est indispensable pour élever le niveau de compétence des soignants, et en particulier des jeunes soignants, dans le domaine de la prévention et de la gestion de la crise. Une adaptation des locaux est également nécessaire avec la création d'espaces d'apaisement utilisables dans chaque unité.

Enfin, il faut rappeler que dans un projet médico- soignant, les efforts de prévention des situations d'isolement et de contention doivent s'inscrire dans un cadre plus large que celui des seules hospitalisations temps plein, puisqu'une partie de cette prévention renvoie à la prévention de la crise et donc de l'hospitalisation en urgence et en SSC : cela s'articule donc avec la question de l'accès aux soins, de l'aller vers, de la possibilité de suivis intensifs ambulatoires, en alternative à l'hospitalisation, mais aussi dans les suites d'une hospitalisation, pour prévenir les rechutes.

Constat	Proposition d'actions
Les jeunes IDE n'ont pas suffisamment de formation clinique relative à la prévention et la gestion de la crise et de la violence. (Cf. Evolution dispositif formation IDE Vs Infirmier psy)	<p>Deux temps de formation de l'équipe soignante sont à organiser :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'arrivée de nouveaux professionnels de santé encore peu expérimentés en psychiatrie, systématiser la formation à la prévention et à la gestion de l'agressivité et de la violence au moment de son intégration dans un délai de 3 mois. ▪ A un stade plus avancé de la maturité professionnelle (2-3 ans après son arrivée), mettre en œuvre une formation renforcée sur la prévention de la crise et les différents dispositifs de contenance. Ainsi, cette formation cherche à consolider les compétences du personnel dans la gestion du patient en amont de sa crise, limiter les situations de crise par la prévention, et par conséquent limiter le besoin de renfort sur des situations aiguës.
Besoin de revenir aux dispositions arrêtées en termes de fonctionnement de l'unité et d'appel aux renforts.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire évoluer la pratique de prescription de renfort en chambres d'isolement en dépassant la seule notion du genre et aider les équipes à s'autonomiser au regard de la situation clinique. Ceci pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>limiter la mobilité des hommes</u> et agir immédiatement sur les départs de l'établissement au motif que les hommes de Montperrin sont mobilisés trop fréquemment. ○ <u>Inciter les équipes à monter en compétences sur la question de la contenance et de la gestion de la violence.</u> <p>Le constat est partagé sur le fait que la rotation et le rajeunissement de l'effectif soignant des pavillons a aggravé sur les dernières années le recours au renfort, en parallèle d'une sorte de désengagement de la situation de crise comme faisant partie du soin.</p>
Besoin d'agir en amont de la crise pour en limiter la fréquence et favoriser la poly-compétence dans les services	Il est proposé de faire un état des lieux dans chaque service des différentes compétences disponibles en sus des IDE et des AS (éducateurs, psychomotriciens, art thérapeute) ; Identifier en quoi ces compétences favorisent ou non la prévention des situations de crise et participent à la contenance au long cours. Puis de définir un dispositif permettant de proposer de manière équitable entre pôle, les compétences nécessaires à la prise en charge (y compris la contenance).

La promulgation de l'article 84 nous place actuellement dans une situation paradoxale dans la mesure où les contraintes administratives et procédurales qu'il impose mobilisent un temps infirmier, médical et administratif qui est de fait retiré à la prise en charge clinique qui est pourtant le levier capital dans une politique de réduction de l'isolement et de la contention (augmentation de la présence et de la disponibilité médicale et soignante auprès des patients).

La politique de l'établissement en termes de réduction de l'isolement et de la contention ne saurait se résumer à une adaptation à un texte mais dans le cadre d'un projet médico soignant, il est incontournable de souligner les moyens supplémentaires indispensables pour atteindre les objectifs fixés.

Un groupe de travail devra être mis en place pour accompagner les changements dans l'utilisation des CI.

- *Adapter les organisations et les compétences aux besoins de prise en charge*

Réaffirmer les principes d'accompagnement pour les soins somatiques

Afin de réduire le déplacement des équipes soignantes hors des pavillons, il convient d'adapter le dispositif d'accompagnement aux besoins cliniques des patients. L'accompagnement n'est pas systématiquement nécessaire et des AS peuvent accompagner (cf. procédure d'accompagnement des patients à revoir).

Enfin, une réflexion institutionnelle sur les transports pourrait être menée pour limiter la mobilité des soignants. Pistes évoquées : mener une réflexion sur une meilleure gestion des véhicules et des compétences dans les transports opérés par le CHM ou externalisés sur des ambulances privées, ré-évoquer l'accompagnement des transports avec l'administration pénitentiaire.

Permettre la proposition d'évolution des roulements des équipes paramédicales

Les roulements d'équipe de pavillons sont construits à Montperrin de manière historique (historique de gestion du temps de travail, usages, relative égalité des ressources).

Aujourd'hui il apparaît nécessaire de retravailler les cycles de travail et les horaires de prise en fonction au regard des besoins réels de l'activité et de la demande de prise en charge des patients. Les cadres de santé doivent pouvoir proposer des évolutions dans le cadre du dialogue social institutionnel :

- Adapter les besoins de ressource le week-end et augmenter celle-ci certains jours de semaine,
- Adapter les horaires de travail sur la journée d'un ou plusieurs postes de travail pour renforcer le nombre de soignant sur des tranches horaires où l'intensité de travail est plus importante pour s'adapter à la charge de travail

Autres projets :

- Remettre en place les réunions de synthèse pluridisciplinaires avec préparation par un ou deux participants d'un dossier sur un cas clinique. Ce type de réunion permet de progresser les connaissances des équipes et contribue à une meilleure prise en charge globale du patient.
- Structuration de la démarche IPA : continuer de réfléchir le positionnement des IPA, même si actuellement la lourdeur de la formation freine les motivations et les candidatures.

➤ *Fluidifier la circulation d'information dans les services*

- Les relations intra/extra doivent être organisées dans chaque service (éventuellement au travers de protocoles) afin que la traçabilité des informations au sein du Dossier Patient Informatisé soit systématique. Cette mesure concerne tous les professionnels. Des priorités ont été définies dans la consolidation des liens entre le personnel du CHM :
 - A chaque accueil de patient, il faut systématiquement recueillir ses informations biographiques et cliniques et les tracer dans le DPI.
 - Pour renforcer le lien entre les équipes, les principes de temps de travail doivent être communs entre l'intra et l'extra. Les modalités pour atteindre cet objectif peuvent différer entre les secteurs, mais elles doivent être organisées et effectives (exemples : rotations temporaires des infirmiers entre intra et extra, organiser des réunions hebdomadaires entre unités temps plein et représentants/infirmiers des CMP pour discuter de patients communs, etc.). Au-delà des exemples ci-dessus, une représentation systématique des CMP aux réunions des unités temps plein doit être organisée.

- Organiser des journées découvertes des différentes structures intra et extra. Ce système est, pour l'instant, plus complexe à mettre en place pour les infirmiers d'intra, car il est plus difficile de les détacher pour les journées découverte des structures extra.

➤ *Améliorer les outils disponibles sur le temps plein*

- **Projet sismothérapie** : Effectuer une liste des besoins matériels pour développer l'activité ECT et présenter une liste d'anesthésistes du CHIAP ou du privé qui seraient prêts à s'investir dans ce projet. Ce projet de déploiement de la sismothérapie et de la TMS sur le bassin de population de Montperrin s'inscrit dans les objectifs fixés au niveau de la filière santé mentale du GHT.

b) La synthèse des actions :

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Mieux gérer les situations de crise et limiter les sollicitations de personnel impactant les autres unités	Former davantage les équipes de Montperrin à la prévention et à la gestion de la crise et de la violence pour agir en amont de la crise et réduire la mobilité des « hommes » entre les pavillons	2023	Chefs de pôle + Direction des soins
	Mener une réflexion sur la pratique de l'isolement notamment en relation avec l'article 17 et créer un référentiel de travail	1 ^{er} semestre 2023	Dr BOUHADOUZA
	Mener une réflexion sur la création d'espace d'apaisement dans les unités d'entrants	Juin 2023	PCME + Direction des soins
Adapter les organisations et les compétences aux besoins de prise en charge	Mettre en œuvre une politique d'amélioration des compétences des équipes médicales et non médicales (formation, APP, supervision ...) portée par la DS et la CME	2025	DRH/DS et PCME
	Réaffirmer les réunions de synthèse pour les infirmiers de services intra	2023	CSS des pôles
	Continuer la structuration de la démarche IPA	2026	COFIL IPA
Améliorer les outils disponibles sur le temps plein et fluidifier la circulation de l'information	Protocoller les relations intra/extra,	2023	Assistants de pôle et chefs de pôles
	Projet Sismothérapie	2 ^{ème} semestre 2023	Dr BOUHADOUZA

1.2 Leviers et actions intersectoriels

1.2.1 La prise en charge des Adolescents

a) Principaux constats

Synthèse des échanges au regard de la problématique des urgences et de la crise :

- Les équipes ados ou de liaison font face à des besoins de contenance et d'isolement sur des grands adolescents en état de crise. Volume estimé <35 cas /an. Ce profil patient doit théoriquement être adressé à l'USIA.
- L'USIA ne peut que rarement répondre à la sollicitation de la part du CHM
- Or l'offre de soins d'hospitalisation des adolescents (Oxalis 8lits en période COVID ; 10 normalement) ne dispose pas de chambre d'apaisement/isolement d'une part, et le projet médical de la structure favorise les entrées programmées avec adhésion de l'adolescent.
- Ceci implique que :
 - Les adolescents hospitalisés en situation de crise sont hospitalisés dans des secteurs d'adulte trop souvent au sein de chambres d'isolement pour les apaiser, mais aussi pour les protéger des autres patients hospitalisés.
- Ces prises en charge ne s'inscrivant pas dans un schéma partagé au niveau de l'institution sont fréquemment sources de crispation. Ces hospitalisations entraînent des difficultés d'organisation de prise en charge entre les équipes adultes et PEA car :
 - Du fait de l'offre de soins ado, l'aval de la situation de crise n'est pas systématisé (ni en HC au motif du projet de la structure ou de la non contenance assumée, ni de façon suffisamment adaptée à l'intensité en ambulatoire par absence de structure de soin de type HDJ sur le territoire aixois en particulier,
 - Les modalités de la prise en charge avec construction d'un « programme de soins » ne sont pas suffisamment discutées et élaborées entre les équipes d'adultes et d'infanto juvénile.
 - Les modalités de contenance sont parfois difficiles à apprécier et à coordonner de façon conjointe car doivent prendre en compte la nécessité de l'état clinique du jeune et les conditions d'accueil et de sécurité au sein des pavillons adultes.
 - Par ailleurs, la prise en charge d'un mineur au sein d'un secteur adulte peut générer des pratiques hétérogènes par les professionnels des unités qui ne se sont pas formés de la même manière.

La situation épidémique COVID 19 a fragilisé certains fonctionnements.

Constat sur la situation actuelle aux CAP et aux urgences :

- Urgences pédiatriques d'Aix en Provence : Des patients adolescents se présentent aux urgences avec une demande de consultation. Le délai de réponse en CMP pour la population adolescente est trop long actuellement sur Aix. Ceci de manière conjoncturelle du fait de la crise COVID. Sinon le CMP Ado est organisé pour ne pas générer de délai de prise en charge.
- Fonctionnement actuel des Urgences de Salon-de-Provence : lorsqu'un patient mineur se présente aux urgences de Salon-de-Provence, il est accueilli sur les urgences générales (pas d'urgences pédiatriques au CH de Salon) puis est vu par l'équipe de psychiatrie des urgences. Lors des heures d'ouverture, le patient est vu par un psychiatre sinon, le reste du temps, il est vu par l'infirmier psychiatrique car il n'y a pas de garde médicale, et cela y compris quand l'indication d'hospitalisation est posée par un Médecin Pédopsychiatre d'un CMP ou par la Maison des Adolescents. Le passage par les urgences générales est nécessaire, mais se heurte à l'absence de Médecin Psychiatre à partir de 17h et les week-ends et jours fériés, pour assurer une évaluation somatique et psychiatrique et instaurer prescriptions et consignes avant

l'accueil dans le service de pédiatrie. L'équipe Passerelle ne fait pas de consultation aux urgences (travail de liaison et suivis post liaison et présence d'un pédopsychiatre à mi-temps).

- Le service de pédiatrie peut demander, en dehors des heures ouvrables, que l'infirmier psychiatrique vienne faire une consultation en pédiatrie l'obligeant à quitter son poste aux urgences ce qui pose un problème de responsabilité.
- La file active des 5 à 18 ans à Salon était de 176 en 2019 et de 175 en 2020 (ce qui est une augmentation relative vu la baisse de la file active globale en 2020). Pour l'année 2021, le nombre de passages au premier quadrimestre est de 92 jeunes et la projection sur l'année entière est de 276 passages.

L'adressage des patients mineurs aux urgences doit donc être protocolisé au vu de la hausse de la file active entre 2019 et 2020 (*cf Annexe 6*). Le CHM propose que ce protocole s'inspire de celui établi lors de la première phase de la pandémie.

Modification conjoncturelle de la mobilisation de la liaison pédopsy pour assurer le lien avec les secteurs adultes lors d'hospitalisation :

- Au regard de la sollicitation de l'équipe de liaison pédopsy aixoise durant l'épisode COVID-19, les interventions de liaison dans les secteurs d'hospitalisation adultes accueillant exceptionnellement des mineurs a été réduite. Ce phénomène est transitoire et n'a pas vocation à perdurer.

b) Les propositions

A partir de ces constats le groupe de travail a proposé début 2021 des actions à court, moyen et long terme.

Depuis cette date, l'avancée des travaux dans le groupe « adolescents » de la filière psychiatrie et santé mentale du GHT a amené le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et l'établissement à valider une proposition d'organisation départementale des soins pour les adolescents, comportant le projet de création d'un hôpital de jour aixois et d'une nouvelle unité d'hospitalisation pour adolescents à Montperrin, tout en se positionnant sur un souhait de développer une valence spécifique soins-études.

On trouvera, en annexe, la proposition d'organisation des soins portée par le GHT (annexe 2) qui articule les dispositifs nécessaires sur les trois sous territoires de son périmètre, en déclinant, pour chaque hôpital, les moyens à mettre en œuvre pour assurer l'accueil des 12-18 ans sur les différents temps de la prise en charge (accueil aigu et dispositif d'aval ou de soins programmés).

Les actions décrites ci-dessous prennent donc en compte ces nouveaux éléments dont ne disposait pas le groupe de travail au moment où il a terminé ses travaux.

➤ *CRISE : Actions sur le court terme*

Améliorer la prise en charge du patient en crise en unité de psychiatrie adulte en l'absence d'autre solution avec passage d'un pédopsychiatre sous 48h

A court terme et sur la population des 16-18 ans.

(Les patients plus jeunes relevant d'une approche au cas par cas, mais préférentiellement en dehors des secteurs adultes)

- Les secteurs adultes prennent en charge les adolescents en état de crise après échange avec leurs confrères PEA, pour gérer l'état de crise,
- La règle est la prise en charge hors CI
- Le patient est pris en charge en chambre d'isolement seulement en cas de nécessité clinique (prévention d'un risque immédiat ou imminent de dommage pour lui-même ou autrui) ;
- La prise en charge d'un mineur en service adulte suppose l'organisation suivante :

- Passage d'un Pédopsychiatre dans les 48 h,
- Pour toute hospitalisation qui serait indispensable en service adulte, mettre en œuvre le dispositif permettant une prise en charge de qualité du mineur en service adulte. Ce dispositif permet de rappeler le cadre de responsabilité médicale de la prise en charge.
- Identification par l'équipe PEA des modalités de sortie de l'unité adulte au plus vite

Organiser des temps de partage entre le secteur ados et les autres structures et réaliser régulièrement des études de cas

Afin de faciliter la fluidité du dispositif d'urgence et de favoriser une démarche plus concertée, il est proposé de :

- Organiser des temps de partage entre les CAP, les secteurs ados, et la pédopsychiatrie de liaison (Aix) :
- Organiser des visites croisées des structures Ados – Adultes
- Réaliser à échéance régulière des études de cas et de parcours ados pour :
 - Identifier les modalités d'organisation du parcours (amont et aval de l'hospitalisation)
 - Partager les besoins et pratiques de contenance et d'isolement
 - Réaliser des RMM sur les cas ayant suscité des crispations
- 1 fois par an au mois de janvier : Organiser une présentation des dossiers de patient ayant 16 ans dans l'année qui présentent une probabilité forte en besoin d'hospitalisations d'urgences.

Déployer les compétences pour faire face aux situations avec les structures existantes

- Continuer la montée en charge des possibilités de contenance sur Oxalis sur une partie de la capacité totale des 10 lits.
- Envisager une sensibilisation aux besoins des adolescents auprès des personnels des services adultes.

➤ *CRISE : Actions sur le court et moyen terme*

Créer un hôpital de jour Ados de 15 places sur le territoire d'Aix et augmenter la file active sur Oxalis

Obtenir le financement pour la création d'un hôpital de jour sur le territoire d'Aix. (à l'image de ce qui existe sur Salon) de 15 places pour :

- Proposer un aval à Oxalis
- Réduire les durées de séjour à Oxalis et offrir par conséquent une capacité d'accueil plus importante en aval d'une hospitalisation de crise en USIA ou en service adultes ;
- Favoriser une augmentation des entrées en HdJ pour des patients chez qui le CMP n'est pas assez contenant, ou pour prévenir des hospitalisations
- Proposer des prises en charge séquentielles
- Au-delà de ces missions propres aux situations de crise, il conviendra de mettre en œuvre le projet de création de l'HdJ ados.

L'augmentation de la file active d'Oxalis, la possibilité d'admission en HDJ et le projet d'équipe mobile pour les adolescents doivent permettre de contractualiser la DMS cible des prises en charge d'urgences dans les secteurs d'adulte.

Créer des places d'hôpital de nuit Ados : 4 places sur le territoire d'Aix

- Proposer un dispositif complet de prise en charge et permettre un dispositif de soins le plus adapté aux adolescents
- Proposer des prises en charge séquentielles en lien avec l'unité Oxalis

- Proposer un aval à Oxalis

Créer une unité d'hospitalisation temps plein de 8 lits dont 3 lits aigus + 4 places d'hôpital de nuit.

- Permettre une prise en charge non programmée notamment pour adolescents en crise

Coordonner les projets Ados avec le projet HDJ jeune Adulte porté par l'Ambulatoire adulte

- *HORS CRISE : Autres sujets d'interaction au sein du CHM*

Définir les modalités de prise en charge spécialisées (addictologie, thérapie familiale, TSA, TCA)

Concernant l'addictologie, des liens commencent à se mettre en œuvre avec les structures d'addictologie (CSAPA notamment) même si les questions d'addiction s'intègrent dans un environnement plus global. Bien qu'il existe une possibilité d'adressage en consultation d'addictologie dès 16 ans, il y a cependant un réel besoin de sensibilisation aux dispositifs existants (CSAPA, CJC, ...). Les lieux d'accueil des ados sont à ce jour suffisamment équipés sur les questions d'information et de prévention (PAEJ et MDA13nord).

Concernant la prise en charge des familles, Ce sujet est très développé au sein du pôle PEA, car fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Cependant, il manque un espace de parole pour les familles. Par ailleurs la dynamique du Centre de Thérapie Familiale est à consolider au sein du CHM.

Concernant les TSA (troubles du spectre autistique, il existe 2 types de populations dont les besoins de soins et de prise en charge ne sont pas couverts :

- Les adolescents porteurs de TSA légers avec conservations des compétences intellectuelles dont le diagnostic n'a pas toujours été fait en raison de mécanismes d'adaptation et/ou d'intrication avec des troubles des apprentissages ou du comportement. Ces adolescents présentent souvent des épisodes psychopathologiques (phobies scolaires, addictions, dépression, BDA). Il est nécessaire de leur proposer la possibilité d'un diagnostic rapide (délai de 18 mois au CRA) de proximité afin d'éviter l'errance thérapeutique et de mettre en place les soins spécifiques, les aménagements et les orientations adéquates.
- Les jeunes avec TSA modéré à sévères accueillis en HDJ enfants qui sont sortants pour des raisons d'âge (12ans) et qui n'ont pas de structures d'aval. Ces jeunes sont pour la plupart stabilisés, ils sont parfois maintenus en HDJ enfants uniquement, pour éviter une rupture de parcours et un retour à domicile sans suivi adapté (les CMP ne pouvant répondre aux besoins de cette population spécifique). Actuellement, les délais d'attente pour les IME et SESSAD sont de plusieurs années. Ceci génère, par ailleurs, des retards de prise en charge en HDJ pour les plus jeunes qui ne peuvent être admis dans ces structures pour cause de saturation.

Pour éviter ces deux écueils dans le parcours de soins des TSA nous avons fait le projet d'un Dispositif Ressource/ enfants/Adolescents TSA : Diagnostic, Evaluation, Continuité du Parcours et des Soins.

Ce dispositif intersectoriel intègre une EREA (Cf. *Chapitre Autisme*) et propose une continuité du parcours et des soins pour les sortants d'HDJ et des CATTP. Il propose un maillage entre les différents partenaires (éducation nationale, secteur libéral, médico-social), et permettrait ainsi :

- D'assurer le suivi pédopsychiatrique
- De garantir un accompagnement social aux familles
- D'assurer le maintien et la progression des acquis.
- De favoriser l'inclusion et l'insertion sociale
- De prévenir les décompensations et les situations de crises secondaires à l'isolement de jeune et sa famille.
- De soutenir l'orientation et l'admission dans d'éventuelles structures adaptées.

Concernant les TCA (troubles du comportement alimentaire), il existe très peu de structures spécialisées bon. Un groupe se constitue actuellement au sein du CHM afin de traiter du sujet des TCA

chez les mineurs mais aussi chez les adultes. En effet, le CMP pose des indications d'hospitalisation et rencontre une difficulté d'adressage. Il est nécessaire de créer un réseau de partenaires. Le pôle pense opportun de créer au CMP ado un centre expert associé à l'APHM, en accompagnant ce projet en termes de ressources et de formations pour positionner un centre de ressources sur Aix. Le projet doit se structurer avec les équipes de pédiatrie d'Aix et de Salon ainsi que la liaison de pédopsychiatrie car ce sont eux qui sont les premiers en contact avec les patients concernés.

Favoriser les accès : Il existe un projet d'intégration des PAEJ d'Aix en Provence, de Vitrolles et de Berre, actuellement gérés par le CHM, dans la structure MDA (maison des ados) avec l'objectif de renforcer/pérenniser la prévention, et d'avoir un dispositif homogène sur l'ensemble des Bouches du Rhône Nord, et dans un second temps sur la zone de Pertuis non couverte à ce jour.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Court terme	Améliorer la prise en charge du patient adolescent en crise en service de psychiatrie adulte en réduisant l'usage de la CI aux situations cliniques qui l'imposent, avec contact avec un pédopsychiatre sous 48h	1 ^{er} semestre 2023	Dr LOUARN/ PCME/ Direction des soins
	Pour faciliter la fluidité du dispositif d'urgence, il faut organiser des temps de partage entre le secteur ados et les autres structures et réaliser régulièrement des études de cas	1 ^{er} semestre 2023	Dr LOUARN/ Mme MARIOTTI
Moyen terme	Créer un hôpital de jour Ados de 15 places sur le territoire d'Aix et augmenter la file active sur Oxalis 	En fonction des recrutements médicaux dans le pôle PEA et la réponse aux appels à projets	Dr LOUARN
	Mettre en œuvre le projet construit au niveau de l'établissement et du GHT permettant la prise en charge coordonnée des adolescents (8 lits + 4 places HDN) Coordonner les projets Ados avec le projet HDJ jeune Adulte porté par l'Ambulatoire adulte 	En fonction des recrutements médicaux dans le pôle PEA et la réponse aux appels à projets	Dr LOUARN
Autres sujets Court terme	Addicto : Mettre en œuvre des rencontres entre le CMP ados et l'addicto	1 ^{er} semestre 2023	Dr LOUARN/ Dr GREGOIRE
	TCA : Continuer à structurer ce projet		Dr LOUARN
	PAEJ  MDA 	2023	Dr LOUARN/ Mme MARIOTTI

1.2.2 La périnatalité et les mineurs souffrant de Troubles du Spectre autistique

a) Les propositions

➤ *Mise en œuvre du dispositif de périnatalité*

Le dispositif en périnatalité se structure pour être déployé avec les différents pôles. Afin d'en assurer une pleine efficacité, il faut :

- Mettre en place une gouvernance du projet en utilisant le comité de pilotage créé en juillet 2020 et en s'appuyant sur le pilote du projet (Dr Louarn) et les Chefs de Projet (Dr Ivanov et Dr Rivière).
- Consolider l'organisation matérielle de l'équipe mobile Ouest
- Rendre opérationnel l'UPB (unité parent bébé) : déploiement des phases 2 et 3 par crédits supplémentaires et articulation avec le CHIAP.
- Renforcer les équipes mobiles Ouest et Est ainsi que l'UIR.

➤ *Fluidifier la prise en charge des mineurs autistes*

Pour pallier le manque de spécialistes dans l'évaluation des TSA en CMP, un dispositif affilié au centre de ressources autistes sur Aix, pour réaliser des consultations supplémentaires au diagnostic et/ou réévaluation du patient suite à l'évolution de sa situation, permettrait de fluidifier la prise en charge des mineurs autistes. Dans ce dispositif, il faudrait :

- Produire du contenu pour les CATTP enfants et adolescents à déployer sur le territoire
- Former le personnel paramédical aux consultations de suivi de la file active
- Créer un dispositif fléché de soins pour les adolescents sortant d'hospitalisation et ne trouvant pas de place en IME
- Développer EREA en coordination avec Marseille pour garantir la continuité des parcours de soins des enfants et adolescents
- Démarrer l'équipe mobile de l'UMAI pour améliorer l'intégration et le maintien de certains jeunes au sein des IME.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Mettre en œuvre le dispositif de périnatalité 	Mettre en place une gouvernance sur le projet de périnatalité.	1 ^{er} trimestre 2023	Chefs de Pôle/ Direction
	Poursuivre la mise en place de l'UIR et de la consultation pré-conceptionnelle	1 ^{er} semestre 2023	DR RIVIERE/ Dr IVANOV
	Décliner le projet Unité Parent Bébé	2024	DR RIVIERE/ Dr IVANOV
Fluidifier la prise en charge des mineurs autistes Mettre en œuvre le dispositif de périnatalité	Former le personnel des CMP au suivi des patients de la file active TSA	2024	Dr RAOUX
	TSA : Structurer un projet pour les patients autistes en rupture à l'adolescence + soutien EREA	1 ^{er} semestre 2024	Dr RAOUX
	Coordonner les besoins ados avec les projets du service de l'Olivier 	2 ^{ème} semestre 2023	Dr GUIOT

1.2.3 L'offre de soins spécialisée pour les personnes âgées

a) Les propositions

➤ Continuer la structuration du projet de gérontopsychiatrie

L'unité temps plein de psychiatrie de la personne âgée a été ouverte en octobre 2017. Elle est destinée à accueillir des patients de plus de 65 ans souffrant de troubles psychiatriques. Sans être exclus, les troubles cognitifs (pathologies dégénératives) ne sont pas une indication de prise en charge. L'hôpital de jour pour personne âgée initialement localisé à Gardanne a été transféré en 2019 sur Aix. Un créneau de consultation spécialisé a été créé. Il est donc indispensable, sous peine de saturation, qu'il puisse faire le relai avec les CMP de psychiatrie générale après une consultation ou suite à une hospitalisation.

Or le service de psychiatrie de la personne âgée rencontre aujourd'hui des difficultés sur le réadressage des patients vers un CMP. Afin de structurer son projet et pour accueillir une file active plus importante, il est proposé de :

- Quantifier les demandes d'évaluation des CMP auprès de la filière gérontopsychiatrie
- Travailler sur l'arrimage des patients aux CMP en limitant la durée de suivi des patients et en conservant une position d'avis et de recours pour les partenaires du CHM et hors CHM.

En effet, la filière gérontopsychiatrie veut :

- Conserver les consultations d'avis et d'expertise
- Réserver l'hospitalisation complète pour les situations qui le nécessitent.
- Utiliser l'HdJ en intersectoriel pour compléter l'offre CMP des plus de 65 ans à la fois pour consolider les avals d'hospitalisation et, proposer des ateliers dédiés aux personnes âgées qui ne pourraient être proposés en CMP.
- Mettre en place une formation de sensibilisation des IDE dans les CMP pour faciliter l'arrimage des patients et faciliter le lien intra extra.

- Déployer des capacités d'aller vers pour les patients âgés vivant au domicile ou en institution dans l'objectif de prévenir les décompensations et les hospitalisations en situation de crise. Ce projet suppose la création sur le territoire de Montperrin d'une équipe mobile qui complétera la structuration d'une véritable filière de psychiatrie de la personne âgée telle que définie dans le PRS, le PMP du GHT et les priorités du PTSM. Un projet d'équipe mobile a déjà été rédigé et présenté à l'ARS (cf. annexe).

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Continuer la structuration du projet de gérontopsychiatrie	Quantifier les demandes d'évaluation des CMP auprès de la filière gérontopsychiatrie	Juin 2023	Dr Boudier et Mme MARCELLIN
	Travailler sur l'arrimage des patients aux CMP en limitant le suivi prolongé des patients par la gérontopsychiatrie	Juin 2023	Dr Boudier et Mme MARCELLIN
	Utiliser l'HDJ en intersectoriel pour compléter l'offre CMP des plus de 65 ans	Juin 2023	Dr Boudier et Mme MARCELLIN
	Favoriser l'ancrage territorial des plus de 65 ans grâce à la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie. 	Juin 2023	Dr Boudier et Mme MARCELLIN

1.2.4 L'offre de soins spécialisée pour les adultes souffrant de troubles du spectre autistique

a) Les propositions (Cf. Annexe 3)

➤ *Structurer un service de référence pour la prise en charge de l'autisme*

Le nouveau service dédié aux adultes présentant un TSA a pour objectif de proposer une réponse sanitaire graduée aux personnes présentant un TSA, avec ou sans déficience intellectuelle, ainsi qu'aux personnes dys-communicantes.

Axe 1 : Créer un Hôpital de jour (8-10 places d'HDJ) en précisant ses articulations avec les autres services

La particularité des troubles autistiques rend difficile l'intégration des patients dans les HDJ de psychiatrie de secteur. Il est nécessaire de disposer de personnel avec un savoir-faire spécifique. Cet HDJ aurait une fonction d'intermédiaire entre le pavillon et les secteurs. Il doit pouvoir venir en support des structures de vie en milieu ordinaire (Domicile famille, MAS, ...)

Cet HDJ sera le nœud de gestion de la file active sur le territoire de santé. C'est une solution pour les cas insuffisamment stabilisés et difficilement intégrables en lieu de vie. Une fois ses capacités évaluées, le patient peut ensuite être orienté vers un parcours de vie adapté.

Axe 2 : Développer la consultation hospitalière

L'objectif de cette consultation est de venir supporter le diagnostic et la prise en charge de l'autisme pour des patients connus ou non afin de limiter l'errance thérapeutique et limiter le délai au sein du centre expert Marseillais.

Ce dispositif permettrait aussi de privilégier le soin dans la communauté en venant en support des CMP, des médecins traitants et des psychiatres libéraux.

Ces consultations pluridisciplinaires avec des patients, les familles, les aidants et l'instauration de groupes thérapeutiques auront pour objectif de prévenir les situations de crise, repérer et anticiper pour privilégier les hospitalisations programmées.

➤ *Renforcer son champ d'action sur le territoire*

Cette consultation ne peut pas se substituer au suivi de secteur ou en structure medico sociale, et doit rester un support supplémentaire ponctuel.

En parallèle de ce projet, il est nécessaire de continuer à structurer les relations avec les partenaires médico-sociaux en aval, mais aussi l'équipe mobile de Makaras pour offrir un dispositif homogène sur le GHT13.

Le travail avec le CAP48 est à renforcer car il n'y a pas à ce jour de procédure définie dans l'adressage des patients autistes.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Structurer un service de référence	Poursuivre la structuration d'un service de référence pour la prise en charge des personnes porteuses de troubles sévères du neuro-développement avec l'ensemble des modalités	Fin 2023	Chef de service et cadre service TSA adulte
Travailler en réseau	Renforcer les relations avec les partenaires (CMP, Médico-social) en aval et avec l'équipe mobile des Makaras	Fin 2023	Chef de service et cadre service TSA adulte
	Structurer la prise en charge des patients adultes TSA avec les services d'urgences (CAP) et les pôles de psychiatrie générale	Fin 2023	Chef de service et cadre service TSA adulte

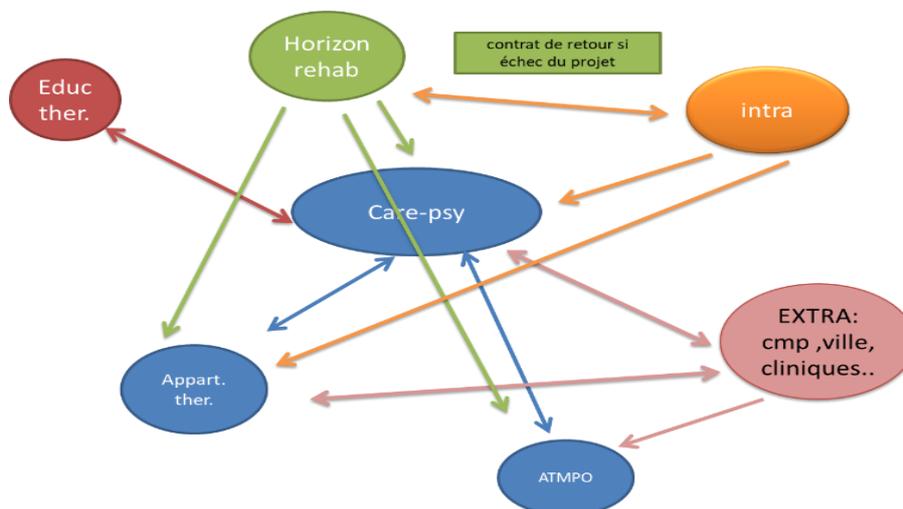
1.2.5 L'offre de soins spécialisée en réhabilitation

a) Les propositions

➤ *Positionner la réhabilitation par rapport aux secteurs*

Horizon réhab est un service en pleine transformation. Historiquement service « de patients chroniques », le service est en train de structurer le projet permettant de proposer une orientation du patient vers la ville, et non simplement un aval aux services de secteur. Afin de permettre une rotation suffisante des patients et répondre, ainsi, aux besoins des secteurs intra et du projet médical de l'unité, il faut bien positionner la réhabilitation avec les secteurs. Pour cela, il faut :

- Mettre en place les inter-actions (rouge) sur la base de propositions concertées Réhab/Secteur.



- Définir une DMS maximale en unité d'Hospitalisation du service pour assurer une rotation suffisante des patients et répondre ainsi aux besoins des secteurs intra et du projet médical de l'unité (max vingt-quatre mois).
- Définir une cible de file active ambulatoire, et définir les modalités d'adressage + cibles thérapeutiques des différents objets thérapeutiques proposés
- Acheter la mue des prises en charge des patients Chroniques · Réhabilitation en :
 - Menant une réflexion sur les locaux et la localisation des différentes structures
 - Adaptant au fur et à mesure les moyens (quotité et compétence) au regard de l'augmentation du volume de patients inclus
 - Elargissant l'offre sur le territoire : Tester un dispositif sur Salon en lien avec le CMP pour développer les prises en charges réhabilitation avec l'outil thérapeutique ATMPO sur les territoires distants (Test sur 3 patients / an).
- Impulser et soutenir le déploiement des outils de la réhabilitation dans l'ensemble des secteurs et en particulier mettre en place les plans de prévention partagés et les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie (DAiP).

b) La synthèse des actions

Regroupement	Action	Echéance	Porteur
Finaliser la transformation du service des Chroniques vers la Réhabilitation	Terminer la définition du projet médical d'horizon réhabilitation pour répondre aux besoins des secteurs (comparaison à d'autres structures, recueil du besoin des secteurs, ...)	Décembre 2023	Dr Adamoli, Mme ZOUGAR
	Réaliser une fois par an une évaluation du nouveau projet en prenant en compte l'évolution des parcours / DMS / nb entrées et du projet médical de réhabilitation	Décembre 2023	E ADAMOLI, Mme ZOUGAR, Mme CHAMPSAUR
	Construire un plan de formation pluri annuel à la réhabilitation et l'intégrer dans le dispositif institutionnel	Décembre 2023	Assistant de pole

	Définir un plan de rénovation des conditions d'accueil des patients de l'unité de réhabilitation temps plein et structurer spatialement les différentes unités du service de réhabilitation 	Décembre 2023	Dr ADAMOLI Mme . ZOUGAR, Mme CHAMPSAUR
Faire connaître l'offre de réhabilitation	Mettre en œuvre une expérimentation ATMPO sur Salon (puis changer de territoire les années suivantes)	Décembre 2023	Dr ADAMOLI, Mme CHAMPSAUR
	Développer les supports de communication adaptés pour promouvoir le dispositif :	Décembre 2023	Dr ADAMOLI - Dr SACCHI
	En <u>interne</u> : Adressage, objectifs thérapeutiques (simplification des formulaires)	Décembre 2023	Dr ADAMOLI - Dr SACCHI
	En <u>externe</u> : Vulgarisation, accessibilité patients et adresseurs (Vidéo, plaquette, presse)	Décembre 2023	D SACCHI A ZOUGAR
Mieux intégrer les familles dans la réhabilitation	Déployer ou adapter le dispositif Profamille pour les familles de personnes souffrants d'autres pathologies psychiatriques (Demandes en augmentation sans réponse à ce jour)	2024	Dr ADAMOLI, Mme THOMAS.
	Développer et adapter un dispositif philosophiquement proche de profamille en virtuel pour les territoires excentrés	Décembre 2023	Dr ADAMOLI, Mme THOMAS
	Revoir l'intégration du dispositif d'Accueil Familial Thérapeutique dans le périmètre de la réhabilitation.	Décembre 2023	Dr ADAMOLI, Mme CHUSSEAU
Impulser et soutenir le déploiement des outils de réhabilitation dans les secteurs	Mettre en place les plans de prévention partagés et les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie (DAiP).	Juin 2023	Dr SACCHI

1.2.6 Le parcours des personnes sous main de justice

a) Les propositions

- *Fluidifier les parcours entre le SPAD et les secteurs*

Axe 1 : réaffirmer les principes organisationnels du SPAD et du Centre de Consultations spécifiques (CCS)

Les modalités d'accueil du SPAD et du CCS doivent être clarifiées afin de permettre une meilleure orientation des patients. Le premier entretien est réalisé avec un psychiatre qui indique la suite thérapeutique éventuelle. Le délai pour avoir un rendez-vous doit être inférieur à 1 mois. Pour faciliter la gestion, les dossiers patients sont dans CARIATIDES et les procédures / annuaires sur le NAS. Le dispositif d'accueil doit donc être lisible et simple :

- **SPAD** : 1 numéro de téléphone + 1 mail + 1 fax (uniquement pour les signalements, utilisés par les surveillants pénitentiaires, et dont la continuité de lecture est partagée entre les

secrétaires et les IDE). *Une évolution de l'outil serait peut-être à travailler en lien avec l'administration pénitentiaire*

- **CCS** : 1 numéro de téléphone + répondeur + 1 mail

Les hospitalisations des détenus doivent se faire prioritairement sur les niveaux 2 et 3 du dispositif de soins (SMPR et UHSA). Les USI du CH-Montperrin ne peuvent s'y substituer

Axe 2 : faciliter l'arrimage somatique et psychiatrique des détenus/patients sortants aux CMP

L'objectif est **de renforcer le temps de liaison** pour accompagner les cas complexes de projet de sortie des détenus et assurer leur arrimage à un CMP. Ce temps de liaison permettra d'accompagner les partenaires et de faciliter le passage de relai entre le milieu carcéral et le CMP : tester les modalités d'échange virtuel de 15-20min entre l'équipe du SPAD, le détenu, l'équipe SPIP et celle du CMP, pour tisser, entretenir le lien, et ne pas engorger le dispositif par des modalités uniquement mobiles et physiques (1 jour = 1 patient = 1 déplacement).

- Pour les patients isolés, le Service d'Accompagnement à la Sortie (SAS) pourra prendre aussi la forme d'une l'équipe mobile se chargeant d'accompagner la sortie du patient et les premiers rendez-vous. Un lien est peut-être à penser avec les équipes précarités le cas échéant.
- Il semble nécessaire de fixer un objectif quantitatif de cas à prendre en charge pour le SAS afin d'ajuster le dispositif aux ressources.

Axe 3 : mettre en œuvre un référentiel de l'expertise

Ce référentiel distinguerait l'expertise dans le cadre d'une procédure judiciaire, du besoin régulier d'expertise notamment adressé au CAP pour répondre aux demandes des services Police/Justice.

Cas de l'expertise de garde à vue :

- Structurer une formation à destination des personnels des CAP dans le cadre de la formation professionnelle continue interne au CHM.
- Structurer une boîte à outil (mise à jour) à destination des personnels et médecins des CAP et des équipes soumises aux demandes d'expertises.

Cas de l'expertise judiciaire :

- Constituer et tenir à jour une liste d'experts (pénal, civil, sécurité sociale, assurance, protection des majeurs).
- Associer ce dispositif à une réflexion institutionnelle permettant de coupler : réponse à une demande judiciaire et attractivité médicale (préciser le mode de rémunération, faciliter la libération de temps d'expertise pour les jeunes PH ou ceux qui le souhaitent, ...)
- Au regard de l'enjeu, il semble nécessaire de quantifier la demande et de faire porter ce travail au niveau de la CME.

➤ *Assurer pour les soignants des repères dans leur pratique quotidienne*

L'objectif est de définir, mettre en place et partager un **référentiel de travail** pour les professionnels du SPAD et du CCS.

En effet, du fait de l'extrême polyvalence des métiers et de l'impossibilité de créer une fiche de poste opposable et stabilisée, il faut limiter la perte de repère au fil du temps et conserver la philosophie mise en œuvre et partagée à ce jour dans l'ensemble de l'équipe.

Poursuivre la rédaction des protocoles de prise en charge des patients (CATTP, accueil Urgences) afin de mieux définir les missions et emplois de chacun.

Autres projets :

- **Répondre à l'appel à projet SAS**

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Fluidifier les parcours entre le SPAD et les secteurs	Réaliser une plaquette pour réaffirmer le rôle du CCS	1 ^{er} semestre 2023	Dr SALVAGIOT
	Réaffirmer les principes organisationnels du SPAD et du CCS	1 ^{er} semestre 2023	Dr LUC
	Accompagner les cas complexes des détenus/patients sortants pour leur assurer un arrimage somatique et psychiatrique à la sortie de prison (EMOT) 	Juin 2023	Dr COTON
Assurer le repérage des soignants dans leur pratique quotidienne	Participer avec les USI à l'organisation de la prise en charge des patients hospitalisés en D398	Juin 2023	Dr BURNET Dr LEFEBVRE
	Mettre en œuvre un référentiel de l'expertise à disposition de l'ensemble de l'établissement	Juin 2023	Dr LEFEBVRE
	Déployer les dispositifs de soins auprès des détenus nécessitant des soins dans les quartiers spécifiques pénitentiaires (CNE - SAS – QPR)	Juin 2023	Dr LEFEBVRE
	Assurer pour les soignants des repères dans leur pratique quotidienne (protocoles de prise en charge des patients (CATTP, accueil Urgences) afin de mieux définir les missions et emplois de chacun).	Juin 2023	Dr LUC

1.2.7 Le parcours des personnes souffrant d'addictions

a) Les propositions

- *Renforcer l'accueil et mieux répondre aux demandes de soins d'addictologie rendre l'addictologie plus accessible pour les personnes admises au Centre Hospitalier Montperrin*

Les travaux du Projet Médical et Soignant ont mis en avant plusieurs éléments :

- L'addictologie, sanitaire ou médico-sociale a besoin de poursuivre son mouvement d'ouverture à l'ensemble des addictions.
- Les services du CHM et les Services d'Addictologie (Addictologie Hospitalière, CSAPA et ELSA) doivent pouvoir interagir de manière plus fluide au bénéfice des patients.
- La prise en soin en addictologie doit proposer plusieurs types d'accompagnements : consultations ambulatoires pluridisciplinaires, CATTP, hospitalisation de jour ou complète, Equipe Mobile...

Pour répondre à ces objectifs, il est souhaitable de construire une véritable filière addictologique pouvant être structurée selon 3 axes de travail :

Axe 1 : Favoriser l'interaction de l'addictologie avec les autres services de Montperrin

Pour ce faire, le groupe propose de pérenniser ou de structurer plusieurs actions :

- A destination des services d'intra et avec leur participation :
 - Mettre en place des groupes de sensibilisation aux problématiques addictologiques pour les patients et les soignants des services
 - Déployer des groupes de parole ou d'échanges (patients – soignants) en pavillon d'hospitalisation adulte afin de mettre en œuvre des interventions à visée thérapeutique pour les patients présentant des troubles psychiatriques dominants qui ne pourraient être pris en charge en hospitalisation complète ou de jour en Addictologie Hospitalière.
 - Lors de demandes d'hospitalisation des Services de Psychiatrie vers l'Addictologie Hospitalière : repérer les délais de réponse et les demandes non honorées, afin d'en identifier les motifs, et de travailler cette question avec les secteurs psychiatriques.
 - Lors des demandes d'hospitalisations faites par le CSAPA vers les secteurs de psychiatrie ou l'addictologie hospitalière : repérer les délais de réponse et les demandes non honorées, afin d'en identifier les motifs, et de travailler cette question
- A destination des Adolescents :
 - Une initiative de travail conjoint avait vu le jour entre Oxalis et le CSAPA, il convient de réactiver ces liens.
 - Le CSAPA se tient à la disposition du CMP Adolescent afin de réaliser des évaluations
 - Le CSAPA propose son aide pour construire des ateliers avec une composante addictologique dans le cadre du projet d'HDJ pour adolescents.
 - Se coordonner avec l'équipe du CSAPA Tremplin pour éventuellement venir en renfort sur les questions de prévention, mais aussi sur l'accueil des familles.
- A destination des CMP Adultes :
 - Favoriser les interventions du CSAPA et de l'équipe mobile (consultations/évaluations) dans les CMP avec l'objectif d'assurer l'arrimage des patients présentant une problématique addictologique et d'acculturer les équipes de CMP à ces prises en charge.
 - Mettre en place des rencontres régulières entre les CMP et les structures de la filière addictologique.

Pour pérenniser cette coordination, il est important d'initier des réunions de concertation entre :

- a) D'une part Les services de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile
- b) D'autre part Les dispositifs d'Addictologie du CH MONTPERRIN : ELSA, CSAPA et Addictologie Hospitalière

Ces rencontres entre équipes CMP ou Hospitalisation Psy et addictologie sont une nécessité pour comprendre et échanger sur les formes de prises en charge, la place de chacun et les orientations éventuelles.

Par ailleurs, il faut poursuivre les **réunions cas complexes**, auxquelles participent les 3 CSAPA du territoire de santé, le CAARUD, l'ELSA, l'Addictologie Hospitalière, l'Equipe PASS Précarité, les microstructures (médecins libéraux ouvrant des créneaux de consultations pour psychologues ou AS sur des budgets ARS spécifiques). Ces rencontres ont lieu tous les 2 mois au CSAPA FLOREAL : y sont discutés 5 à 10 cas de patients complexes. Cela peut permettre de débloquer des situations relatives à ces patients et de décloisonner les échanges.

Axe 2 : Déployer l'équipe mobile d'addictologie

L'ELSA au CHIAP, les 3 CSAPA du territoire de santé et les consultations hospitalières constituent une « porte d'entrée » essentielle pour les personnes confrontées à des problématiques d'addictions ou de dépendance.

Si ces dispositifs ne sont pas en mesure de donner suite aux contacts pris avec les personnes, il est possible de faire appel à l'équipe mobile d'addictologie (EMA) rattachée au service d'addictologie.

- **Objectifs** de l'équipe mobile : Mise en place pour 3 ans dans un cadre expérimental, l'EMA doit assurer le suivi des cas les plus lourds de personnes présentant des pathologies duelles (psychiatriques + addictologiques) et / ou addictées et en situation de précarité. L'EMA peut intervenir en aval d'une hospitalisation, gérer les demandes de soins de nouveaux patients, reprendre contact avec les personnes « perdues de vue » par les dispositifs, permettre un « aller vers » d'amont, évitant le recours à une hospitalisation. Tout médecin généraliste, professionnel de la CPTS, partenaire de l'addictologie peut adresser des patients à l'EMA.
- **Principes de fonctionnement** : « aller vers », évaluation de la personne au regard de ses addictions, des comorbidités éventuelles, de sa situation sociale, de ses demandes... et proposition d'un projet de soin articulé avec les autres intervenants.
- **Territoire d'action** : territoire de santé Nord des Bouches du Rhône
- **Au-delà des soins directs, l'EMA doit proposer aussi** des prises en charge de groupe aux services de **MONTPERRIN** (Voir Axe 1). Ce travail d'information en addictologie, de groupes de parole et d'échanges avec patients et soignants, participera à une meilleure articulation avec la psychiatrie : interventions, coanimation, transfert d'expertise... au sein des services demandeurs du CH MONTPERRIN.

Axe 3 : Déployer un dispositif de formation continue en addictologie

Le manque de formation des personnels de Psychiatrie sur le sujet des addictions rend difficile la prise en soin de certains patients admis en hospitalisation PSY ou suivis en CMP. L'objectif est d'améliorer leurs compétences dans ce domaine et de faire évoluer leurs représentations relatives aux usagers de drogues, aux personnes confrontées à toutes formes d'addictions et aux patients dépendants.

Demande intégrée dans la thématique « Une institution au service des patients et des personnels »

➤ Structurer une filière addictologie assumant un positionnement de niveau 2

La filière addictologique n'est pas encore suffisamment structurée pour assumer de manière fluide l'ensemble de la gradation des soins en addictologie (accueil, suivi, RDR, sevrage simple, sevrage complexe, soins de suite, de consolidation ...). Elle doit évoluer pour constituer une filière de niveau 2. La filière ainsi mise en place se soit d'être facilement accessible pour les patients et les partenaires du sanitaire, du médico-social et du social.

Axe 1 : Mettre en œuvre une réflexion sur la réduction des délais de prise en charge en addictologie

Un constat est partagé : l'addictologie n'est pas toujours en capacité actuellement de répondre rapidement à la sollicitation des adresseurs (Montperrin ou autre). La mise en œuvre de l'équipe mobile est un levier de réponse supplémentaire mais encore expérimental : il semble donc nécessaire de mettre en place un temps de travail, entre les adresseurs et la filière addictologie, et au sein même de la filière, pour définir des modalités de réduction des délais, de qualification et de quantification des besoins ainsi que pour travailler sur la connaissance par chacun des interlocuteurs des indications et des orientations.

Dans les pistes de travail évoquées, nous retrouvons :

- La place de l'ELSA et de ses orientations.
- Le questionnement, pour les sevrages de niveau 1, du caractère obligatoire d'une consultation de préadmission avec un médecin du service d'addictologie hospitalière
- Les suivis ambulatoires et les sevrages ambulatoires.
- La Réduction des Risques et le maintien de l'abstinence.

- Les indications d'hospitalisation en addictologie hospitalière
- Les hospitalisations séquentielles.
- La distinction entre les sevrages simples et complexes.

Axe 2 : Réaffirmer les rôles de chacun dans une filière d'addictologie de niveau 2

Il semble nécessaire de préciser les modalités d'adressage à chaque structure pour permettre aux adresseurs et patients de mieux comprendre comment et vers quelle structure s'orienter pour obtenir une réponse adaptée à leur demande.

- Importance du primo-contact : Une réflexion doit être menée sur l'hétérogénéité des populations reçues et sur le frein que cela peut parfois représenter pour l'adhésion aux soins.
- Structurer et assumer la prise en charge de niveau 2 portée par l'addictologie hospitalière
 - Coordonner toutes les « portes d'entrées ».
 - Mettre en place les séjours de rupture dans l'utilisation des substances psychoactives
 - Affirmer les principes d'hospitalisation séquentielle de certains patients.
 - Améliorer les capacités de réponse aux problématiques somatiques
 - Diversifier les modalités de soins au travers de prises en charge multimodales
 - Statuer institutionnellement sur le passage T2A de tout ou partie du service d'addictologie hospitalière (Cf. chapitre ci-dessous)

Axe 3 : Statuer institutionnellement sur le passage en T2A de tout ou partie du service d'addictologie hospitalière

Il peut exister une opportunité de passer une partie des 34 lits d'addictologie hospitalière autorisés en T2A (14 lits à minima).

Seraient ainsi constituées une unité d'addictologie court séjour financée en T2A ainsi qu'une unité de soins de suite et un HDJ situés dans le même bâtiment au CHM. Les liens avec le CHIAP sont à développer en s'appuyant sur la dynamique du GHT.

Ce passage à la T2A nécessitera la mise en place d'une organisation plus fonctionnelle et une « rotation » plus importante de patients. Avec des modifications à opérer sur les compétences, l'organisation des prises en soins, le recrutement des personnels et le management au sein du service. Pour évaluer l'opportunité d'inscrire l'addictologie hospitalière dans des autorisations et des financements différents, plusieurs analyses devront être menées :

- Une étude médico-économique pour estimer la file active future permettant d'assurer un équilibre économique. Cette étude aurait aussi pour objet d'estimer l'importance des besoins en soins somatiques et l'intérêt d'une proximité géographique avec le CHIAP.
- Une étude épidémiologique pour comprendre le type de patients hospitalisés au regard des diagnostics addictologiques et psychiatriques, mais aussi un repérage des pathologies somatiques et de la situation sociale des personnes suivies

Axe 4 : Ajuster le projet médical de l'HDJ

Aujourd'hui, l'HDJ est ouvert 5j/7 avec 4 jours dédiés aux personnes en abstinence avérée et 1 jour aux personnes qui consomment et sont en réduction de risque et des dommages.

Face à l'évolution perçue par les professionnels des besoins de la population, il est proposé d'augmenter l'accueil individuel et le travail de groupe pour les personnes en réflexion sur leur projet de soin et nécessitant des interventions de type RdRD.

Il s'agit donc **reconsidérer** le fonctionnement de l'Hôpital de Jour en augmentant le nombre de jours dédiés à la RdRD et, pour ce faire, en élargissant le recours aux partenaires du champ médico-social et à la dynamique pluridisciplinaire qui porte les soins en addictologie.

Autres axes de travail

- L'addictologie peut venir en soutien du projet de périnatalité co-porté par les secteurs adultes et infanto-juvéniles pour apporter les prises en charge addictologiques opportunes à ces profils de patients.
- La structuration d'un niveau 2 doit permettre de mener dans un deuxième temps une réflexion partenariale avec l'APHM pour proposer des accueils pour des patients du Nord des Bouches du Rhône qui auraient initiés leur prise en charge sur Marseille, consolider le recours aux sevrages et soins résidentiels complexes sur le département, et obtenir une valence universitaire afin de développer des travaux de recherche.
- Agrandissement du CSAPA pour élargir l'offre de soins notamment pour les activités thérapeutiques : maison pop-up avec salle d'activité et deux bureaux prévus.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Renforcer l'accueil et mieux répondre aux demandes de soins. Rendre l'addictologie plus accessible aux personnes admises à Montperrin	Favoriser l'interaction de l'addictologie avec les autres services de Montperrin	Fin 2023	Dr GREGOIRE
	Déployer un dispositif de formation continue en addictologie	Fin 2023	Dr ARNAUD Dr LAFONT
Structurer une filière addictologie assumant un positionnement de niveau 2	Mettre en œuvre un travail sur la réduction des délais de prise en charge en addictologie	Fin 2023	Dr LAFONT
	Réaffirmer les rôles de chacun dans une filière d'addictologie de niveau 2	Fin 2023	Dr ARNAUD Dr GREGOIRE
	Statuer institutionnellement sur le passage T2A de tout ou partie du service d'addictologie hospitalière	Fin 2023	Direction
	Ajuster le projet médical de l'HDJ	Fin 2023	Dr LAFONT Dr ARNAUD

1.3 Leviers et actions transverses à l'institution

1.3.1 La prise en charge somatique

a) Les propositions

Philosophie générale du service somatique : Le service somatique intervient auprès des patients hospitalisés en intra hospitalier et en appartements thérapeutiques. A chaque admission d'un patient en pavillon, le médecin somaticien voit le patient sur son lieu d'hébergement dans un délai maximal de 24h. Un bilan biologique standard et un ECG sont systématiquement réalisés dans la foulée. Tous les autres examens complémentaires nécessaires sont prescrits (délais de rdv variables). Pour les

patients chroniques ou dont la DMS est longue : suivi des patients 1 fois par an à minima et si ce dernier a une importante pathologie : suivi tous les 6 mois. Le service souhaiterait développer la réponse aux demandes de bilans gynécologiques et la réalisation d'échographie.

➤ *Mise en œuvre d'une offre de service homogène et contractualisée*

Axe 1 : Homogénéiser les modalités logistiques de réalisation des prises en charge somatiques en pavillon

Il est nécessaire de définir un espace adapté dans chaque pavillon.

Un espace dédié avec une table d'examen, un point d'eau permettant le respect des mesures d'hygiène, et un équipement informatique permettant l'accès au DPI est la modalité la plus adaptée. Au minimum, les mêmes équipements seront mis à disposition dans un espace ciblé.

Axe 2 : Mettre en place un référent somatique

Afin de permettre un suivi des patients notamment chroniques (estimation : 80 patients sur 300) et d'assurer une continuité entre les interventions du médecin, identification d'un référent somatique dans chaque pavillon.

- Un **cadre institutionnel doit être instauré** par les cadres de santé : mise en place d'une coordination entre les services de soins et le service somatique via les cadres respectifs qui pourront s'organiser pour réaliser un point entre eux tous les deux mois (anticipation de l'agenda somatique des patients chroniques), organiser l'accueil de l'équipe somatique lors des consultations d'entrée en service et assurer la communication nécessaire de leurs équipes respectives. Le rôle de ce référent devra être précisé pour permettre à chaque pavillon de s'organiser en conséquence, mais il devra à minima comporter les missions suivantes :
 - Assurer un point tous les deux mois avec l'équipe somatique pour anticiper l'agenda somatique des patients chroniques (1h tous les 2 mois)
 - Être l'interlocuteur privilégié de l'équipe somatique lors des consultations d'entrée (30-45' à chaque entrée)
- Ce référent aurait alors pour rôle d'informer l'équipe du pavillon du suivi et des agendas somatiques des patients et serait en charge de l'interface avec le service somatique au besoin.

Axe 3 : Faciliter la gestion informatique des patients

- Gestion de la sortie du patient : proposition de travail sur le paramétrage de Cariatides pour intégrer dans le **courrier de sortie** un bloc somatique indiquant la conduite à tenir au médecin traitant (liste des rdv futurs par exemple) pour les patients avec un important suivi somatique. NB : L'équipe somatique utilise déjà un item dédié dans Cariatide, ici l'objectif est de l'intégrer automatiquement dans le courrier de sortie.
- Intégrer la conciliation médicamenteuse d'entrée et sortie dans le CRH, création d'un bloc dans cariatide
- Mettre en œuvre une **adresse mail générique sécurisée** pour le service somatique pour permettre l'envoi des résultats d'examens dématérialisés
- Lors du passage à Axigate, mettre en œuvre la procédure de prescription d'imagerie dans le DPI, de réalisation du cliché à Montperrin et d'interprétation sur le CHIAP (en prévision du retour de la manipulatrice radio).

➤ *Améliorer la prise en charge somatique des patients en extra-hospitalier*

Le suivi somatique des patients en extra hospitalier relève de la médecine de ville. Or, le constat est qu'il existe un nombre non négligeable de patients suivis en CMP qui n'ont pas de médecins traitants.

Une stratégie d'arrimage des patients en situation d'urgence somatique et non suivi par un médecin traitant doit être établie. Pour répondre à ce besoin en CMP, il faut établir une cartographie territoire par territoire des médecins généralistes. Ceci en vue de créer des liens de proximité avec les médecins traitants afin de faciliter les consultations de patients non encore suivis sur le plan somatique. En contrepartie, les CMP s'engageraient à pouvoir recevoir dans les 48h des patients vus au cabinet du médecin traitant, et qui nécessiteraient une évaluation psychiatrique.

Autres actions possibles à mener :

- Organiser des **réunions de formation pour les médecins généralistes** : ce qui permet de créer le lien et de faciliter les prises en charge conjointes. Formations sur des thèmes prédéfinis (dépression, addicto, TCA ...) Avec les médecins généralistes.
- **Reproduire le modèle de Salon** avec son programme « Handi-Santé » ou l'infirmière accompagne ses patients à leurs consultations, créant le lien avec les médecins.
- Accompagnement des patients aux consultations par les équipes mobiles des CMP.

Autre axe d'amélioration :

- Rappeler les **modalités d'accompagnement des patients** lors d'une hospitalisation pour soins somatiques : le critère de choix d'un accompagnement dépend de l'état du patient en terme d'autonomie, de sa capacité de compréhension et de son adhésion aux soins somatiques. Ces critères dépassent les seuls critères des modalités d'hospitalisation (soins sans consentement ou soins libres) qui peuvent faire l'objet d'un certificat d'exonération d'accompagnant (réanimation d'un patient sous contrainte vs patient en soin libre mais très instable cliniquement). Cf. *chapitre 6.1.4 sur les modalités d'accompagnement pour les soins somatiques*

b) La synthèse des actions

Regroupement	Action	Echéance	Porteur
Mise en œuvre d'une offre de service homogène et contractualisée permettant le respect des obligations de la prise en charge somatique en intra-hospitalier 	Homogénéiser les modalités logistiques de réalisation des prises en charge somatiques en pavillon	Deuxième semestre 2023	Direction/ Services économiques et techniques
	Améliorer la coordination entre les services de soins et le service somatique	Premier semestre 2023	Dr SOMNY/ Direction des soins
	Gérer la sortie du patient	Passage Axigate	DIM/ Dr HOAREAU
	Mettre en œuvre une adresse mail générique sécurisée du service somatique	Deuxième semestre 2022	Direction Services numériques
Améliorer la prise en charge somatique des patients en extra-hospitalier	Etablir une cartographie territoire par territoire des médecins généralistes et des CPTS	Juin-23	CMP secteurs
	Définir une stratégie d'arrimage à un médecin traitant des patients suivis en CMP	Juin-23	Dr BOUDIER /Mme DUBOSCQ ou Mme VERNAY

1.3.2 La Prise en charge médicamenteuse

a) Les propositions

- *Continuer à améliorer le circuit du médicament selon les bonnes pratiques médicamenteuses requises*

Axe 1 : Ancrer dans les usages la dispensation journalière nominative et ses conséquences en termes de gestion du médicament dans les unités

La mise en œuvre de la DJIN est largement avancée au CHM. Cependant, il reste encore des points sur lesquels les organisations n'ont pas encore complètement finalisé leur transformation et qui génèrent des dysfonctionnements. C'est le cas par exemple des stupéfiants, des produits présents dans la DBU ou des molécules prescrites au long cours mais non inscrites à la DJIN.

Il est donc nécessaire de :

- Travailler la question de la pratique médicamenteuse entre la PUI et les unités de soins
- Continuer de travailler avec le correspondant pharmacie en place dans toutes les unités. A noter que ce correspondant pharmacie ne doit avoir qu'un rôle logistique et doit accompagner ses collègues dans l'évolution des pratiques professionnelles : une dispensation médicamenteuse efficace permet une meilleure traçabilité des médicaments administrés aux patients et permettre, ainsi, au référent pharmacie d'approvisionner les DBU en conséquence.
- Continuer les réunions entre les correspondants pharmacie des services et la PUI.
- Continuer les temps de rencontre des référents PUI avec les services à l'occasion d'audits permettant des échanges.

Axe 2 : Renforcer les revues d'ordonnance

- **Déployer au moins une revue mensuelle** par unité de soins des ordonnances en équipe pluridisciplinaire. L'équipe doit être composée des psychiatres de l'unité, qui peuvent être accompagnés des soignants et du cadre. Le référent pharmacie n'a pas l'obligation d'être présent (Rappel : son rôle est d'abord logistique).
- Cette revue doit être déployée dans tous les services et de manière plus régulière en psychiatrie.

Axe 3 : Repositionner le rôle de l'encadrement dans la qualité de la prise en charge médicamenteuse

En renforçant la pratique médicamenteuse avec les cadres de santé, l'objectif est d'inclure l'encadrement dans le fonctionnement du circuit du médicament, identifier les problèmes du quotidien et accompagner les éventuels changements de pratique professionnelle.

- *Garantir la continuité des soins médicamenteux*

L'objectif du CHM est d'augmenter le nombre de patients inclus dans la conciliation médicamenteuse.

- Principe : organiser un recueil auprès du patient, de son médecin, de l'officine de ville pour répertorier les médicaments que le patient prenait avant son hospitalisation et ceux qu'il va prendre au cours de son hospitalisation afin de limiter la iatrogénie et garantir la continuité des soins médicamenteux. La conciliation a aussi lieu en sortie d'hospitalisation pour permettre une continuité des traitements en ville.
- Objectifs du PMS :
 - Etendre la conciliation au maximum de patients notamment sur les pathologies somatiques chroniques, ou les états changeant au décours de l'hospitalisation.

- Systématiser les patients conciliés à leur sortie en instaurant un « bloc conciliation » dans la lettre de sortie permettant une explication au médecin et à la famille sur les choix médicamenteux de l'établissement.
- Coordonner ce travail de conciliation avec l'équipe somatique.

Autres axes du projet

- Maintenir la réunion semestrielle entre les pôles et la pharmacie qui permet de discuter des résultats d'audit sur le circuit du médicament des différents services et de communiquer en cas de changement de procédures. Ces réunions sont ouvertes au personnel intra et extra hospitalier.
 - Possibilité de proposer cette réunion en visioconférence ou faire une vidéo récapitulative pour le compte-rendu de la réunion.
- Structurer un corpus de formation sur le long terme pour les rendre obligatoire dans le cadre de la formation continue professionnelle au CHM.
- Mettre en place des ateliers en intra et extra hospitalier d'éducation aux thérapeutiques médicamenteuses : plutôt sur les structures d'Aix au début. Ceci serait proposé aux structures intra comme extra.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Ancrer les bonnes pratiques médicamenteuses dans les services	Poursuivre le déploiement et ancrer dans les usages la dispensation journalière nominative et ses conséquences en termes de gestion du circuit du médicament	2024	Dr BERLAUD DS CME
	Déployer la conciliation médicamenteuse	2023	Pharmaciens
	Démocratiser les revues d'ordonnances	2023	RMQPECM
Garantir la continuité des soins médicamenteux	Consolider l'organisation de réunions semestrielles pharmacie/pôle	Durée du PMS	Dr BERLAUD et Direction des soins
	Mettre en place des ateliers en intra et extra hospitalier d'éducation aux thérapeutiques médicamenteuses	2025	Pharmaciens

1.3.3 Le pilotage du parcours patient

Au fil du temps et de ses projets d'établissements successifs, le CHM a mis en place pour l'ensemble de la population de son territoire des modalités de prises en charge sectorielles et intersectorielles.

Les premières reposent sur une offre de soins territorialisée avec le déploiement de structures réparties sur un territoire vaste et comportant des communes hétérogènes en termes de taille, de niveau de vie des populations et d'accès à la mobilité. Le réseau progressivement construit assure un accès de proximité avec des équipements globalement homogènes entre les secteurs (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, possibilités d'hospitalisation plein temps). Il persiste cependant quelques défauts de couverture (zone de la Roque d'Anthéron pour la pédopsychiatrie, absence d'hôpital de jour pour adolescents à Aix en Provence) qui ont été identifiés dans le bilan de l'offre de soins réalisé pour ce projet médico-soignant.

Comme affirmé dans le Projet médico-soignant de la filière psychiatrie du GHT, cette organisation sectorisée est la pierre angulaire de l'organisation des soins en psychiatrie.

Cette affirmation n'est pas en contradiction avec l'existence dans notre établissement de prises en charge intersectorielles qui enrichissent l'offre de soins. Elles visent des populations spécifiques (patients détenus, patients précaires, personnes âgées, autistes adultes, adolescents), des problématiques particulières (services d'addictologie, CSAPA, service de réhabilitation), ou des modalités de prises en charge (FAUPL avec intervention aux urgences, dans les CAP et en liaison en hôpital général à Aix et à Salon de Provence). Elles permettent une diversité et une spécialisation des soins que l'établissement peut mettre à disposition des patients.

L'ensemble de ces dispositifs a pour vocation de permettre aux patients d'accéder à chaque étape de sa prise en charge au dispositif le mieux adapté à sa problématique, et donc de permettre un parcours du patient fluide et pertinent. Ceci suppose, au-delà même de l'existence des dispositifs adaptés, de garantir leur visibilité et leur lisibilité pour les professionnels de l'institution, les patients et leur entourage, ainsi que pour l'ensemble de nos partenaires médicaux, médico-sociaux et sociaux.

Au vu du bilan des différents groupes thématiques, cet enjeu implique deux actions prioritaires :

1. La facilitation de l'entrée dans le parcours
2. La fluidification du parcours de prise en charge

➤ *Faciliter l'entrée dans le parcours*

En tant que pivot du secteur, les CMP jouent un rôle capital dans l'accès aux soins. Ils doivent permettre un accueil infirmier sans délai et un avis médical dans des délais maîtrisés selon des modalités qui sont à harmoniser, en particulier en ce qui concerne la question de la réponse aux familles et aux partenaires. cf les chapitres 6.1.1 et 6.1.2 sur l'ambulatoire adultes et pédopsychiatrie.

Les échanges avec les familles et les partenaires sanitaires et sociaux font cependant régulièrement apparaître plusieurs difficultés :

- La complexité, pour les partenaires, du dispositif sectoriel qui est constamment décrit comme illisible
- La demande des médecins de pouvoir joindre directement et facilement un psychiatre pour un avis et un conseil
- La question des consultations psychiatriques en urgences auxquelles les CMP ont du mal à répondre.

Actuellement, le CHM répond à ces difficultés de la façon suivante :

- La mise à disposition sur le site Web d'informations sur les soins d'urgences et d'un outil pour avoir les coordonnées de son CMP de rattachement (avec des résultats actuellement insatisfaisants)

- La mise en place de créneaux d'urgence sur les CMP permettant, si nécessaire, des consultations médicales dans la semaine (mais pas le jour même et de façon hétérogène entre les CMP).
- Un accueil soignant aux tâches diversifiées qui répond à beaucoup de demandes et donne aussi des informations sur le dispositif de soins.
- Des consultations psychiatriques en urgence à l'accueil soignant au prix d'une désorganisation des prises en charge intra hospitalière (appel des médecins des unités).
- Des consultations en urgence au CAP après passage par la filière somatique sauf si orientation par un médecin généraliste.

L'analyse de cette situation amène à préconiser l'organisation suivante :

- Une consolidation du dispositif CMP avec un référentiel de l'accueil en urgence : avec des premières consultations par les IDE et une possibilité de créneaux de consultations médicales urgentes dans les jours qui suivent. Ainsi qu'un développement de l'aller vers y compris pour des patients non encore connus.
- Le maintien du fonctionnement actuel des CAP qui effectuent un travail spécifique au sein des urgences et en liaison dans les services des hôpitaux généraux.
- Une refondation de l'accueil soignant qui serait transformé en accueil médico soignant avec des temps médicaux dédiés et un numéro unique diffusé à l'ensemble des partenaires. Cet accueil médico soignant assurerait les missions suivantes :
 - Recueillir une demande faite par un patient, une famille ou un partenaire et proposer en tant que de besoin :
 - Une orientation vers le dispositif adéquat
 - Un avis spécialisé (par exemple conseil pour un médecin de ville)
 - Un entretien soignant et/ou médical
 - Disposer d'une vision partagée en temps réel des lits disponibles dans les secteurs et d'une coopération des structures ambulatoires pour assurer la suite de la prise en charge dans les délais jugés nécessaires après le premier contact (mobilisation en tant que de nécessité des créneaux d'urgence).
 - Mobilisation du temps médical éventuellement disponible (l'activité d'accueil est extrêmement variable) pour honorer via la téléconsultation les demandes de consultations en urgence en CMP que les équipes des CMP elles-mêmes ne seraient pas en mesure d'honorer (absences, afflux sur un jour donné, ...)

Par ailleurs, et au-delà de l'urgence, la question des **délais de prise en charge dans les CMP** est centrale et le délai de la première consultation psychiatre reste un sujet. Le CHM doit être en mesure de structurer un pilotage homogène du délai d'accès pour permettre l'ajustement des ressources de manière temporaire ou durable et éviter les problèmes structurels d'accès aux soins.

Par ailleurs, il existe des besoins d'identification des patients qui sont en perte de lien avec le dispositif de soin (les « perdus de vue ») et la structuration d'une stratégie concernant ces patients.

Ces différents besoins couplés à l'évolution prochaine du système d'information militent pour la structuration d'un groupe de travail sur la rénovation des tableaux de bord à destination des CMP afin de leur permettre de mieux piloter leurs files actives.

➤ *Fluidifier le parcours de prise en charge*

Axe 1 : répondre à un besoin de connaissance des offres de soins, de compétences minimales et de coordination entre les équipes

Afin de fluidifier la vie dans le parcours, le groupe a identifié 3 modalités différentes permettant de répondre aux enjeux :

- Une meilleure connaissance mutuelle des offres de soins (Cf. chapitre 6.3.4 Une institution soignante au service des patients et des personnels)
- Un besoin de compétences minimales sur des thématiques ciblées
- Des besoins de coordination spécifiques nécessitant des réunions de synthèse ou de partages de cas

Axe 2 : fixer un cadre de travail pour permettre aux secteurs de profiter des dispositifs intersectoriels

Le constat partagé par le groupe indique que les dispositifs intersectoriels ont construit au fur et à mesure leurs propres modalités de saisie et adressage. Cette construction nuit à ce jour à la lisibilité des modalités d'adressage des patients. Le groupe propose une homogénéisation des modalités de saisine :

- **CATTP et HDJ** : converger et homogénéiser les formulaires à remplir et les intégrer dans cariatides et demain Axigate, quel que soit le secteur.
- **Appartement thérapeutique** : homogénéiser les formulaires entre les Appartements thérapeutiques sectoriels et intersectoriels (limiter la complexification importante au travers des échelles) + Appel à candidature de la part des App Thérapeutiques lors de la libération de place.
- **Horizon – Réhabilitation** : la réhabilitation vient en service dans les 72h suite à la sollicitation du service pour évaluer les patients.
- **Gérontopsychiatrie** : pas de préconsultation mais la structure donne sous 72h son accord de prise en charge ou les modalités de prise en charge. Cette prise en charge dépend de critères (l'âge).
- **Addictologie** : dans les 72h suivant la saisie de la part des service, l'addictologie doit indiquer les modalités de prise en charge à mettre en œuvre. Le dispositif de consultation de préadmission peut être maintenu pour les hospitalisations dès lors qu'il ne rallonge pas le délai de 72h pour disposer d'une conduite à tenir. Si l'addictologie n'est pas en capacité de répondre, il faut faire appel à l'ELSA. Pour que l'ELSA puisse déclencher tous les dispositifs thérapeutiques, il faudra que cette équipe mobile puisse poser l'indication d'accès à un dispositif et le mettre en œuvre (y compris l'hospitalisation en addictologie).

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Rendre plus performant l'entrée dans le parcours	Fluidifier l'entrée en urgence et transformer l'accueil soignant en accueil médico-soignant avec un numéro unique pour les partenaires et les patients 	Deuxième semestre 2023	Dr Antoni/Dr IVANOV/Mme de PLANTEROSE
	Restructurer le pilotage des files actives des secteurs	Janvier 2024	Médecins référents CMP/Cadres CMP/DIM

Fluidifier le parcours de prise en charge	La vie dans le parcours : répondre à un besoin de connaissance des offres de soins, de compétences minimales et de coordination entre les équipes		Cf. GT Institution au service des P&P
	Harmoniser les modalités et supports d'adressage pour permettre aux secteurs de profiter des dispositifs intersectoriels	Premier semestre 2023	Dr ANTONI/Mme de Planterose
	Assurer un suivi exhaustif de la file active (patients perdus de vue)	Deuxième semestre 2023	Med référents CMP/DIM

1.3.4 L'institution au service des patients et des personnels

a) Les propositions

➤ *Consolider les compétences et modalités d'accueil disponibles à Montperrin*

Il existe une problématique de communication au sein du CH de Montperrin. Les services se décrivent comme cloisonnés ce qui rend difficile la circulation d'informations et la compréhension partagée des différentes modalités d'accueil que l'établissement peut offrir.

Cette méconnaissance par les personnels du dispositif de soins peut générer une inégalité d'accès aux soins des patients en fonction de leur lieu de prise en charge.

On peut noter que Le CH de Montperrin ne manque pas d'outils ou d'instances au sens théorique. Cependant les défauts de communications évoqués dans l'état des lieux montrent que l'instruction des sujets, leurs arbitrages ainsi que la mise en œuvre des conséquences de ces arbitrages sont peut-être insuffisamment partagés. La question du dialogue de gestion pourrait, elle-même, être retravaillée dans le cadre du projet de gestion afin de rendre plus lisible le traitement institutionnel des sujets.

Les modalités d'accueil disponibles sur le CH de Montperrin et les savoirs faire doivent donc être rendus plus lisibles. L'ensemble de l'offre de soins a été listée dans un tableau présenté en annexe 3. Elle devra être complétée par les modalités de prise en charge et d'adressage afin de pouvoir orienter les patients vers le dispositif le plus adéquat.

Pour inscrire cette **liste de compétences et de dispositifs** dans les outils et usage institutionnels, il faut :

- Définir une gouvernance d'actualisation de cette liste en lien avec les compétences de la CME (CME en direct, commission, ...)
 - La liste doit pouvoir être tenue à jour annuellement a minima au regard des projets déployés au cours de l'année
 - Cette mise à jour doit être disponible en amont du dispositif d'évaluation des agents
- Associer cette liste aux compétences évaluées dans le dispositif d'évaluation annuel des agents comme référentiel de compétences
- Intégrer la démarche de cartographie des compétences auprès des cadres et des responsables d'unités médicales pour que ceux-ci puissent disposer de compétences ou de référents sur des thématiques nécessaires au décroisement des services, afin de favoriser leur fonctionnement.

Le panorama dressé et le premier niveau de partage au sein des groupes permet de dégager 3 niveaux de sollicitation des différentes compétences de Montperrin :

- Savoir que cela existe et pouvoir trouver facilement un contenu explicatif : ceci implique que la thématique doit pouvoir disposer d'une plaquette de présentation. Cette plaquette doit être disponible sur l'intranet.
- Identifier des référents et pouvoir solliciter un échange : au-delà de la plaquette nécessaire, la compétence doit être associée à un référent que l'on peut consulter. L'annuaire étant dématérialisé, il n'est pas question ici de refaire un annuaire, mais bien de pouvoir identifier nominativement un référent.
- Intégration large de certaines compétences dans les pratiques professionnelles, ce qui implique de pouvoir disposer tantôt
 1. D'un premier niveau de sensibilisation (Cf. cartographie des compétences médicales et non médicales des unités)
 2. Ou d'un référent présent dans chaque unité
 3. Ce besoin doit être supporté par un dispositif de formation professionnelle continue.
Cf. action ci-dessous

En parallèle, instaurer un temps de partage entre cadres sur les atouts et pratiques de leur service favoriserait un partage des compétences.

La liste des compétences réalisée pendant la durée des groupes est disponible en annexe.

Instaurer un cycle de sensibilisation continu et durable pour les personnels

Les échanges avec les différents groupes de travail ont révélé un réel besoin de formations des personnels pour acquérir ou actualiser certaines compétences nécessaires dans la pratique de leur métier.

Ce cycle de sensibilisation doit se dérouler de manière obligatoire pour tous les agents de Montperrin sur une période de 5 à 10 ans et doit être faisable dans le temps :

- Pour les personnels (entre 1 et 2 jours/an pour les PNM ; A définir pour le PM)
- Pour les services, c'est-à-dire avec des modalités de remplacement
- Pour les formateurs internes, en dégageant du temps pour leur permettre de dispenser les formations
- Pour les thématiques, en s'assurant d'une continuité de pilotage afin que les thématiques ne dépendent pas d'une seule personne.

Ce tableau ci-dessous énumère les différentes formations à mettre en place au sein du CHM à deux niveaux : un de sensibilisation et un autre de mise en place d'un référent. Les thématiques présentant une notion de référent sont à coordonner avec des projets de formation individuelle des agents.

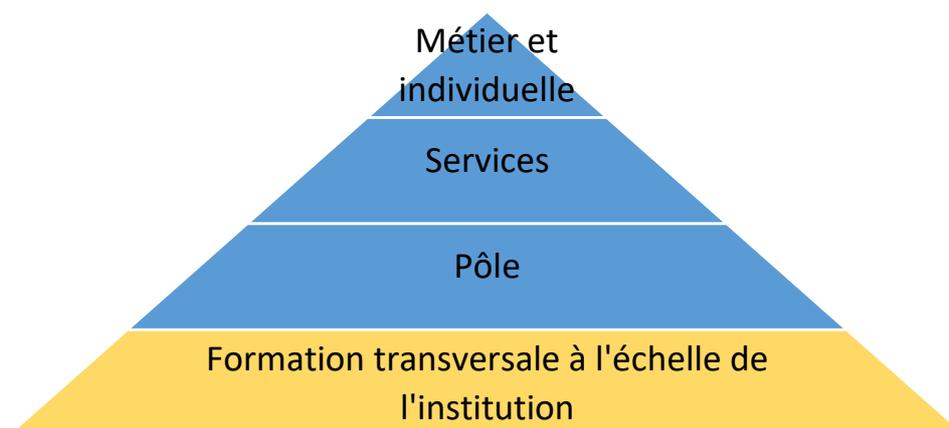
Enfin, chaque unité pourra avoir des priorités de formation au regard des enjeux de pratiques dans son service (Intra / CMP ; Secteur / USI, ...)

Thématique	Niveau	Cible
Addictologie	Sensibilisation	Tout personnel
Relation avec la famille (différent de la thérapie familiale)	Sensibilisation	Tout personnel
Expertise en urgence	Sensibilisation	Médecin intervenant sur CAP
Somatique	Sensibilisation	Tout personnel intra + IDE des CMP

PEC médicamenteuse	Sensibilisation + Référént	Tout personnel intra
Ado	Sensibilisation	Tout personnel secteurs adulte
2 étapes dans la gestion de la violence	Agitation et violence (dans les 3 mois de l'arrivée de l'agent)	Sensibilisation Tout personnel
	Contention et isolement (au bout de 2 à 3 ans d'ancienneté)	
Périnatalité	Sensibilisation	Tout personnel secteurs adulte
Réhabilitation	Sensibilisation	Tout personnel secteurs adulte
Précarité	Référént	Soignant secteur
CLUD CLAN Hygiène	Sensibilisation + Référént	Tout personnel

Focus : besoin de pérenniser le dispositif de sensibilisation

Le groupe a positionné cette grille de sensibilisation en bas de la pyramide suivante :



Ceci implique que ce dispositif ne doit pas être animé ou financé uniquement par le pôle. Il est donc nécessaire de travailler de concert avec la DRH et l'ANFH pour construire et financer ce dispositif. Les limites et leviers mis en avant quant à la pérennité de la formation continue sont les suivants :

Limites	Leviers
Les absences pour formation désorganisent les services, ce qui implique parfois d'annuler les formations	Mettre en œuvre un dispositif de crédits disponibles pour remplacer les absences pour formation
Les principes de « <i>vis ma vie</i> » sont appréciés mais peu mis en œuvre	Académiser les savoir-faire existants pour qu'ils puissent être dispensés en formation et entrer dans un dispositif de prise en charge

Les formations réalisées par des prestataires sont inégales en termes de qualité, il convient donc d'intégrer une démarche d'évaluation au moment où le plan est retravaillé.	Panacher le dispositif de formation avec une offre opérée en interne et une offre externe
---	---

➤ *Structurer l'accueil des nouveaux arrivants*

Un dispositif plus structuré d'accueil des nouveaux arrivants doit permettre de décroïsonner les secteurs/services en leur offrant une vision globale de la structure du Centre Hospitalier Montperrin. Dès les premiers jours, les nouveaux arrivants découvriront la variété de Montperrin :

- Organiser des journées d'accueil lors de l'arrivée de nouveaux personnels avec une visite des secteurs/services afin de donner des repères à chacun dans l'institution.
- L'organisation de cet événement doit être centralisée auprès du service RH pour être systématisée pour tous les agents à l'échelle du CH.
- Pour favoriser la présence sur ces journées, elles doivent être identifiées en amont de l'entrée de l'agent dans son service et pourraient être indiquées comme une journée de formation obligatoire.

Enfin, afin d'évaluer ces journées d'accueil, il faudrait remettre en œuvre un dispositif de type questionnaire de satisfaction/étonnement pour les nouveaux arrivants à distance de leur intégration : avec plusieurs critères pour leur permettre de se situer sur l'accueil au sein du CH. (Format questionnaire en ligne plus actuel)

- Un rapport d'étonnement existait et a été validé mais jamais utilisé de manière homogène.

Autres projets :

- Réactiver les animations lors de la journée de la santé mentale en 2022. Ces journées thématiques sont des journées formations pour le personnel et les partenaires du CHM.
- Redynamiser le comité d'éthique pour repositionner le débat institutionnel.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Gérer nos compétences	Cartographier les compétences et les modalités de prise en charge et d'accueil disponibles sur le CH de Montperrin et les inscrire comme outils et usage institutionnels	Juin 2023	Chaque pôle/Direction pôle patient
	Mettre en lien les besoins de formation professionnelle continue identifiés dans le PMS et le Projet social	2ème semestre 2023	Dr BOUHADOUZA + Direction des soins + DRH
Vivons mieux ensemble dès le début	Remettre en place un dispositif structuré d'accueil des nouveaux arrivants qui contribuera à l'attractivité de l'hôpital	1 ^{er} semestre 2023	DS + DRH + PCME
	Réactiver les journées thématiques	2023	Secrétaire du collège médical Dr BOUHADOUZA/ Direction des soins

	Redynamiser le comité d'éthique	Début 2023	Direction pôle patient
--	---------------------------------	------------	------------------------

c) Accueil des étudiants, notamment sur des parcours type pré-professionnels de façon à favoriser les recrutements. Et du point de vue médical, la question de l'accueil des internes qui est aussi un enjeu de recrutement

1.3.5 Se recentrer sur son métier

a) Les propositions

Objectiver les charges administratives et chronophages permet de distinguer les tâches à outiller, simplifier ou même à abandonner. En effet, ce chapitre vise à identifier les tâches qui ne relèvent pas du cœur de métier du médecin, du soignant, du cadre ou de la secrétaire.

Toutefois, si certaines tâches sont perçues par certains comme éloignées du cœur de métier, elles relèvent bien, cependant, de tâches intégrées à la prise en charge (renseignement des informations médico-légales par exemple). En revanche, il est évident qu'un travail doit être mené sur ces tâches pour qu'elles soient facilitées et le moins chronophages possibles.

Enfin d'autres tâches peuvent être requestionnées (tableaux de bord manuels alors que des outils institutionnels existent par exemple).

Certaines de ces tâches figurent déjà dans les actions du PMS listées par les autres groupes.

Types de tâches considérées comme hors du cœur de métier :

- Tâches liées au système informatique
- Tâches liées à l'organisation interne

➤ *Intégrer le dossier patient informatisé dans la pratique quotidienne des professionnels de soins Et fluidifier le transfert d'information entre les équipes*

Les soignants sont amenés à saisir des informations dans le dossier du patient afin de permettre une continuité de la prise en charge des patients. Ces tâches bien qu'informatiques, font partie intégrante des missions des soignants et ne sont pas à considérer hors du cœur de leur métier.

Les professionnels de soin non médicaux ont la possibilité de noter leurs observations et les données relatives à la démarche clinique et aux projets de soins dans le dossier du patient. Pour les équipes de soins et les diététiciennes, le logiciel Datameal permet d'optimiser la gestion des repas.

Cependant, il a été constaté que :

- Des éléments biographiques du patient, le poids et l'IMC, l'évaluation de la douleur et du risque suicidaire ne sont pas systématiquement tracés par les IDE et Aides-soignants.
- Un appauvrissement des observations pouvant s'expliquer en partie par une difficulté du passage de la culture orale vers une culture écrite, une perte de compétences cliniques et une absence de consensus sur la méthode de traçabilité et sur l'évaluation de la qualité des dossiers patients.
- Une absence de la planification des soins et actions préventives et éducatives par non-déploiement de cette fonctionnalité dans le dossier patient informatisé.
- Des observations des assistants du service social, psychomotriciens, éducateurs ne sont pas facilement retrouvés dans le dossier informatisé (Droits d'accès différent selon profil).
- Une absence de possibilité pour les diététiciennes de lire le journal complet du dossier du patient, ne facilitant pas une prise en charge diététique individualisée.

Intrants pour le SDSI

Les sujets portant sur l'ergonomie ou les fonctionnalités de Cariatide doivent faire l'objet d'une consolidation dans le PMS en vue du déploiement d'Axigate qui pourrait intervenir en 2022 afin de favoriser un bon paramétrage du nouveau DPI.

Actions
<p><u>Annuaire :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réaliser 1 ou 2 fois par an sa mise à jour par pôle. Celui disponible sur Outlook a un niveau de mise à jour élevé et alimente celui de l'intranet. ▪ Limiter la diffusion de documents sur lesquels les coordonnées des agents ou services ne peuvent se mettre à jour automatiquement. Préférer des schémas avec des liens hypertextes renvoyant vers l'annuaire intranet.
Accompagner à l'utilisation du programme de gestion d'imprimante déployée récemment par la DSI
<p>le Passage Axigate doit permettre de traiter les problématiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Délai de déconnexion automatique trop court sur DPI ▪ Problème ergonomique : nombre de clics ▪ Paramétrage d'un modèle de courrier extérieur ▪ Ergonomie des sorties et permissions dans Cariatide : remettre le patient après sa sortie sur le logiciel sinon impossibilité d'administrer leur traitement le soir ▪ Mise en œuvre d'une planification des soins
Former sur les logiciels pour la gestion des données du pôle. A été proposé de transformer le groupe de travail CUC en un groupe de travail plus large (comprenant DSIH + médecins + soignants + AMA + cadres) tous les 6 mois sur les outils SIH de Montperrin afin d'évaluer les besoins et modalités de formation aux outils informatiques du CHM
Intégrer la prescription de sortie d'intra comme notification vers les CMP
Déployer les adresses mails génériques sécurisées pour chaque service
Déployer un dispositif d'adressage à intervalle régulier d'un point de situation de la trajectoire du patient à son médecin traitant (Cf. Expérimentation CMP Berre)

➤ *Consolider les coopérations avec les partenaires extérieurs*

La relation quotidienne avec le CHIAP mérite de structurer une démarche permettant de fluidifier ce partenariat essentiel. A titre d'exemple, le manque d'informations des médecins somaticiens des urgences du CHIAP pendant les gardes sur le fonctionnement des CAP, du CH Montperrin.

Les demandes d'examens complémentaires génèrent un surplus de travail pour le personnel du CHM (manque d'accès rapide).

- Proposer une intervention du CAP et/ou de la liaison sur la « journée » d'intégration des internes pour régler ce problème d'information lors des gardes au CHIAP où le turnover des médecins somaticiens est important.
- Proposer de mettre en place un groupe de travail institutionnel avec le CHIAP sur les relations et organisations entre les services. Ce groupe de travail pourrait réduire le temps passé au téléphone pour avoir un rendez-vous avec l'imagerie.

Autres tâches qui éloignent le professionnel de santé de son cœur de métier :

Problématique	Actions
Pression sur le temps de travail collectif lorsque l'équipe est en sous-effectif	Malgré une équipe en sous-effectif ou en sous compétences à un moment donné, il faut maintenir des temps de synthèse cliniques dans toutes les unités avec un rythme est à définir au regard des contraintes et des besoins.
Appel à projet à rédiger dans l'urgence	<p>Une méthode de travail va être proposée et annexée au PMS au regard du format reproductible des appels à projet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction, données quantitatives et contexte environnemental ; intrants du projet de gestion : structuration d'une fonction DIM pouvant être ressource sur ces sujets - Cœur du projet : Organisation, modalités d'interaction avec les dispositifs existants. A rédiger par les services (même en amont des appels à projet) - Chiffrage des besoins : à rédiger par les services (même en amont des appels à projet) - Finalisation du dossier – forme : intrants du projet de gestion : intégrer cette mission à une cellule projet
Manque de lisibilité sur le cœur de métier d'une assistante médico-administratif	<p>Mettre en place un GT en lien avec la DRH et les pôles pour redéfinir les missions des AMA et donc :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir la fiche de poste AMA ▪ Traiter le problème de statut : rôle de management des AMA référentes de pôle méconnu des agents
Problème de transmission d'informations BDE	<p>Travaux lancés par le CIM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir le circuit pour le retour des documents d'identité patients, de couverture sociale et les décisions signées par les patients (pour les soins sans consentement). Le travail de relance sur ces documents représente aujourd'hui 1 h /jour. ▪ Travail supplémentaire dû aux erreurs de saisie : multiples relances (journalières, durée comprise dans les 1h/jour) ▪ Collage certificats et décisions sur le livre de la loi : A ce jour réglementaire (1 h /jour). En attente dématérialisation du registre dans les textes règlementaires
Négociation pour faire signer un patient une décision : problème d'envoi des fax	Mettre en place un GT sur la gestion des pièces administratives entre les services intra et le BDE (+ programme de soins en ambulatoire)

D'autres remarques ont été listées et nécessitent une réflexion :

- La gestion de l'identito-vigilance n'est pas satisfaisante, tout comme la récupération des documents administratifs.

- La gestion des demandes et suivi d'informations légales (permission, etc...) sont chronophages et les personnels ne connaissent pas toujours les processus et vigilances à avoir.
- Enfin, pour les hospitalisations programmées, il n'existe pas de dispositif de préadmission des patients qui permettrait de protocoliser le recueil des éléments.

b) La synthèse des actions

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Mieux gérer les données du patient à intégrer dans le SIH	Réaffirmer la politique institutionnelle de collecte et de gestion des données à intégrer dans le SIH (DPI + Gestion administrative du patient) tout au long du parcours du patient ; Identifier les conséquences pour tous les professionnels de l'établissement (Médecins, IRMT, sociaux éducatifs et administratifs)	1 ^{er} semestre 2023	CIM/DS
Mieux piloter notre système d'information	Dans le cadre de l'intégration du nouveau logiciel : Mette en œuvre la planification des soins et activités	2024	DS/CUC
	Former le personnel à l'utilisation du volet soignant du DPI	2023-2025	DS/CUC
	Envisager de créer des outils d'aide au renseignement des données (modes opératoires)	2023-2024	CIM/CUC
	Définir une politique sur l'évaluation de la qualité des données non médicales du DPI	2023-2024	DS/CIM
	Mettre en place le nouveau système informatique	Passage Axigate en 2023	CIM/CIM/DSN
	Transformer le groupe de travail CUC en un groupe de travail plus large sur les outils SIH de Montpellier	1 ^{er} semestre 2023	CIM
Mieux travailler avec le CHIAP	Renforcer la coordination avec le CHIAP (rdv examens somatiques, inter-opérabilités des outils,)	1 ^{er} semestre 2023	Unité somatique/ DSN
Mieux communiquer	Mettre en œuvre un Cellule communication et Cellule gestion de projets disponibles pour tous les managers de l'établissement	1 ^{er} semestre 2023	Direction

1.3.6 Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative

Ce chapitre, reste dans la continuité du Projet de Soins précédent faisant sens commun pour les professionnels du CHM. Le SOIN dans sa globalité repose sur la constitution d'équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires où chacun a sa place, se re connaît, partage le « savoir » et peut investir le champ du raisonnement et de la démarche clinique permettant l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins individualisé. Faire équipe exige l'implication de chacun, l'élaboration d'objectifs communs et le partage des valeurs dans un contexte de la santé en mutation permanente et déstabilisante.

La politique de soins s'appuie sur les principes partagés suivants :

1. L'appartenance à une équipe et travailler ensemble :
« Chaque membre de l'équipe est une ressource pour les autres. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement. » (1) La concertation, l'authenticité contribue à la solidarité existante. Certaines conditions et capacités sont nécessaires au travail en équipe, telles que l'expression possible des désaccords et des tensions, la cohérence et la congruence.
2. La confiance :
« Sentiment de sécurité accordé à un individu lui permettant de croire en lui et de se fier à son jugement. Elle valorise la responsabilisation. Le complément de la confiance est la considération. » (2)
« L'engagement personnel de l'individu permet l'émergence et l'utilisation de la confiance. Si la confiance s'éprouve, elle se construit dans une relation. (3)
3. Le professionnalisme :
Renvoie à l'engagement professionnel, à la responsabilité individuelle et collective, c'est une « école » du doute, du relativisme, une utilisation du questionnement, du dialogue.
4. L'autonomie de chacun permise par l'empathie, l'humilité, l'assertivité et l'altérité :
« L'autonomie induit la notion de décision, de choix et se lie avec le concept d'interdépendance, en effet, une personne toute autonome qu'elle soit, est toujours en relation avec d'autres acteurs dont une certaine façon elle dépend. » (3)

1. *Les concepts en sciences infirmières – ARSI – 200*
2. *Paul HOANA, les 100 mots clés de management des hommes, Editions, DUNOD, 1999, 2^{ème} édition*
3. *Les concepts en sciences infirmières – ARSI - 2009*

Cette politique, si elle est menée en ce sens, doit permettre de dispenser des soins de qualité, dans la réflexion éthique et dans un souci permanent d'amélioration des pratiques professionnelles. Ces principes auront un impact sur l'attractivité nécessaire à notre établissement pour à la fois recruter à l'extérieur, mais également fidéliser les professionnels en poste et leur permettre d'accomplir un parcours professionnel varié et valorisant.

a) Principaux constats :

➤ *Améliorer l'accueil des étudiants paramédicaux pour renforcer l'attractivité du CHM*

Assurer un encadrement des étudiants de qualité permettant de contribuer à l'appropriation des concepts de soins en psychiatrie est un enjeu majeur pour favoriser les recrutements des ressources nécessaires.

- De nombreux étudiants infirmiers, aides-soignants, cadres sont accueillis avec une forte augmentation en 2019 des étudiants infirmiers et des élèves aides-soignants. Un partenariat est formalisé avec des instituts de formation (IF) et des étudiants d'autres IF non partenaires sont accueillis. Certains services ont réalisé des livrets d'accueil pour l'encadrement des étudiants mais il n'existe pas de livret d'accueil institutionnalisé et lisible sur internet. La charte d'encadrement est mal connue des professionnels. Un cadre est positionné en mission transversale pour la coordination des étudiants et collabore étroitement de façon satisfaisante avec les coordonnateurs de stage des IF partenaires.

Lors des stages des étudiants infirmiers, des séances de simulation à l'entretien infirmier ont été proposées il y a 2 ans par un cadre du CHM avec une très forte satisfaction.

Cependant la suppression de la sélection pour l'entrée en IFSI et la diminution du temps d'enseignement sur la psychiatrie depuis la mise en œuvre du dernier référentiel de formation (2009-2012) nécessitent une adaptation de nos modalités d'accueil et d'encadrement en renforçant notre partenariat avec les IF. A savoir :

- Le dispositif d'accueil des étudiants de 1ère année en stage
 - Le suivi des étudiants lors de leur dernier stage de 3ème année
 - L'élargissement des parcours de stage de 3ème année en proposant une période de nuit aux étudiants
 - La révision des outils d'encadrement (charte d'encadrement, livret d'accueil, questionnaire de satisfaction)
 - La poursuite et l'élargissement des séances de simulation auprès des différents métiers de la filière sur des situations emblématiques
- Concernant les étudiants psychomotriciens : un partenariat rapproché existe entre un cadre du pôle PEA et les écoles de formation. Une réunion d'accueil est organisée dès leur arrivée en stage puis en fin de stage.

➤ *Accompagner les parcours des professionnels*

Le soutien des projet professionnels et des compétences se traduit par la nécessité d'organiser les ressources en personnels en conjuguant les contraintes institutionnelles et la qualité de vie au travail dans un contexte socio-économique en perpétuelle mutation et par le maintien des cadres de santé au cœur de l'organisation du travail des équipes.

- Organiser les ressources en personnels dans les équipes en conjuguant contraintes institutionnelles et qualité de vie au travail :

Une analyse de la constitution des équipes de soins montre que leur format change avec :

- Une proportion en augmentation de personnels de plus de 3 ans d'ancienneté dans tous les pôles (sauf le pôle transversal)
- Une répartition homme / femme dans les effectifs d'environ 78 % de femmes et 22 % d'hommes depuis 2017
- Une augmentation de la mobilité du personnel à partir des chiffres d'entrées et sorties (en 2018 : 79 entrées et 81 sorties / en 2019 : 132 entrées et 122 sorties).
- Un taux d'absentéisme relativement stable : 8.06 % en 2017 ; 8.03 % en 2018 ; 8.55 % en 2019.

Pour aider à la mobilité des personnels dans un but de soutenir les projets professionnels et de maintien des compétences, des contrats avaient été institués notamment entre le passage de nuit et de jour.

En termes de gestion des ressources humaines, des fiches de postes, des entretiens de recrutement et le tutorat permettent d'identifier les compétences nécessaires et les compétences des professionnels arrivant. La procédure réglementaire d'évaluation professionnelle permet de faire le point sur les compétences d'un agent mais cette procédure change en 2021 avec la disparition de la note professionnelle. La mobilité des agents s'organise autour des postes vacants à remplacer et des contraintes géographiques personnelles. Afin de soutenir les projets professionnels, lutter contre la démotivation, valoriser les compétences et améliorer la qualité des soins, un système de contrats entre les agents de jour et de nuit et entre l'extra et l'intra avait été institué mais a été abandonné par infaisabilité. L'organisation par pôle d'activité médicale peut être facilitatrice pour la mobilité au sein du pôle mais rend plus difficile les mouvements de personnel interpolaire y compris ponctuellement pour une entraide. De plus les personnels connaissent mal les possibilités de mobilité sur les différentes et nombreuses structures du CHM (malgré l'existence de dispositifs d'accueil et d'intégration mis en place). Il en ressort donc une mobilité insuffisamment organisée dans les parcours professionnels.

En termes d'organisation des soins, nous savons que la rythmicité des soins favorise la vie en psychiatrie : or, l'organisation des soins ne répond plus aux besoins des patients (passage dans les chambres, entretiens médicaux, distribution des traitements). En complément de l'évolution des roulements, il est nécessaire de requestionner l'organisation des soins et le travail en équipe et ce qui fait sens autour du patient pour chaque équipe.

- Maintenir le cadre de santé au cœur de l'organisation du travail des équipes :

Les équipes sont régulées et accompagnées dans l'organisation du travail grâce à de nombreuses réunions de travail menées par l'encadrement et la direction des soins tout au long de l'année. De nombreux cadres sont impliqués dans les projets institutionnels en participant à des groupes de travail. Pour les agents de nuit, des cadres sont en poste fixe la nuit et ceux-ci sont invités aux réunions de travail des pôles.

Les compétences des cadres et cadres supérieurs sont notifiées sur les fiches de postes. Cependant, des disparités de forme et contenus existent pour des secteurs similaires, les pôles ne possèdent pas tous de cartographie écrite des compétences des cadres en poste et les attendus pour devenir cadre (commission de faisant fonction cadre) ne sont pas formalisés.

L'évolution du contexte nécessite une consolidation des compétences de cadres de santé. Ainsi, le nouveau dispositif d'évaluation professionnelle nécessitera une actualisation des fiches de postes cadres et assistants de pôle et une formation spécifique.

De plus, les nouveaux cadres peuvent se trouver en difficulté pour gérer les patients et les familles face à des équipes de soins en renouvellement générationnel manquant de compétences spécifiques. Les cadres doivent pouvoir être en capacité de soutenir les équipes par un sens clinique renforcé mais aussi par une capacité à la distanciation. Pour ce faire, des formations et un espace de réflexion et d'échanges des pratiques sur la fonction d'encadrement seraient bénéfiques.

- *Participer à la mise en œuvre d'un parcours patient de qualité*

En reconnaissant le patient acteur et auteur des soins proposés, les équipes s'efforcent de garantir la continuité de son parcours de soins, créer les conditions favorisant l'appropriation de son Projet de soins individualisé, contribuer à la pertinence de ses soins dans le cadre d'une politique visant la qualité de sa prise en charge et le respect de ses droits.

- Garantir la qualité de la prise en charge et les droits des patients

Les personnels sont engagés dans une démarche qualité mise en œuvre avec un fort partenariat de la Direction qualité (un ingénieur et un cadre de santé) qui intervient en bureau qualité des pôles et à de multiples réunions d'information dans les services et auprès des cadres.

Les indicateurs qualité méritent toutefois d'être encore mieux intégrés à la pratique de toutes les équipes en hospitalisation et en ambulatoire. En effet, les nombres d'EPP, de RMM et de patients traceurs sont équivalents entre 2018 et 2019. Le taux de retour de questionnaires de satisfaction en hospitalisation conventionnelle s'est amélioré entre 2018 et 2019 mais reste encore très faible (23 %). Le nombre de CREX est fortement diminué en 2019 par rapport à 2018.

Le CHM reçoit très peu de réclamations ou plaintes en lien avec la Charte de la bientraitance affichée dans les services.

Une prise en charge somatique des patients psychiatriques est organisée par conventions entre les CH d'Aix et de Salon, ou le privé en lien avec une diminution du nombre de consultations sur le CHM (en 2018 : 824 ; en 2019 : 709) induite par une diminution des ressources médicales disponibles.

La mise en place des USI a permis de diminuer l'utilisation des chambres d'isolement des autres unités mais le projet des USI reste à consolider (point traité dans le groupe 6.1.4)

Concernant la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le taux de déclarations d'évènements indésirables a augmenté puisqu'il est passé 40 % en 2019 contre 36 % en 2018. Ce volet a été travaillé dans cette thématique (6.3.3).

- Partager les conditions de l'élaboration du Projet de soins individualisé

L'accueil du patient : le livret d'accueil est délivré à l'entrée au patient, les familles sont reçues en entretien sur leur demande ou à la demande de l'équipe.

La réflexion éthique : est réalisée lors des réunions cliniques ou de cas complexes ou pendant les CREX. Les réunions cliniques sont programmées chaque semaine et intègrent également à la liaison. Un comité d'éthique existe.

L'articulation pluridisciplinaire est indispensable car un travail de qualité se crée dans le tissage des liens entre professionnels :

- Il est difficile pour les équipes infirmières dont le turn-over est important de bien connaître l'histoire de vie des patients qui ont une durée de séjour élevée. La remise en place des réunions de synthèse permettrait de refaire un point sur l'histoire de ces patients et mieux adapter leur prise en charge.
- La paupérisation de la population augmente le travail social (droits, logements...) et nécessite des liens entre assistantes sociales et équipe paramédicale. Les assistantes sociales établissent les liens avec les structures médico-sociales et aident à la réinsertion socio-professionnelle en vérifiant les droits des patients en collaboration avec l'équipe paramédicale. Un rapprochement des assistantes sociales de l'équipe paramédicale serait nécessaire par leur positionnement en réunion clinique ce qui faciliterait les liens et le partage des informations.
- Des éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes sont positionnés dans certaines équipes d'hospitalisation complète (HC) en plus des infirmiers et aides-soignants, selon les choix faits par les pôles. Ces métiers sont complémentaires et la participation de chacun d'entre eux est requise afin de co-construire le Projet de soins individualisé.
- La prise en charge nutritionnelle se fait en collaboration avec deux diététiciennes et en lien avec le CLAN qui se réunit régulièrement : des diagnostics nutritionnels sont réalisés en lien avec les données enregistrées dans Cariatides. Des consultations individuelles sont réalisées par les diététiciennes dans les unités d'HC (mais sont à développer en pédopsychiatrie). En hôpital de jour et CMP, des suivis individuels et des groupes d'éducation nutritionnels sont proposés. En réhabilitation, une information diététique et une consultation 2 à 3 fois par semaine sont organisées. En addictologie, les entrants bénéficient d'une consultation individuelle à la demande des médecins et une éducation

nutritionnelle est organisée une fois tous les 15 jours. Au-delà de ce qui est initié, un renforcement des rencontres à visée d'information diététique entre les diététiciennes et tous les services, l'élaboration de protocoles diététiques et l'organisation de consultations de pré-sortie permettraient un suivi nutritionnel de meilleure qualité.

- La fluidification du transfert d'informations par le renforcement des liens entre les équipes sont nécessaires : ancrer des principes de travail commun comme :
 - La remise en place des réunions de synthèse élargie à tous les professionnels de l'équipe (intra et extra) permettrait une meilleure prise en charge globale des patients grâce au renforcement de la connaissance des patients pour chaque professionnel et à leur participation aux Projets de soins individualisés.
 - Continuer de favoriser l'immersion des infirmiers en organisant des journées entre intra et extra.

➤ *Développer la pratique avancée et la recherche paramédicale*

Suivant l'évolution réglementaire de la mise en place des infirmiers en pratique avancée (IPA) et notamment en psychiatrie, Le CH. Montperrin s'est engagé dans cette démarche car posséder des IPA et un élément valorisant et attractif pour l'établissement : ont été mis en place en 2020, un comité de pilotage, une commission de sélection (3 sélections sur 10 candidats ; 2 départs en formation), un groupe de travail paramédical sur le positionnement de l'IPA dans l'équipe. La formation se déroule par alternance sur 2 ans à l'université AMU et est prise en charge par l'ANFH.

Des potentiels de recherche existent au sein de l'établissement puisqu'ont été recensés 19 DU (même si plus centrés sur une pratique et pas en lien direct avec la recherche paramédicale) et 32 masters. Des cadres participent à des interventions en institut de formation et en IFCS (jury et directeurs de mémoires...) mais de façon hétérogène selon les pôles. Malgré ce, le CHM ne dispose pas de service de recherche et les professionnels ne se sont pas engagés dans des Projets hospitaliers de recherche infirmiers et paramédicaux dont les appels à projets sont adressés tous les ans par la DGOS.

Une partie des missions des IPA portera sur la recherche paramédicale. Mais il est nécessaire de s'appuyer aussi sur les forces vives qui possèdent déjà des diplômes universitaires pour développer la culture de la recherche paramédicale.

De plus, certains professionnels rédigent des publications mais sans en informer la Direction des soins qui ne peut donc valoriser et diffuser leur travail. La transmission de ces informations est donc importante à structurer.

b) Orientations pour le projet médico-soignant

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Réviser les dispositifs d'accueil et d'encadrement des étudiants	Constituer un groupe de travail actualisant les outils d'encadrement	2026	Cadre coordonnateur de stage
	Revoir l'accueil des étudiants IDE 1 ^{ère} année et 3 ^è année	2024	Cadre coordonnateur de stage
	Revoir les parcours de stage en 3 ^è année	2024	Cadre coordonnateur de stage
Renforcer la formation en	Mettre en œuvre des temps de regroupement des étudiants par pôle avec un formateur pour échanger sur des situations emblématiques	2025	Tuteurs par pôle

psychiatrie dès les stages	En partenariat avec les IFSI et IFAS, organiser des simulations en santé sur entretiens IDE, gestion de la crise et de l'isolement	2026	Cadre coordonnateur de stage et IFSI / IFAS
Organiser les ressources des équipes	Revoir l'organisation des soins et le travail en équipe dans chaque équipe (projet d'équipe)	2024	Les CSS de pôles
	Soutenir les projets professionnels en mettant en œuvre les lignes directives de gestion des RH concernant la mobilité en complément de l'amélioration de la connaissance des structures et compétences existantes	2024	Les CSS de pôles
	Mettre en place des ateliers de simulations en santé pour les professionnels (ex : isolement) en complément de la réflexion menée sur la prescription des renforts.	2023	DS
maintenir la place des cadres de santé	Consolider leurs compétences par des formations : sens clinique – évaluation professionnelle -	2025	Les CSS des pôles - DRH
	Harmoniser une trame commune des fiches de poste des cadres intra et extra en respectant les spécificités de certains postes	2024	DS
	Développer la cartographie des compétences des cadres par pôle	2024	Les CSS de pôles
	Recréer un collectif permettant des temps d'échanges entre cadres pour les soutenir dans leurs fonctions	2024	Direction des soins
	Evaluer la prise de poste des nouveaux cadres par un outil institutionnel	2024	DS
Développer une politique de recherche paramédicale	Continuer le travail d'implantation des IPA	2026	COFIL IPA
	Former aux protocoles de recherche ou à des DU avec engagement d'investissement dans la recherche paramédicale (fournir un projet).	2026	Les CSS des pôles
	Déployer des projets de recherche en partenariat avec le GHT via le soutien des cadres auprès de leurs équipes	2026	PCSIRMT + CSIRMT du GHT
	Structurer la diffusion des travaux réalisés (projets de service, articles, publications)	2025	DS
Renforcer l'articulation pluriprofessionnelle	Organiser des réunions de synthèse pluriprofessionnelles et des temps d'immersion entre intra et extra	2023	Les CSS des pôles

	<p>Améliorer la prise en charge nutritionnelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaborer un protocole de prise en charge en cas d'IMC préoccupant ▪ Organiser une consultation diététique de pré-sortie ▪ Développer l'éducation nutritionnelle en pédopsychiatrie 	2026	CLAN
Améliorer l'intégration de la démarche qualité dans les pratiques des équipes	Dynamiser et développer les CREX et RMM dans tous les secteurs d'activité y compris en ambulatoire	2026	Direction Qualité + les bureaux qualité de pôles

1.3.7 Développer l'attractivité médicale de l'établissement

Dans un contexte de démographie médicale plus que problématique au niveau national, toutes spécialités et secteurs confondus, et avec un impact particulièrement marqué pour l'hôpital public et pour la psychiatrie, la question de l'attractivité médicale est un enjeu existentiel pour l'établissement. Dans ce domaine, la situation s'est dégradée depuis plusieurs années et nous avons, depuis 2014-2015 et jusqu'en 2020-2021 un taux de postes médicaux vacants (sans aucun médecin sur le poste, quel que soit son statut) entre 10 et 15 %, de façon « chronique ». Il a dépassé 20% cette année, avec une répartition hétérogène qui met en tension, de façon dramatique, certains pans de l'offre de soins.

Ces vacances résultent :

- De départs à la retraite, le plus souvent après une prolongation d'activité, de PH qui avaient accompli une partie importante de leur carrière dans l'établissement
- De quelques mutations dans d'autres établissements
- De départs en disponibilité de jeunes PH, le plus souvent pour s'installer dans le secteur libéral
- De la difficulté extrême de recrutement sur ces postes vacants, y compris de médecins à diplôme hors union européenne, devenus eux-mêmes une denrée rare sur le marché hyper concurrentiel d'un hôpital public où 30%, en moyenne, des postes de PH temps plein sont vacants.

A noter aussi, que la nouvelle maquette du DES de psychiatrie qui a augmenté le nombre de stages obligatoires en CHU, a réduit le nombre d'internes en stage à Montperrin, menaçant de tarir une des sources possibles du renouvellement indispensable des praticiens. Dans un contexte de postes vacants dans tous les établissements, il est en effet extrêmement rare qu'un interne postule dans un hôpital qui lui est inconnu.

Pour synthétiser, nous sommes confrontés à deux enjeux essentiels et complémentaires :

- Nous donner les moyens d'attirer des praticiens
- Réussir à fidéliser les jeunes médecins

Dans cette optique, un groupe médical piloté par le Dr Isabelle BOUDIER a été constitué. Pour alimenter ses réflexions, il a bâti un questionnaire à destination des médecins et pharmaciens auxquels 38 praticiens ont répondu avec une représentativité correcte des statuts et de l'ancienneté. Les résultats de ce questionnaire ont été diffusés et présentés en collège médical et en CME.

Ils confirment le vécu difficile par les médecins des conditions de travail médicales, mais aussi soignantes, avec des médecins qui se positionnent comme des membres d'équipes pluridisciplinaires impactés par le déficit en temps médical, mais aussi par celui en temps soignant.

La question de la communication et des liens au sein de la communauté médicale, entre les services de soins, mais, également, avec l'administration, y revient à plusieurs reprises.

La problématique des gardes, de leur rémunération, mais aussi de leur pénibilité et du stress qu'elles peuvent représenter, y est pointée.

La fragilité du service somatique, en lien avec un effectif insuffisant, représente un élément de pénibilité et d'insatisfaction.

L'expression de besoins de formation dans certains domaines y contraste avec les freins, essentiellement liés aux « raisons de service », qui amènent les médecins à y renoncer.

Les propositions :

- Se donner les moyens de recruter :
 - Mettre en œuvre une vraie stratégie de recrutement avec une concertation médico administrative au sein d'une nouvelle sous-commission des affaires médicales de la CME
 - Communiquer efficacement sur les postes vacants sur l'ensemble des supports disponibles, y compris les réseaux sociaux utilisés par les jeunes praticiens. Assurer une veille et une mise à jour efficaces.
 - Organiser les possibilités d'hébergement pour les débuts de contrats de praticiens venus d'autres départements et en particulier pour les PADHUE.
 - Utiliser les possibilités d'attractivité financière prévues par les textes (niveaux de rémunération des praticiens contractuels en accord avec les affaires médicales du GHT, Primes d'engagement dans la carrière hospitalière).
 - Poursuivre une stratégie d'attractivité pour les internes :
 - Offre de formation complémentaire à celle de l'université
 - Supervision
 - Logements disponibles
 - Communication régulière avec l'association des internes
 - Amélioration de l'accueil

- Se donner les moyens de fidéliser :
 - Répondre à la demande d'un lieu de convivialité et de rencontre pour la communauté médicale. Organiser des temps de rencontre et de partage.
 - Inclure les médecins dans l'élaboration du volet qualité de vie au travail du projet d'établissement.
 - Améliorer les conditions des gardes en évitant l'isolement du psychiatre aux urgences (problématique des effectifs de nuit du CAP d'Aix-en Provence).
 - Economiser le temps médical grâce à des appuis techniques (logiciel de reconnaissance vocale, simplicité d'utilisation du DPI) et humains (temps de secrétariat).
 - Favoriser les départs en formation et la mise en œuvre de ces formations
 - Reconnaître la pénibilité en cas de postes médicaux vacants dans un service, et envisager rapidement les possibilités d'adaptation pour la limiter et ne pas alimenter la fuite des praticiens.

Regroupement	Actions	Echéance	Porteur
Se donner les moyens de recruter	Créer une sous-commission de la CME consacrée aux affaires médicales	Juin 2022	PCME
	Améliorer la communication sur les postes vacants	Septembre 2022	DRH-PCME
	Organiser des possibilités d'hébergement pour les médecins recrutés	Septembre 2022	Direction
	Utiliser les possibilités d'attractivité financière dans le respect des textes	Tout au long du projet	Direction – sous-commission affaires médicales de la CME
	Poursuivre la stratégie d'attractivité des internes	Tout au long du projet	Direction - PCME
Se donner les moyens de fidéliser	Créer un lieu de convivialité pour la communauté médicale	2023	Dr BOUDIER-Direction
	Intégrer les médecins dans l'élaboration du volet qualité de vie au travail du projet d'établissement	2023	DRH-CME
	Améliorer les conditions de garde en assurant une présence infirmière aux urgences	2022	Direction des soins, COPS
	Economiser le temps médical en améliorant les outils numériques et en apportant des renforts en secrétariat.	2023	DSN, Direction, PCME
	Favoriser les départs en formation des médecins	2023	Sous-commission de la FMC-DPC
	Reconnaître la pénibilité en cas de postes médicaux vacants et prendre les mesures pour la limiter	1 ^{er} semestre 2023	Sous-commission affaires médicales de la CME

2 Présentation synthétique des actions du projet médico-soignant

Les groupes thématiques ont fait de nombreuses propositions. Pour une vision plus globale et dans une optique de mise en œuvre selon des logiques différenciées, il est apparu pertinent de regrouper, à la fin de ce document, ces actions en quatre grandes catégories.

si la première, celle des actions touchant à l'offre de soins dépend en partie (mais pas totalement) de financements dont il faudra défendre l'utilité et la pertinence auprès des tutelles, les trois autres catégories renvoient à des problématiques d'organisation, de communication et de formation qui ont été très largement évoquées par les groupes de travail et qui constituent un enjeu au moins aussi important tant pour la qualité de notre offre de soins que pour l'attractivité de l'établissement.

2.1 Actions qui touchent au périmètre de l'offre de soins

Actions	Thématique
Fluidifier l'entrée en urgence et transformer l'accueil soignant en accueil médico-soignant avec un numéro unique pour les partenaires, les patients et leur entourage.	Piloter le parcours du patient
Affirmer les principes du « Aller vers » dans les territoires en psychiatrie adulte.	Ambulatoire Adulte
Conforter les modalités de prise en charge des populations précaires y compris en dehors d'Aix en Provence	Ambulatoire Adulte
Concrétiser la création d'un lieu d'accueil et de consultation pour les patients précaires	Ambulatoire Adulte
Construire un projet d'hôpital de jour pour jeunes adultes en crise	Ambulatoire Adulte
Définir et renforcer pour chaque territoire « l'aller vers » en ambulatoire pédopsy	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Positionner institutionnellement le centre de thérapie familiale	Ambulatoire Adulte
Proposer une réponse au problème de santé publique de la Roque d'Anthéron pour la psychiatrie infantojuvénile	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Favoriser l'ancrage territorial des plus de 65 ans grâce à la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie.	Gérontopsychiatrie
Développer les techniques de neurostimulation au CHM	Temps plein et Adapter les organisations
Créer un hôpital de jour Ados de 15 places sur le territoire d'Aix et augmenter la file active sur Oxalis	Adolescents
Mettre en œuvre le projet construit au niveau de l'établissement et du GHT permettant la prise en charge coordonnée des adolescents (unité temps plein de 8 lits + 4 places HDN située au CHM)	Adolescents

Structurer le projet de PEC des troubles du comportement alimentaire en psychiatrie infanto juvénile	Adolescents
PAEJ → MDA	Adolescents
Périnatalité : Poursuivre la mise en place de l'UIR et de la consultation pré-conceptionnelle. Décliner le projet Unité Parents Bébé	PEA - Autres sujets/Ambulatoire adulte
Structurer un projet pour les patients souffrant de Troubles du spectre autistique en rupture à l'adolescence + soutien EREA	PEA - Autres sujets
Poursuivre la structuration d'un service de référence pour la prise en charge des personnes adultes porteuses de troubles sévères du neuro-développement avec l'ensemble des dispositifs (HC ; HDJ; Consultations; familles)	Autisme
Terminer la définition du projet médical d'horizon réhabilitation pour répondre aux besoins des secteurs (comparaison à d'autres structures, recueil du besoin des secteurs, ...)	Réhabilitation
Mettre en œuvre une expérimentation ATMPO sur Salon (puis changer de territoire les années suivantes)	Réhabilitation
Développer et adapter un dispositif philosophiquement proche de profamille en virtuel pour les territoires excentrés	Réhabilitation
Déployer ou adapter le dispositif Profamille pour les familles de personnes souffrants d'autres pathologies psychiatriques	Réhabilitation
Déployer les dispositifs de soins auprès des détenus nécessitant des soins dans les quartiers spécifiques pénitentiaires (CNE - SAS – QPR)	Personnes sous-main de justice
Accompagner les cas complexes des détenus/patients sortants pour leur assurer un arrimage somatique et psychiatrique à la sortie de prison (EMOT)	Personnes sous-main de justice
Poursuivre le déploiement de l'équipe mobile d'addictologie	Addictologie
Statuer institutionnellement sur le passage T2A de tout ou partie du service d'addictologie hospitalière	Addictologie
Ajuster le projet médical de l'Hôpital de jour de l'addictologie hospitalière	Addictologie
Mise en œuvre d'une offre de service homogène et contractualisée permettant le respect des obligations de la prise en charge somatique en intra-hospitalier	Soins Somatiques

2.2 Actions qui touchent à l'organisation interne

Actions	Thématique
Proposer un référentiel ambulatoire pour organiser les soins des primo patients dans les CMP de psychiatrie générale	Ambulatoire Adulte
Etablir un référentiel clair des horaires d'ouverture des CMP de psychiatrie infanto juvénile	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Consolider les postes dans chaque secteur de pédopsychiatrie pour réduire leur morcellement	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Formaliser un état des lieux des CATTP enfants	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Quantifier les demandes d'évaluation des CMP auprès de la filière gérontopsychiatrie	Gérontopsychiatrie
Travailler sur l'arrimage des patients aux CMP en limitant le suivi prolongé des patients par la gérontopsychiatrie	Gérontopsychiatrie
Utiliser l'HDJ en intersectoriel pour compléter l'offre CMP des plus de 65 ans	Gérontopsychiatrie
Mener une réflexion sur la pratique de l'isolement notamment en relation avec l'article 84 et créer un référentiel de travail	Temps plein et Adapter les organisations
Mener une réflexion sur la création d'espace d'apaisement dans les unités d'entrants	Temps plein et Adapter les organisations
Faire un état des lieux des compétences disponibles (autres qu'IDE et Aides-soignants) et de leur contribution dans les Prises en charge notamment pour prévenir la crise. En tirer les conséquences en termes de composition qualitative et <u>quantitative</u> des équipes <u>médico soignantes</u> et d'adaptation des ressources aux besoins de prise en charge des patients	Temps plein et Adapter les organisations
Réaffirmer les réunions de synthèse pluriprofessionnelles pour les services intra	Temps plein et Adapter les organisations /Développer l'approche managériale
Continuer la structuration de la démarche IPA	Temps plein et Adapter les organisations /Développer l'approche managériale
Harmoniser les relations intra/extra,	Temps plein et Adapter les organisations
Relancer la mise en place d'un lit dédié à un patient « grand précaire » dans une ou plusieurs unités temps plein sectorisées	Temps plein et Adapter les organisations

Améliorer la prise en charge du patient adolescent en crise en service de psychiatrie adulte en réduisant l'usage de la CI aux situations cliniques qui l'imposent, avec passage d'un pédopsychiatre sous 48h	Adolescents
Organiser des temps de partage entre le secteur ados et les autres structures pour faciliter la fluidité du dispositif d'urgence et réaliser régulièrement des études de cas	Adolescents
Coordonner les projets Ados avec le projet Hôpital de jour de crise jeune Adulte porté par l'Ambulatoire adulte	Adolescents
Mettre en œuvre des rencontres entre le CMP ados et l'addictologie	Adolescents
Mettre en place une gouvernance sur le projet de périnatalité.	PEA - Autres sujets
Coordonner les besoins ados avec les projets du service de l'Olivier	PEA - Autres sujets
Structurer la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles du spectre autistique avec les services d'urgences (CAP) et les pôles de psychiatrie générale	Autisme
Réaliser une fois par an une évaluation du nouveau Projet de l'évolution des parcours / DMS / nb entrées et du projet médical dans réhabilitation	Réhabilitation
Définir un plan de rénovation des conditions d'accueil des patients de l'unité de réhabilitation temps plein et structurer spatialement les différentes unités du service de réhabilitation	Réhabilitation
Revoir l'intégration du dispositif d'Accueil Familial Thérapeutique dans le périmètre de la réhabilitation.	Réhabilitation
Mettre en place les plans de prévention partagés et les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie (DAiP).	Réhabilitation
Réaffirmer les principes organisationnels du SPAD et du CCS	Personnes sous-main de justice
Participer avec les USI à l'organisation de la prise en charge des patients hospitalisés en D398	Personnes sous-main de justice
Favoriser l'interaction de l'addictologie avec les autres services de Montperrin	Addictologie
Mettre en œuvre un travail sur la réduction des délais de prise en charge en addictologie	Addictologie
Réaffirmer les rôles de chacun dans une filière d'addictologie de niveau 2	Addictologie

Structurer la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles du spectre autistique avec les services d'urgences (CAP) et les pôles de psychiatrie générale	Autisme
Restructurer le pilotage des files actives des secteurs	Piloter le parcours du patient
Assurer un suivi exhaustif de la file active (patients perdus de vue)	Piloter le parcours du patient
Homogénéiser les modalités logistiques de réalisation des prises en charge somatiques en pavillon	Soins Somatiques
Améliorer la coordination entre les services de soins et le service somatique	Soins Somatiques
Poursuivre le déploiement et ancrer dans les usages la dispensation journalière nominative et ses conséquences en termes de gestion du circuit du médicament	Prise en charge médicamenteuse
Démocratiser les revues d'ordonnances	Prise en charge médicamenteuse
Consolider l'organisation de réunions semestrielles pharmacie/pôle	Prise en charge médicamenteuse
Mettre en place des ateliers en intra et extra hospitalier d'éducation aux thérapeutiques médicamenteuses	Prise en charge médicamenteuse
Redynamiser le comité d'éthique	L'institution au service des patients et des personnels
Réaffirmer la politique institutionnelle de collecte et de gestion des données à intégrer dans le SIH (DPI + Gestion administrative du patient) tout au long du parcours du patient ; Identifier les conséquences pour tous les professionnels de l'établissement (Médecins, IRMT, sociaux éducatifs et administratifs)	Se recentrer sur son métier
Mettre en place le nouveau système informatique	Se recentrer sur son métier
Dans le cadre de l'utilisation du SIH dans la pratique quotidienne : - Optimiser l'ergonomie pour l'ensemble des utilisateurs, - mettre en œuvre la planification des soins et activités, - en sus de la formation à l'utilisation du volet soignant du DPI, envisager de créer des outils d'aide au renseignement des données (MOP) - Définir une politique sur l'évaluation de la qualité des données non médicales du DPI, Mettre en place le nouveau DPI Axigate	Se recentrer sur son métier/Développer l'approche managériale
Transformer le groupe de travail CUC en un groupe de travail plus large sur les outils SIH de Montperrin	Se recentrer sur son métier

Mettre en œuvre une cellule de gestion de projet	Se recentrer sur son métier
Constituer un groupe de travail actualisant les outils d'encadrement des étudiants	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Mener une réflexion sur l'organisation des soins et le travail en équipe dans chaque équipe (projet d'équipe)	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Soutenir les projets professionnels en mettant en œuvre les lignes directives de gestion des RH concernant la mobilité en complément de l'amélioration de la connaissance des structures et compétences existantes	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Harmoniser une trame commune des fiches de poste des cadres intra et extra en respectant les spécificités de certains postes	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Développer la cartographie des compétences des cadres par pôle	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Recréer un collectif permettant des temps d'échanges entre cadres pour les soutenir dans leurs fonctions	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
En lien avec l'IFCS, élaborer un outil institutionnel permettant d'évaluer la prise de poste des nouveaux cadres de santé	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative

Continuer le travail d'implantation des IPA	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Améliorer la prise en charge nutritionnelle : - Elaborer un protocole de prise en charge en cas d'IMC préoccupant - Organiser une consultation diététique de pré-sortie - Développer l'éducation nutritionnelle en pédopsychiatrie	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Dynamiser et développer les CREX et RMM dans tous les secteurs d'activité y compris en ambulatoire	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Créer une sous-commission de la CME consacrée aux affaires médicales	Développer l'attractivité médicale
Améliorer la communication sur les postes vacants	Développer l'attractivité médicale
Organiser des possibilités d'hébergement pour les médecins recrutés	Développer l'attractivité médicale
Utiliser les possibilités d'attractivité financière dans le respect des textes	Développer l'attractivité médicale
Poursuivre la stratégie d'attractivité des internes	Développer l'attractivité médicale
Créer un lieu de convivialité pour la communauté médicale	Développer l'attractivité médicale
Intégrer les médecins dans l'élaboration du volet qualité de vie au travail du projet d'établissement	Développer l'attractivité médicale
Améliorer les conditions de garde en assurant une présence infirmière aux urgences	Développer l'attractivité médicale
Economiser le temps médical en améliorant les outils numériques et en apportant des renforts en secrétariat.	Développer l'attractivité médicale
Favoriser les départs en formation des médecins	Développer l'attractivité médicale
Reconnaître la pénibilité en cas de postes médicaux vacants et prendre les mesures pour la limiter	Développer l'attractivité médicale

2.3 Actions qui touchent à l'organisation et/ou au fonctionnement avec les partenaires

Actions	Thématique
Unifier les stratégies d'accueil pour améliorer l'accessibilité de l'offre de soins	Ambulatoire Adulte
Affirmer les principes du « Aller vers » dans les territoires	Ambulatoire Adulte
Affirmer l'orientation vers la cité des structures ambulatoires (CMP ; CATTP ; HDJ)	Ambulatoire Adulte
Etablir une cartographie territoire par territoire des médecins généralistes et des CPTS	Soins Somatiques
Définir une stratégie d'arrimage à un médecin traitant des patients suivis en CMP	Soins Somatiques
Structurer la réponse aux besoins somatiques des patients en extra hospitalier	Ambulatoire Adulte
Assurer la continuité des soins somatiques à la sortie d'hospitalisation du patient	Soins Somatiques
Mettre en œuvre une adresse mail générique sécurisée du service somatique pour faciliter les échanges avec les partenaires	Soins Somatiques
Déployer la conciliation médicamenteuse à l'entrée et la sortie du patient	Prise en charge médicamenteuse
Renforcer les relations avec les partenaires (CMP, Médico-social) en aval et avec l'équipe mobile des Makaras	Autisme
Réaffirmer les rôles de chacun dans une filière d'addictologie de niveau 2	Addictologie
Fluidifier l'entrée en urgence et transformer l'accueil soignant en accueil médico-soignant avec un numéro unique pour les partenaires, les patients et leur entourage	Piloter le parcours du patient
Renforcer la coordination avec le CHIAP (rdv examens somatiques, inter-opérabilités des outils...)	Se recentrer sur son métier
Revoir le dispositif d'accueil et d'encadrement des étudiants IDE 1 ^{ère} année et 3 ^{ème} année	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Revoir l'organisation des parcours de stage en 3 ^{ème} année	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative

Mettre en œuvre des temps de regroupement des étudiants par pôle avec un formateur pour échanger sur des situations emblématiques	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Renforcer la formation des étudiants en psychiatrie : en partenariat avec les IFSI et IFAS, organiser des simulations en santé pour les étudiants pendant leurs stages sur entretiens IDE, gestion de la crise et de l'isolement	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative

2.4 Actions qui touchent à la communication et à la formation

Actions	Thématique
Unifier les stratégies d'accueil pour améliorer l'accessibilité de l'offre de soins	Ambulatoire Adulte
Déployer un ensemble d'outils mis à jour pour faciliter le lien entre les structures et fluidifier les prises en charge	Ambulatoire Adulte
Mettre en place un référentiel sur comment intégrer les familles dans le suivi des patients	Ambulatoire Adulte
Former des secrétaires (et autres) à l'accueil en vue d'homogénéiser le service rendu	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Définir et outiller au niveau de l'institution un référentiel de travail avec les familles	Ambulatoire Pédopsychiatrie
Former davantage les équipes de Montperrin à la prévention et à la gestion de la crise et de la violence pour agir en amont de la crise et réduire la mobilité des « hommes » entre les pavillons	Temps plein et Adapter les organisations
Mettre en œuvre une politique d'amélioration des compétences des équipes médicales et non médicales (formation, APP, supervision ...) portée par la CGS et la CME	Temps plein et Adapter les organisations
Former le personnel des CMP au suivi des patients souffrant de troubles du spectre autistique	PEA - Autres sujets
Construire un plan de formation pluri annuel à la réhabilitation et l'intégrer dans le dispositif institutionnel	Réhabilitation
Développer les supports de communication adaptés pour promouvoir le dispositif de réhabilitation : - En interne : Adressage, objectifs thérapeutiques (simplification des formulaires) - en externe : vulgarisation, accessibilité patients et adresseurs (Vidéo, plaquettes, presse)	Réhabilitation
Mettre en œuvre un référentiel de l'expertise à disposition de l'ensemble de l'établissement	Personnes sous-main de justice

Assurer pour les soignants des repères dans leur pratique quotidienne (protocoles de prise en charge des patients (CATTP, Accueil Urgences) afin de mieux définir les missions et emplois de chacun)	Personnes sous-main de justice
Déployer un dispositif de formation continue en addictologie	Addictologie
Améliorer la connaissance des offres de soins du CHM, la maîtrise de compétences minimales et la coordination entre les équipes	Piloter le parcours du patient
Harmoniser les modalités et supports d'adressage pour faciliter l'accès aux dispositifs intersectoriels	Piloter le parcours du patient
Cartographier les compétences et les modalités de prise en charge et d'accueil disponibles sur le CH de Montperrin et les inscrire comme outils et usages institutionnels	L'institution au service des patients et des personnels
Mettre en lien les besoins de formation professionnelle continue identifiés dans le PMS et le Projet social	L'institution au service des patients et des personnels
Remettre en place un dispositif structuré d'accueil des nouveaux arrivants qui contribuera à l'attractivité de l'hôpital	L'institution au service des patients et des personnels
Réactiver les journées thématiques	L'institution au service des patients et des personnels
Mettre en œuvre une Cellule communication	Se recentrer sur son métier
En lien avec l'IFSI, mettre en place des ateliers de simulation en santé pour les professionnels (ex : isolement) en complément de la réflexion menée sur la prescription des renforts.	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Consolider les compétences des cadres de santé par des formations : sens clinique – évaluation professionnelle -	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Former les personnels aux protocoles de recherche ou à des DU avec engagement d'investissement dans la recherche paramédicale (fournir un projet).	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative
Structurer la diffusion des travaux réalisés en interne (projets de service, articles, publications)	Développer l'approche managériale permettant de renforcer l'attractivité de l'établissement auprès des personnels de la filière IRMT et socio-éducative

Annexe 1 : Méthodologie du projet médico soignant

L'élaboration du projet médico soignant s'est appuyée sur un comité de pilotage dont la composition, validée par les instances, était la suivante :

- Directeur général
- Présidente de la CME
- Directrice des Soins
- Chefs de pôles, assistants de pôles et directeurs adjoints de pôle des 5 pôles cliniques
- Secrétaire du collège médical
- Un représentant de la CSIRMT
- Un représentant des usagers

Ce comité de pilotage a validé, tout au long du processus, les thématiques et les compositions des groupes de travail, leurs conclusions et propositions avant passage devant la CME et la CSIRMT pour approbation.

La méthodologie adoptée a prévu :

- une première phase de bilan réalisée en autonomie par l'établissement.
- une deuxième phase d'élaboration des orientations du futur projet accompagnée par un consultant extérieur.

L'appel d'offres pour la sélection de ce consultant extérieur a été présenté à la CME début 2020 et a abouti au choix du cabinet ACE.

1. La phase bilan :

Pour effectuer ce bilan, 7 groupes thématiques ont été créés avec les principes suivants :

- Un pilotage médico soignant
- Une composition pluridisciplinaire, intégrant des représentants des usagers ou de leur famille, avec un nombre n'excédant pas 12 participants
- La mise à disposition d'indicateurs fournis par le DIM.
- La mise à disposition des pilotes d'une feuille de route définissant les objectifs recherchés de la phase bilan et leur demandant de dégager les axes de travail à envisager pour leur thématique dans la phase 2.

Les thématiques définies étaient les suivantes :

1. la prise en charge en Hospitalisation temps plein adulte (hors addictologie hospitalière)
2. La prise en charge hors temps plein en psychiatrie adulte (ambulatoire au sens large).
3. Le parcours Réhabilitation et rétablissement
4. Le parcours addiction
5. Le parcours des personnes sous main de justice
6. La prise en charge en Pédopsychiatrie avec 4 sous-groupes : la prise en charge des adolescents, la périnatalité, les troubles du spectre autistiques, l'ambulatoire.
7. La prise en charge médicamenteuse

NB : Un huitième groupe dédié au bilan du projet de soins précédents a également été constitué par la direction des soins.

Réunions des groupes phase 1

Nom du groupe		Noms des pilotes	Nombre de réunions	Dates
Groupe Hospitalisation temps plein		Dr BOUHADOUZA Mme VERNAY	4	Du 9 sept au 2 oct 2020
Groupe Ambulatoire		Dr DAHAN Mme DUBOSCQ	6	Du 11 sept au 2 oct 2020
Groupe Réhabilitation et rétablissement		Dr ADAMOLI Mme MORITZ	3	Du 8 sept au 6 oct 2020
Groupe Parcours Addiction		Dr GREGOIRE et ARNAUD M. PIERRACCINI	4	Du 18 sept au 16 oct 2020
Groupe Parcours sous main de justice		Dr LUC Mme NURMILA	3	Du 8 sept au 13 oct 2020
Groupe Pédopsychiatrie		Dr LOUARN M. CHEVALLIER	1	Le 3 septembre 2020
Sous-groupe de pédopsychiatrie	Prise en charge des enfants avec TSA	Dr RAOUX Mme BOUZID	3	Du 15 sept au 12 oct 2020
	Prise en charge des adolescents	Dr LOUARN, BENOIT, GUIOT Mme DESSOLIERS	2	Du 17 sept au 1 oct 2020
	La périnatalité	Dr RIVIERE M. CHEVALLIER	2	Du 21 sept au 5 oct 2020
	Accueil en CMP	Dr GOURIOU et MAGNAT Mme LOYS	2	Du 8 sept au 28 sept 2020
	Travail avec les familles	Dr AMPELAS Mme LEGRAND	2	Du 10 sept au 13 oct 2020
Groupe Prise en charge médicamenteuse		Dr BERLAUD et PONS Mme GIANOLA	3	Du 8 sept au 15 oct 2020

Les résultats des travaux de ces 8 groupes ont été présentés par les pilotes lors du comité de pilotage des 4 et 6 novembre 2020.

2. la phase d'élaboration des propositions et des actions

Elle a débuté par un travail d'approfondissement demandé aux 7 groupes thématiques, dont les conclusions ont été présentées au comité de pilotage du 19 janvier 2021.

Suite à cette présentation, il a été décidé de créer de nouveaux groupes de travail :

- Sur des sujets qui apparaissaient insuffisamment traités au vu de leur importance :
 - L'aller vers
 - Les soins somatiques en intra et en extra hospitalier
 - L'adaptation des moyens des unités temps pleins recevant des adultes et des enfants

- La prise en charge des adolescents dans une réflexion associant la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie
- La prise en charge addictologique
- Sur des problématiques transversales qui avaient émergé des travaux des groupes thématiques :
 - Le pilotage du parcours
 - L'institution soignante au service des patients et des personnels
 - Se recentrer sur son métier.

Réunions des groupes phase 2

Nom du groupe	Noms des pilotes	Nombre de réunions	Dates
Groupe addictologie (sujets transversaux)	Dr ARNAUD Dr GREGOIRE M. PIERRACINI	2	10 mars et 6 avril 2021
Groupe Autisme adulte	Dr DODO Mme MORITZ	1	18 mars 2021
Groupe temps plein Gériopsychiatrie	Dr BOUHADOUZA Mme VERNAY	1	25 mars 2021
Groupe Ambulatoire Pédopsychiatrie	Dr GOURIOU Dr MAGNAT Mme DESSOLIERS	2	25 mars et 7 avril 2021
Groupe Adapter les organisations et les moyens des unités d'hospitalisation adultes et enfants	Dr BOUHADOUZA Mme VERNAY	2	2 mars et 14 avril 2021
Groupe Piloter les parcours	Dr ANTONI M. PIERRACINI	2	9 mars et 13 avril 2021
Groupe somatique	Dr BOUDIER M. STIEHR	2	10 mars et 7 avril 2021
Groupe L'institution soignante au service des patients et des personnels	Dr BARUT Mme MORITZ	2	9 mars et 6 avril 2021
Groupe se recentrer sur son métier	Dr PONS Mme TERRONES	2	11 mars et 15 avril 2021

Le comité de pilotage s'est réuni le 7 mai 2021 et une dernière fois le 28 octobre 2021 pour valider les actions proposées par les différents groupes.

L'ensemble des actions issues des travaux des groupes pluridisciplinaires ont été approuvées lors d'une CME consacrée au projet médico soignant le 8 novembre 2021.

Annexe 2 : Lettre envoyée au DG de l'ARS concernant la pédopsychiatrie

Références

FC/AT/SD – 67/21

Monsieur Philippe DE MESTER
Directeur Général
AGENCE REGIONALE de SANTE
Immeuble M'SQUARE
132 Boulevard de Paris CS 50039
13331 MARSEILLE Cedex 3

Marseille, le 29 Juillet 2021

Objet : Schéma territorial de prise en charge des enfants et adolescents nécessitant des soins psychiatriques et soutien au dossier de demande d'autorisation déposé par le CH VALVERT.

Monsieur le Directeur Général,

Comme vous le savez, la filière de soins psychiatriques fait partie, avec la filière urgences, des toutes premières filières de soins créées au sein du groupement hospitalier de territoire des Hôpitaux de Provence ; elle associe l'AP-HM, les CH d'ARLES et de MARTIGUES, les trois établissements spécialisés que sont le CH EDOUARD TOUJOUSE (CHET), le CH VALVERT (CHV) et le CH MONTPERRIN à AIX (CHM), ainsi que le CH d'ALLAUCH pour la thématique addictologie et l'HIA LAVERAN qui dispose d'une unité psychiatrique non sectorisée.

La santé mentale des enfants et des adolescents, préoccupation majeure de santé publique, a évidemment fait l'objet d'une réflexion approfondie au sein d'un groupe de travail associant l'ensemble des établissements concernés et piloté par le Pr David DA FONSECA (APHM), le docteur Yves GUILLERMAIN (CHET) et Pascal RIO directeur du CHM et référent de la filière psychiatrique du GHT.

Ils ont partagé le constat d'une insuffisance de l'offre de soins publique en psychiatrie infanto-juvénile, et en particulier de lits d'hospitalisation complète (HC), qu'il s'agisse de lits de crise ou de post-crise.

A ce jour, trois établissements de santé publics disposent d'une autorisation dans ce domaine :

- L'APHM, sur le site de l'Hôpital Salvator, qui dispose de dix lits d'HC, en partie destinés aux troubles du comportement alimentaire (TCA), l'Espace Arthur,
- Le CHET, qui dispose de 5 lits de crise au sein de l'unité de soins intensifs pour adolescents (USIA)
- Le CHM, qui dispose d'une unité de dix lits, OXALIS, implantée au CH d'Aix, dont une partie est dédiée aux TCA.

Le tableau ci-dessous récapitule l'état actuel de l'offre de soins publique en pédopsychiatrie :

Etablissements autorisés	Capacitaire en hospitalisation à temps plein	Capacitaires en hospitalisation de semaine	Structures HDJ	Capacitaires en hospitalisation de jour	Structures CMP
AP-HM	10 lits	2 lits	2	67 places	2
CH VALVERT	X	X	3	48 places	5
CH. ED. TOULOUSE	5 lits	X	5	52 places	8
CH MONTPERRIN	10 lits	X	4	48 places	11
CH de MARTIGUES	X	X	1	8 places	4
CH d'ARLES	X	X	1	10 places	3
GHT	25 lits	2 lits	16 HDJ	233 places	33 CMP

A titre de comparaison, la ville de Lyon possède 60 lits de pédopsychiatrie dans le secteur public contre 15 à Marseille : 10 à l'Esplanade Arthur et 5 à l'USIA.

Cette insuffisance de lits de crise et de post-crise fait que la prise en charge des situations d'urgence et l'hospitalisation s'effectue dans des structures qui ne sont pas adaptées ; nous constatons une forte croissance des prises en charge inadéquates à savoir des hospitalisations d'enfants et d'adolescents en crise dans des services de pédiatrie non équipés pour traiter ces pathologies mais aussi dans des services de psychiatrie générale adultes.

Ce parcours de soin des enfants et adolescents, déjà saturé depuis de nombreuses années, est devenu totalement ingérable du fait de la crise sanitaire, qui a eu des effets délétères sur la santé mentale de la population en général et en particulier sur les adolescents, et qui s'est traduite par une forte augmentation de la demande de soins.

Aussi, les établissements du GHT Hôpitaux de Provence se sont coordonnés ces dernières semaines afin de vous proposer un schéma de prise en charge des enfants et des adolescents sur les Bouches du Rhône.

Ce schéma nous l'avons voulu :

- Equilibré, tant du point de vue des modalités de prise en charge (HC et HDJ) que du point de vue territorial, en tenant compte des aspects populationnels,
- Cohérent, en tenant compte des missions respectives de chaque établissement, depuis la prise en charge de secteur jusqu'aux missions de coordination, d'expertise et de recours assurées par le CHU,
- Réaliste, les efforts étant répartis entre les différents établissements publics et étalés sur plusieurs années, pour tenir compte de la pénurie de pédopsychiatres, des contraintes financières et des délais inhérents aux opérations de travaux.

Il repose sur le principe d'une prise en charge renforcée en ambulatoire, favorisant les suivis en hospitalisation de jour et CATTP ; la psychiatrie de liaison vient en complément et assure également l'accompagnement des services de pédiatrie ; enfin, l'hospitalisation de nuit constitue un équipement qui doit permettre un meilleur accompagnement du jeune adolescent tout en maintenant le lien avec le milieu ordinaire.

Lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, elle doit prendre en compte la typologie des troubles de l'adolescent ; aussi chaque unité doit permettre, en plus d'une prise en charge généraliste, d'effectuer des soins plus spécialisés et répartis sur le territoire. A ce titre sont proposées des prises en charge en addictologie, TND, TCA et soins études. Par ailleurs, il est prévu d'inclure dans ces unités des chambres d'apaisement, facilitant la prise en charge en post-crise.

Les propositions couvrent trois zones, Sud, Nord et Ouest, étant entendu que dans cette spécialité, et notamment sur la ville de MARSEILLE, les différentes unités sont appelées à déborder le cadre strict de la sectorisation

Zone Sud : les établissements concernés AP-HM, CHET, CHV

AP-HM : Prise en charge de secteur, activités de spécialité et de recours. Missions expertales et de coordination :

- 10 lits d'hospitalisation temps plein pédopsychiatrique positionnés sur Salvator. Ces lits s'ajouteraient aux 10 lits de l'Espace Arthur, centre de coordination et de recours TCA, et permettraient de répondre aux autres missions de prise en charge du CHU ainsi qu'aux secteurs Sud de MARSEILLE. Déploiement envisagé 2022-2023.
- 5 lits de post urgences positionnées sur la Timone en lien avec les urgences pédiatriques. Le déploiement est prévu en 2026 en lien avec le projet d'hôpital mère-enfant.

CHET : Prise en charge de secteur, activités de spécialité et de recours

- 6 Lits 12/18 ans post crise. Déploiement envisagé 2022
- 6 Lits 16/26 ans avec valence addictologie. Hôpital de nuit/ hôpital de semaine et CATTP intensif. Déploiement 2023

CH VALVERT : Prise en charge de secteur, activités de spécialité et de recours

- 12 lits de crise et post-crise, avec valence TND (3 lits sur 12). Déploiement envisagé 2023.

Zone Nord : l'établissement concerné est le CH MONTPERRIN

CH MONTPERRIN : Prise en charge de secteur, activités de spécialité et de recours

- Prise en charge coordonnée avec l'ouverture d'un HdJ de 15 places sur Aix en Provence en 2022 et 4 lits d'HDN à créer en complément de l'unité d'hospitalisation Oxalys. Déploiement envisagé 2022.
- 12 lits de post crise dont 50% en hôpital de semaine avec valence soins étude. Déploiement envisagé 2022/2023.

Zone Ouest : les établissements concernés sont les CH d'Arles et de MARTIGUES :

Pour chaque structure : Renforcement de la psychiatrie de liaison avec présence d'une IDE (profil psy) de nuit en pédiatrie pour le CH de MARTIGUES. Déploiement envisagé 2022.

En projet commun : la création conjointe d'un HdJ adolescents et d'une unité d'hospitalisation de 10 lits pour adolescents en soins psychiatriques polyvalents et addictologiques. Déploiement envisagé 2023.

Ce schéma, qui se veut efficient et pragmatique, peut trouver une concrétisation rapide grâce à votre concours permettant de remédier à une situation restée depuis trop longtemps sans réponse.

Les représentants de la filière psychiatrique du GHU de Provence ainsi que l'ensemble des représentants administratifs et médicaux qui la compose se tiennent à votre disposition pour travailler plus avant ce sur ce projet.

Dans l'immédiat les établissements du GHT tiennent à apporter leur soutien au dossier de demande d'autorisation déposé par le CH VALVERT en vue de la création d'une unité d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile.

Dans l'attente d'échanger avec vous sur le sujet, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pour l'AP-HM

Le directeur général

François CREMIEUX

Pour le CH MONTPERRIN

Le directeur référent de la filière psychiatrique
du GHT

Pascal RIO

Le Vice-Président de la CME

Dr Jean Marc CHABANNES

La Présidente de la CME

Dr Françoise ANTONI

Pour le CH d'ARLES

Le directeur

Laurent DONADILLE

Pour le CH EDOUARD TOULOUSE

Le directeur

Thierry ACQUIER

Le chef du pôle de psychiatrie

Dr Philippe-Xavier KHALIL

Le Président de la CME

Dr Yves GUILLERMAIN

Pour le CH de MARTIGUES

Le directeur

Loïc MONDOLONI

Pour le CH de VALVERT

La directrice

Laurence MILLIAT

Le chef de pôle de psychiatrie

Dr Thierry BOTTAI

Le Président de la CME

Le Dr Christian VEDIE

Annexe 3 : Liste des modalités de prises en charge disponibles au Centre Hospitalier Montperrin

Prises en charge disponibles au Centre Hospitalier Montperrin
Accueil des familles
Sociothérapie
3 bis F
Prise en charge spécialisée en CATTP
Groupe Mindfulness
Groupe Psychodrame
CSAPA
Groupe d'éducation thérapeutique pour les troubles anxieux sévères, les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires
Groupe Insight
Groupes pour patients addicts non Abstinents (jeux, tabac, autres produits...)
Thérapie familiale (analytique/Systémique)
Centre de consultation spécifique (violences sexuelles, pédophilie) :
Groupe Pro Famille
Unité de réhabilitation
Périnatalogie
EMDR
Consultation HDJ Gérontopsy
Appartements thérapeutiques
ATMPO (Atelier thérapeutique en milieu ouvert)
Hospitalisation de nuit
Gestion des biens
Ressources médicales sur les expertises
Pass Précarité
Equipe Somatique : diététicienne, dentiste, cardiologue et dermatologue
Pharmacie clinique
Equipe douleur
Equipe hygiène

Equipes mobiles : ELSA (basé à l'hôpital général) EMRAAS (situation d'urgence) EM Périnatalité (2 équipes) EM de liaison : le CAP EM Addictologie EM Autisme (à confirmer)
Modalités d'accueil d'Urgence
Somatique

Annexe 4 : Projet Autisme

Intitulé : Projet de service : LES OLIVIERS.

Le pavillon actuel l'Olivier se restructure en **court séjour**. Nous souhaitons y adjoindre **un hôpital de jour/ CATTP** incluant des soins de réhabilitation psycho-sociale et d'éducation thérapeutique, **une unité de consultations** en partie expertale, préventive et de soins somatiques destinée aux patients, leur famille et les aidants et un **centre de formation et de recherche**.

Le pavillon l'Olivier actuel s'est transformé au fil du temps en lieu de vie et ne répond pas à sa vocation médicale. Une restructuration de ce pavillon d'hospitalisation est nécessaire et en cours. Elle est d'autant plus urgente que la population d'usager avec autisme et déficience intellectuelle est fréquemment hospitalisée en secteur psychiatrique et que les séjours sont insatisfaisants à la fois pour les familles et les professionnels de la psychiatrie qui ne disposent pas d'un cadre institutionnel adapté à ces pathologies.

L'ensemble des représentants du GHT13 souscrivent à ce constat et soutiennent notre projet. Le centre ressource autisme et le Pr POINSO soutient également cette initiative.

Deux places pour les **adolescents** sont prévues

Sur le plan départemental on constate :

- Une absence d'offre d'hospitalisation à **temps plein** en court séjour en psychiatrie, les pavillons étant voués aux soins des troubles psychiatriques adultes et non des troubles du développement. Le pavillon l'Oliver n'est pas non plus en mesure de proposer des séjours de soins ou d'évaluation car les patients qui y sont actuellement sont sans solution d'aval.
- Une difficulté pour les prises en charges des adultes **en journée** depuis la réforme de l'HDJ l'Oasis au centre hospitalier Valvert. Les entrées sont prioritairement réservées aux adolescents et sauf exception il est difficile de débiter un accueil pour un patient de plus de 18 ans.
- Que nous disposons dans le pavillon de 14 lits avec un très faible turn-over (file active de 14 en 2017), ce qui représente une offre non potentielle et non disponible pour les usagers.
- Un écart notable entre la prise en charge actuelle et les recommandations de bonnes pratiques (durée séjour, organisation architecturale, absence de PPA, absence de bilan fonctionnel et de la communication...) si on exclut une bonne prise en charge somatique et psychiatrique pour la prescription de psychotrope.

Qu'actuellement il n'existe pas de lieu de stage pour les internes ou les assistants spécialistes auprès de la population adulte présentant des troubles sévères du neurodéveloppement

Nous avons recensé la file active en 2017 au sein du GHT13 via les DIM :

- **100 patients avec autisme (F84.x) pour 4373 journées d'hospitalisation**
- **156 patients avec déficience intellectuelle modérée et sévère (F71.x et F72.x) pour 5418 journées d'hospitalisation.**

Objectifs

L'objectif est de structurer un service de référence pour la prise en charge des personnes porteuses de troubles sévère de neurodéveloppement.

Nous proposons un changement de paradigme et du « tout autisme » pour pouvoir accueillir dans l'unité des personnes avec troubles sévères du développement avec et sans autisme.

Nous proposons aussi l'abolition du clivage strict pédopsychiatrie – psychiatrie adulte avec la possibilité d'accueillir des adolescents à partir de 16 ans.

Il s'agit d'instaurer une réponse sanitaire graduée pour ces personnes dys-communicantes sans oublier les adultes présentant un TSA sans déficience intellectuelle pouvant bénéficier des consultations et de l'hôpital de jour d'où la déclinaison selon le modèle des missions sociales de la psychiatrie **sur le territoire du GHT13 en 3 unités :**

- **Pavillon temps plein**
- **Hôpital de jour**
- **Consultations spécialisées**
- Cette déclinaison des 3 unités du service « Les Oliviers » pourra bénéficier de surcroît de l'ensemble des dispositifs du Pôle Ressources de l'hôpital Montperrin : Education thérapeutique , Sociothérapie avec ateliers thérapeutique, les 3BisF centre d'art contemporain, de l'unité fonctionnelle de l'Accueil familial thérapeutique, l'unité de soin de Réadaptation et Réhabilitation psycho-sociale (USIR), lesquelles accueillent déjà des personnes souffrant d'autisme et de troubles du développement.
-
- La volonté affichée est de travailler en lien étroit avec les dispositifs locaux et régionaux dédiés aux troubles du développement, au premier rang desquels le service SESA du centre hospitalier Valvert qui comprend notamment l'unité les Makaras et l'hôpital de jour adolescent l'Oasis.
- Mais aussi de proposer **un panel de soins somatiques**, y compris en s'articulant aux médecins libéraux en créant un réseau et d'inclure les médecins libéraux (généralistes et psychiatres).
-
- Un travail a déjà débuté depuis octobre 2018 avec la participation du Dr Curti dans les 2 centres hospitaliers Valvert et Montperrin.

Public ciblé :

- Adolescents de plus de 16 ans et adultes.
- Porteurs de trouble sévère du développement.
- Personne en qualité de « situations complexes » : dont la complexité de la prise en charge génère, pour les personnes concernées des ruptures de parcours : des retours en famille non souhaités et non préparés, des exclusions d'établissement, des refus d'admission en établissement et dans lesquelles l'intégrité, la sécurité de la personne et/ou de sa famille sont mises en cause.
- Résident du territoire du GHT13
- Adultes présentant un trouble du spectre de l'autisme sans déficience intellectuelle.

L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN COURT SEJOUR

Le pavillon actuel doit retrouver un fonctionnement hospitalier et ne pas se substituer à un lieu de vie.

Ce dispositif sanitaire doit proposer un service qui ne peut pas être fourni par un autre type de structure.

En ce sens il doit permettre des séjours de **courte durée (2 mois maximum)** pour des indications précises :

- Evaluation psychiatrique, diagnostique et fonctionnelle à la recherche des causes d'un trouble du comportement
- Evaluation thérapeutique en vue de réadaptation de la thérapeutique psychotrope

- Séjour d'évaluation à fin d'orientation
- Il doit être dimensionné et organisé pour accueillir les cas les plus complexes et requérant une expertise médicale multidisciplinaire.
- Il doit permettre la poursuite du parcours de soin et du parcours de vie des personnes et à pour vocation **d'éviter les ruptures de parcours.**
- Il doit permettre la diminution drastique des hospitalisations de ce type de problématique dans les pavillons de psychiatrie temps plein adulte.
- Il doit permettre aux familles de faire un choix libre pour le futur de leur enfant handicapé devenu adulte.

Nombre de lit :

- 6 lits adultes
- 2 lits adolescents
- 2 lits réservés aux urgences et semi-urgences

Déroulement d'un séjour type :

- Les demandes qui seront adressés au service Les Oliviers seront accompagnés conjointement par l'unité mobile les Makaras notamment en amont pour discuter les indications d'hospitalisation et en aval pour faire suite à la sortie et au retour dans le lieu de vie.
- Etape initiale de préparation du séjour, explication à la personne, arrêt d'une date d'entrée et de sortie, pas d'entrée en urgence.
- Planification des bilans à effectuer : somatique, psychométrique, diagnostique et sensoriel
- Réalisation de consultations spécialisées : psychiatres et somaticiens.
- Soins institutionnels : ateliers individuels, éducation thérapeutique, médiations de groupe, établissement d'un projet personnalisé
- Etape finale de préparation de la sortie par réunion de synthèse avec les équipes qui assurerons l'accompagnement d'aval (FAM/MAS, SAMSAAD, équipe mobile, famille...) en présentant les pistes découlant du bilan fonctionnel réalisé dans le service.

Le principe général est de penser les séjours en amont et en aval, qu'ils soient préparés avec les équipes, les familles et la personne handicapée. C'est la garantie d'un séjour, court, efficient et avec une indication précise **d'une durée de quelques jours à 2 mois maximum.**

L'art au cœur de l'institution hospitalière, expérimentations artistiques et sociétales : une communauté élargie autour de l'art et du soin

INTRODUCTION :

Situé dans l'hôpital psychiatrique Montperrin à Aix-en-Provence, desservant un bassin de population de plus de 500 000 habitants, le 3 bis f est, depuis 1983, un lieu de création contemporaine en arts vivants et en arts visuels. Il accueille tout au long de l'année des artistes qui viennent y travailler, sur des temporalités allant de quelques semaines à une année, pour des projets de recherche ou de création qui dialoguent avec les lieux de l'hôpital et ses publics mixtes composés de patients, soignants, ainsi que de personnes extérieures à l'hôpital. Cette démarche contribue à façonner l'identité d'un hôpital profondément ouvert, conjuguant intimement les expériences artistiques à ce qui peut émerger au-delà du soin, en s'appuyant sur la présence des artistes au sein de l'hôpital. La part d'aléatoire, d'accident qui caractérise la recherche artistique, y résonne avec celle qui peut exister dans les parcours de vie des patients, qui deviennent souvent désespérés par la transmission de ces pratiques et recherches des artistes. Ces rencontres permettent des situations de partage de travaux artistiques en cours et contribuent à réhabiliter l'estime de soi des patients, à travers des rapports sociaux déhiérarchisés. Les échanges, les liens que tissent l'Hôpital Montperrin et le 3 bis f avec la société dans son ensemble, au bénéfice de tous, participent ainsi à réinventer en permanence l'institution hospitalière, dans un compagnonnage original, durable entre le monde de la psychiatrie et celui de la création artistique.

Les artistes se nourrissent de cette dimension relationnelle au cœur du projet du 3 bis f : patients, soignants, entourage des patients, publics de proximité, étudiants et toutes personnes amenées à fréquenter le lieu imprègnent les formes artistiques qui y voient le jour. Le 3 bis f a construit depuis près de quarante ans une identité forte et unique, aussi bien dans le paysage artistique local et national, repéré comme vivier artistique mêlant les disciplines, que dans le monde du soin, en tant que structure singulière de déstigmatisation de la maladie mentale. La notion d'inclusivité, impliquant patients et autres publics de manière indifférenciée, qui définit le projet même du 3 bis f, dans une action entièrement engagée vers la rencontre avec l'autre, est portée au quotidien par l'équipe permanente et les artistes qui y travaillent, fabriquant une communauté de création.

ENJEUX ET AXES DU PROJET :

Le 3 bis f est un lieu-ressource unique, un véritable laboratoire d'interactions entre les milieux artistiques, de la psychiatrie et du soin et la société civile, dans un lieu de vie atypique au cœur de l'hôpital où s'inventent de nouvelles modalités relationnelles, à travers des pratiques partagées. Le projet « Expérimentations artistiques et sociétales à l'origine d'une communauté élargie autour de l'art et du soin » que développerait le 3 bis f grâce au soutien du Prix d'Excellence de la Fondation Audiens, permettrait de prolonger et d'enrichir le projet du 3 bis f en resserrant notamment le partenariat avec le Centre Hospitalier Montperrin, à travers deux nouveaux axes. Il s'agit d'articuler encore plus étroitement création artistique, soin et pratiques collectives au quotidien en approfondissant la dimension du lieu de vie partagé entre artistes, équipe permanente, patients, soignants et publics extérieurs. L'ouverture du lieu, pilier du projet reposant sur les notions d'accueil et d'hospitalité, sera accentuée, en démultipliant les approches :

- 1) Renforcer l'accueil quotidien des patients et des publics autour d'un projet de lieu de vie augmenté notamment autour d'un jardin artistique méditerranéen communautaire développé par un artiste / paysagiste, dans le cadre d'une résidence au long cours. Des ateliers au jardin hebdomadaires, ouverts à tous, mêlant patients, élèves d'établissements scolaires de proximité, resserreront la

dynamique intergénérationnelle et déstigmatisant auprès des plus jeunes la maladie mentale. Dans le prolongement de cette démarche, le 3 bis f pourrait également accueillir une AMAP dont pourront bénéficier personnels soignants mais aussi publics de proximité, incitant encore d'une autre manière les habitants à franchir les portes de l'Hôpital Montperrin.

2) Accentuer la dimension du 3 bis f de croisements de recherches artistiques, scientifiques et universitaires autour du partage des savoirs, en lien avec les valeurs d'ouverture portées par le Centre Hospitalier Montperrin et le 3 bis f, dans un projet commun, pour faire hôpital ensemble. Cet axe activerait ainsi un nouveau volet du projet, transversal et co-porté dans le cadre d'un partenariat renforcé entre le 3 bis f et le Centre Hospitalier, actant un nouveau rapport à la transmission des connaissances et des pratiques. Ce projet, inspiré de l'Université des patients, (fondée et dirigée par le Pr. Catherine Tourette-Turgis, Sorbonne université, hôpital La Pitié-Salpêtrière) pourrait voir le jour en lien avec la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences / Chaire Humanités et Santé du CNAM, dirigées par la philosophe Cynthia Fleury. Un cycle de conférences ouvertes à tous présenté par le 3 bis f et l'Hôpital Montperrin amorcera une nouvelle manière de faire communauté en pensant collectivement les conditions de la traversée de la vulnérabilité, du point de vue du soin, artistique, citoyen, produisant une ressource essentielle à la disposition de tous — patients, entourage des patients, soignants, étudiants... Ce projet liant la question de la santé à celle des humanités, a déjà des satellites en région et pourrait être développé à Aix-en-Provence avec une thématique spécifique « Art, psychiatrie, neurosciences », impliquant aussi le Département Philosophie de l'Université Aix-Marseille-Université qui mène une recherche notamment sur les rapports entre arts et sciences (en particulier sur le biomorphisme) et le Département Arts de l'Université Paris 8 Saint-Denis qui développe depuis plusieurs années un axe spécifique création artistique / soin.

Ces deux axes prolongent le projet artistique porté par le 3 bis f qui a obtenu le label Centre d'art contemporain d'intérêt national, effectif en 2020. Ce projet explorera les rapports aux formes du vivant, au concept de vie et à la communauté entre humains, non humains et monde végétal dans une organicité créatrice de liens et particulièrement porteuse de sens dans un lieu d'arts contemporains implanté dans un hôpital psychiatrique, lui-même inscrit au cœur de la cité.

Annexe 6 : Intérêt du centre de thérapie familiale

Dr Jean François AMPELAS, psychiatre, praticien hospitalier

Dr Florence PESCE, psychiatre, praticien hospitalier

Mme Ludmila CHOSTAKOFF, psychologue clinicienne

Mme Nicole TALIANA, cadre de santé

Mai 2021

Le Centre de Thérapie Familiale (CTF) est une unité fonctionnelle (UF) du Service de Soins Psychiatriques Ambulatoires aux Détenus (SPAD) fonctionnant de manière intersectorielle depuis sa mise en place au milieu des années 1990.

Il est situé au cœur même de l'hôpital Montperrin, ce qui l'inscrit clairement dans l'institution hospitalière de service public.

C'est un lieu dédié exclusivement à la consultation et la thérapie familiale. Il est donc repéré comme tel par les professionnels et les familles.

Le CTF accueille des couples et des familles résidant sur le bassin de population desservi par le Centre Hospitalier Montperrin mais également hors secteur. Les consultations y sont gratuites.

Les praticiens qui y interviennent sont actuellement rattachés à plusieurs pôles : le Pôle Transversal, le Pôle de Pédopsychiatrie, le Pôle Ressources et le Pôle Est. Ils exercent tous à temps partiel dans l'unité, ayant tous d'autres activités professionnelles dans l'hôpital et pour certains une activité libérale.

ELEMENTS D'HISTOIRE

Le CTF du CH MONTPERRIN a été créé en 1992 par le Dr François Arnaud et l'équipe avec laquelle il travaillait à l'époque. Confrontés aux difficultés spécifiques de l'accueil et de la prise en charge des groupes familiaux, infirmiers, psychologues et médecins avaient alors suivi une formation aux Thérapies Familiales Systémiques. La mise en pratique clinique a conduit à la création de ce lieu dédié aux entretiens familiaux et à la Thérapie Familiale. Initialement porté par un Secteur de Psychiatrie générale, le recrutement des familles a d'emblée été « intersectoriel ». Au fil des années de fonctionnement les deux modèles systémiques et psychanalytiques se sont développés conjointement, avec leurs pratiques spécifiques, leurs méthodes et leurs outils, au sein du CTF. Au-delà de l'activité clinique proposée, une emphase était mise sur le travail théorique et l'« intervision », mais aussi l'enseignement et la formation au travers de l'accueil d'étudiants et stagiaires inscrits dans divers cursus de formation.

LES INTERVENANTS ACTUELS

Les intervenants sont des professionnels du soin : psychologues, psychiatres, cadres de santé, tous ayant suivi et validé une formation de 4 ans minimum à la thérapie familiale psychanalytique pour certains, systémique pour d'autres.

Ces intervenants sont répartis en 2 équipes : l'équipe à référence psychanalytique et l'équipe à référence systémique.

Actuellement, l'équipe psychanalytique est constituée de 2 thérapeutes formés à la thérapie familiale psychanalytique :

- Nicole TALIANA, cadre de santé
- En cours de recrutement. (Marie KONICHEKIS, psychologue clinicienne est partie à la retraite le 1/7/2019).

L'équipe systémique est constituée de 3 thérapeutes familiaux :

- Jean-François AMPELAS, psychiatre, thérapie familial systémique,
- Florence PESCE, psychiatre, consultante attachée, thérapeute familiale systémique,
- Ludmilla CHOSTAKOFF, psychologue clinicienne, thérapeute familiale.

Le CTF offre ainsi une diversité d'approches centrées sur la famille, ces 2 approches s'appuyant sur des références théoriques différentes et utilisant des modalités d'intervention propres à cette référence, ce qui permet une approche clinique très riche.

ORGANISATION

Les couples/familles sont adressés par des professionnels du soin publics ou libéraux. Un certain nombre prennent contact suite à des recherches personnelles.

Le CTF ne dispose pas de secrétariat. Un répondeur recueille les messages et les intervenants rappellent les personnes demandeuses au fur et à mesure des appels, dans les jours qui suivent la demande.

Nous n'évaluons pas la demande par téléphone, considérant que le travail démarrera en présence des personnes. Nous demandons simplement quelles sont les personnes (ou les institutions) qui les oriente vers nous et de combien de membres est constituée la famille. Nous privilégions de rencontrer les personnes qui vivent sous le même toit et se montrent concernées par le problème et prêtes à s'investir dans l'aide et la recherche de solutions.

Ces 2 dernières années, nous avons eu en moyenne **100 demandes de rendez-vous** par an qui ont abouti à **60 propositions de rendez-vous**. Nous n'avons pas pu faire de propositions dans les cas où les disponibilités des familles ne correspondaient pas aux nôtres (cas des personnes disponibles uniquement en soirée par exemple) où dans les périodes où nous étions saturés.

En moyenne nous pouvons proposer un rendez-vous **3 semaines après le premier appel**.

LE LIEU

Le CTF se trouve dans un bâtiment différencié au sein de l'hôpital psychiatrique : un lieu dédié uniquement à cette pratique. Dès la création du CTF, le souhait était double : bénéficier d'un espace architectural différencié, c'est-à-dire non rattaché à un CMP ou un pavillon d'hospitalisation, et être implanté au cœur de l'hôpital.

Cette inscription présente en effet de nombreux avantages :

- Se décaler des différents enjeux transférentiels présents dans les mouvements des équipes soignantes. Ce lieu, de par sa neutralité, rend plus aisé l'analyse du transfert de l'histoire de la famille sur le cadre thérapeutique.
- Centrer d'emblée notre écoute sur la dynamique familiale en allant au-delà de la demande initiale telle qu'elle s'exprime généralement en CMP, c'est-à-dire axée sur le patient « identifié/ désigné », également appelé : « porte symptôme ».
- Inscrire le soin dans un territoire « inconnu » de tous jusqu'alors, afin que chaque membre de la famille s'approprie la demande de thérapie et puisse se saisir du cadre proposé.
- Disposer d'un lieu pouvant être considéré comme « neutre » quand le patient est adressé par un autre service de notre Hôpital où il est pris en charge. Un travail de lien et d'articulation avec les différents services de l'hôpital est régulièrement proposé afin que ce lieu reste clairement repéré par les soignants.

Ce lieu est donc fortement inscrit au sein de l'institution mère, offrant un contenant maternel, une sorte d'enveloppe permettant la mise en œuvre d'un processus de symbolisation.

DISPOSITIF TECHNIQUE

Le dispositif technique est un dispositif systémique tel qu'il a été mis en place par les fondateurs de cette approche à Palo Alto au Mental Research Institut avec comme outil principal le miroir unidirectionnel (glace sans tain) et l'utilisation de la vidéo.

Le CTF est d'abord constitué d'une salle d'attente séparée de la pièce de consultation par 2 portes. Cette salle est dédiée uniquement au CTF : les familles, souvent avec enfants et adolescents, ne croisent pas d'autres patients, ce qui préserve la confidentialité. Mitoyen de la salle de consultation, se trouve le bureau des professionnels, séparé par un miroir unidirectionnel (glace sans tain). Ce

bureau est d'abord un lieu d'observation directe des entretiens en cours à travers ce miroir. Cela permet à un co-thérapeute et aux stagiaires d'observer les interactions non seulement au sein de la famille mais aussi entre la famille et les co-thérapeutes en séance. Les familles sont bien sûr informées de la présence des professionnels derrière le miroir ainsi que de leurs missions et du secret professionnel auquel ils sont soumis. Elles sont invitées à visiter le local après la première séance. Les thérapeutes psychanalytiques n'utilisent pas ce dispositif et tirent un rideau pour masquer le miroir pendant leurs séances.

Cette pièce sert aussi de lieu d'échanges en post-séance, de rédaction des observations, de saisie des actes, de gestion des rendez-vous et de salle de détente. La salle est équipée d'un système de visionnage et enregistrement vidéo utilisé par l'équipe systémique, un ordinateur, un téléphone et un répondeur. Elle permet par ailleurs à l'équipe systémique de visualiser les entretiens à travers le miroir unidirectionnel.

La salle de consultation est spacieuse et lumineuse, suffisamment vaste pour accueillir jusqu'à 8 personnes. Elle comporte une porte de sortie distincte de la porte d'entrée ce qui évite aux familles de se croiser.

LA COTHERAPIE

Les 2 équipes travaillent en co-thérapie, c'est à dire que les familles sont reçues par 2 thérapeutes en séance. Ce dispositif est indispensable afin d'accueillir du mieux possible les émotions, les affects, les projections qui se déposent en séance. Cela permet de multiplier les regards, d'analyser plus finement ce qui se manifeste dans les liens du néogroupe formé des thérapeutes et des membres de la famille dans l'ici et maintenant de la séance. Est pris en compte ce qui se joue dans la famille et ce qui est mobilisé chez chacun des thérapeutes ainsi que dans leur relation (transfert, contre-transfert, inter-transfert, résonance...).

Il va sans dire que la construction du binôme se base sur une relation de confiance, non hiérarchique. Les co-thérapeutes doivent avoir des présupposés théoriques, cliniques et éthiques proches. Idéalement il faut qu'ils puissent se choisir. S'ils sont imposés l'un à l'autre, le fonctionnement risque d'en être altéré. Par ailleurs, ce binôme va s'inscrire dans une durée qui va renforcer la relation de confiance et donc la possibilité d'expression et d'analyse des affects mobilisés chez chacun des thérapeutes. L'expression de ces affects contre-transférentiels va permettre l'analyse de l'inter-transfert, c'est à dire des relations spécifiques qui vont s'instaurer entre eux en lien avec la problématique de chaque famille.

Cette relation de confiance va amplifier avec le temps la qualité clinique et thérapeutique du binôme vis à vis des familles reçues. Dans le cadre de la Thérapie Familiale Psychanalytique, une psychanalyse personnelle est exigée.

Au CTF, les binômes de thérapeutes sont souvent des binômes de professionnels de formations initiales différentes (psychiatre-psychologue, cadre de santé-psychologue) et ayant des formations à la thérapie familiale différentes (un binôme associe un psychiatre de formation systémique à une psychologue de formation analytique) ce qui permet une pluralité de points de vue et d'actions thérapeutiques. De plus, 2 binômes sont mixtes (homme-femme) ce qui est un plus indéniable, notamment dans les thérapies de couple.

Dans le dispositif systémique, les cothérapeutes procèdent à une interruption de séance vers la fin de l'entretien pour pouvoir échanger, partager leurs ressentis, élaborer des hypothèses et préparer un commentaire qu'ils vont restituer à la famille ensuite. D'où la nécessité d'une pièce attenante au local de thérapie où ils peuvent échanger en toute confidentialité.

De plus, le miroir sans tain va permettre à un 3^{ème} cothérapeute ou un, et même plusieurs, stagiaire(s) d'observer les séances, ce qui va encore élargir le regard sur les situations et multiplier les portes d'entrée possibles.

Dans le cadre de la TFP, la séance du néogroupe dure ¾ d'heure et ¼ d'heure est pris en post séance, pour échanger autour de nos observations, ressentis, hypothèses...Au moins 1 thérapeute prend des notes pendant la séance. Celles-ci sont mises à disposition des familles qui le souhaitent. Elles ne contiennent aucune interprétation. Les productions des enfants sont « la propriété du groupe » et sont déposées dans une pochette à leur nom, remise sur la table à chaque séance.

LES PRINCIPALES INDICATIONS CLINIQUES

1. Les familles avec un membre présentant une pathologie psychiatrique

Les familles ayant un membre souffrant de pathologie psychiatrique lourde (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble grave de la personnalité...) sont confrontés aux symptômes anxieux et délirants, à la violence parfois, aux hospitalisations itératives et aux difficultés d'insertion de leur proche malade.

La thérapie familiale (systémique ou psychanalytique) a montré son intérêt dans la réduction de l'intensité et de la fréquence des crises psychotiques et dans un moindre recours aux hospitalisations. Elle permet de soulager la souffrance des proches, de faciliter la communication intrafamiliale, d'élaborer des stratégies nouvelles face aux difficultés, de mobiliser les ressources de l'entourage et de donner un sens relationnel aux symptômes qui, du coup, apparaissent moins irrationnels et plus maîtrisables.

Par ailleurs, c'est un espace de parole qui est offert aux proches. Ceux-ci se sentent souvent écartés, voire exclus, du soin de leur proche malade, les professionnels se retranchant derrière le secret professionnel et la confidentialité dus au patient. Ils sont pourtant sollicités en urgence en cas d'hospitalisation sous contrainte, ce qui suscite incompréhension et parfois agressivité des familles.

Il est essentiel que les thérapeutes adoptent une attitude empathique, bienveillante et non culpabilisante vis à vis des familles qui se sentent souvent déjà très coupables et impuissantes.

Dans le cas où le patient désigné refuse d'être associé aux entretiens, il est possible d'accueillir et suivre des parents afin de les soutenir dans leurs difficultés.

2. Les couples en difficulté dans leur parentalité

Certains parents se trouvent en grande difficulté dans leur parentalité, vivant douloureusement l'échec de leur autorité ou de l'idéal d'une famille harmonieuse (parents biologiques ou recomposition familiale).

Rencontrer l'ensemble de la famille ou, selon les cas, uniquement le couple parental peut permettre de se décentrer du symptôme dont l'enfant est porteur et de le penser dans une dynamique globale en lien, le cas échéant, avec l'histoire transgénérationnelle.

Les familles viennent souvent avec une demande de conseils éducatifs. Le but de la thérapie sera non pas de répondre à cette demande illusoire mais d'aider les parents à mobiliser et développer leurs propres ressources, se faire confiance et mettre en œuvre leurs propres solutions.

3. Les familles avec adolescent difficile

L'adolescence est une période charnière dans le processus de développement humain. A cet âge se confrontent et s'entrechoquent dans la famille des besoins et attentes contradictoires, voire paradoxaux. Chez l'adolescent, s'expriment et se manifestent des besoins d'autonomie, des phases de régression, des identifications aux imagos parentaux, concomitantes de mouvements de différenciation. Chez les parents, on retrouve souvent un mal-être et parfois des angoisses liées au futur départ de l'adolescent mais aussi à la crise de milieu de vie.

L'adolescent étant souvent dans une non-demande de soins, la thérapie familiale trouve son intérêt dans la souplesse de son cadre qui n'exige pas forcément de sa part une prise de parole. Il n'est pas là « pour parler », il est là comme partie prenante et constituante d'un processus commun au groupe familial.

La thérapie familiale systémique et psychanalytique trouve là une de ses principales indications quand le processus d'individuation est bloqué ou se manifeste de manière bruyante à l'adolescence : trouble des conduites alimentaires, crise suicidaire, épisode dépressif, addictions, troubles du comportement...

4. Les familles et couples à transaction violente

Dans le cadre de la violence conjugale ou intrafamiliale, il est important de distinguer clairement la responsabilité morale et pénale de l'auteur de violence et le statut de coacteur de la relation de chaque membre de la relation.

Le préalable à toute action thérapeutique dans le cas de la violence réside dans la reconnaissance des faits par l'auteur et la convocation de la Loi. En cas de violence avérée, il est essentiel qu'un cadre légal soit posé, par une plainte ou une information préoccupante.

Ceci étant posé, un travail thérapeutique peut s'envisager avec le couple ou la famille afin qu'un processus réparateur puisse se mettre en mouvement. Ce processus nécessite non seulement la reconnaissance de la violence et de son interdit par l'auteur, mais la mise en sens et en perspective par un travail sur l'histoire familiale. On retrouve en effet très souvent une transmission transgénérationnelle de la violence.

Une fois ce préalable posé, le travail peut s'initier. Les thérapeutes doivent être extrêmement vigilants à maintenir la meilleure alliance possible avec chaque membre de la famille, auteurs comme victimes de la violence, se trouvant ainsi sur un fil ténu !

5. Les couples en crise

Des difficultés peuvent émailler le parcours d'un couple aux différents moments de son cycle d'évolution, en particulier au moment de l'installation en commun, au devenir parents, à l'arrivée des enfants, à leur adolescence, à leur départ, à la retraite ou lors de recompositions familiales. Des événements de vie comme des changements professionnels, le chômage ou la maladie peuvent entamer la qualité des relations.

Ces difficultés peuvent être source de souffrance, de tensions, de vécu de solitude, de conflits ou de menaces de séparation. Certaines de ces difficultés peuvent mener jusqu'à des crises de violence ou à des gestes auto-agressifs comme des tentatives de suicide.

Dans ces situations, consulter en couple peut permettre de faciliter la communication, de mettre en mots les éprouvés, de mettre à jour les enjeux relationnels et notamment les conflits de loyauté avec les familles d'origine et les répétitions des scénarios infantiles.

6. Familles et périnatalité

Les conditions de la grossesse (entre autres PMA, FIV...), l'accouchement, l'arrivée d'un enfant, bouleversent un équilibre psychique quelquefois difficilement obtenu pour le couple, pour l'un ou l'autre partenaire, dans les familles respectives. On observe des décompensations chez la future maman, des dépressions post partum, des psychoses puerpérales ; des mouvements de retrait, une certaine anxiété, des états dépressifs chez le futur papa. Le couple est mis à mal, la parentalité est en souffrance. Recevoir, même ponctuellement le couple de futurs parents ou les nouveaux parents avec leur bébé, dans le cadre du CTF permet d'accompagner ces nouvelles familles dans leur parentalité, de les étayer dans le portage de leur enfant. Devenir parents amène à revisiter son histoire familiale souvent émaillée de trous, avec la crainte de la répétition morbide d'un vécu traumatique. Le soin en TFS et P permet une transformation et un travail de mythopoièse, une réinscription de chacun de façon plus apaisée dans leur lignée respective et dans la famille nouvellement constituée.

LE CTF COMME LIEU DE FORMATION ET DE TRANSMISSION

1. Accueil de stagiaires

Depuis sa création, le CTF a toujours été un lieu de formation pour les internes en psychiatrie, les stagiaires psychologues ou les professionnels en formation à la thérapie familiale systémique (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux).

Le miroir unidirectionnel permet à ces stagiaires d'observer directement des séances de thérapie familiale en cours, ce qui en fait un outil de formation irremplaçable.

Ils peuvent ainsi observer la manière dont les thérapeutes mènent les entretiens et les questionner directement lors de l'interruption de séance ou juste après la séance, « à chaud ». La vidéo permet également de revoir certaines séquences d'entretien et d'analyser les processus thérapeutiques.

Mais les stagiaires ne sont pas là uniquement en tant qu'observateurs passifs. Il est attendu d'eux qu'ils fassent des commentaires, qu'ils émettent des hypothèses de travail, qu'ils partagent leurs impressions et ressentis. Ce matériel va être utilisé par les thérapeutes afin d'élaborer un commentaire qui reflète le point de vue des différents professionnels présents et qui va être restitué aux familles, le plus explicitement possible, au retour de l'interruption de séance. Les familles font l'expérience que la thérapie est un travail d'équipe où le point de vue des stagiaires a la même valeur que celui des thérapeutes. Ceux-ci ne se positionnent pas comme les seuls « experts ».

Depuis sa création, le CTF a reçu plus d'une cinquantaine de stagiaires tous venus s'enrichir et enrichir les thérapeutes de leurs questions, de leurs connaissances et leurs points de vue.

2. Actions de formation

Les consultants du CTF proposent depuis plusieurs années des actions de sensibilisation et de formation en direction des professionnels de l'hôpital et hors de l'hôpital :

- Dans le cadre d'instituts de formations à la thérapie familiale (IPEC, ADTFA, Elkaimformations) ;
- À la faculté de psychologie d'Aix-Marseille ;
- Au Centre Ressource pour les Intervenants auprès d'Auteurs d'Infractions Sexuelles (CRIR AVS) ;
- Au près des internes en stage à l'hôpital Montpellier ;
- Au près des équipes de soin de l'hôpital Montpellier (psychiatrie adulte et infanto-juvénile).

3. Publications d'articles

Des articles rédigés par des consultants du CTF ont été publiés dans des revues professionnelles reconnues :

- Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (2005), IX, 82, 7-9
- Santé Mentale (239, juin 2019 et sous presse octobre 2019),
- Cahiers Critiques de Thérapie Familiale (2012/1, n°48).

4. Communications orales

Des communications orales sont régulièrement faites par les consultants du CTF dans des colloques ou journées d'études comme :

- Colloques de l'IPEC (2006),
- Journées de l'ADTFA (2019),
- Journée de la Société Française de Thérapie Familiale (2007)
- Journées de la Société de Psychiatrie du Sud Est (2009 et 2019).

5. Organisation de journées d'études à Montpellier

Chaque année a lieu à l'hôpital Montpellier, à l'amphi Valade, une journée d'étude sur l'approche systémique familiale organisée par l'IPEC dont le Dr AMPELAS est le président. Ces journées annuelles réunissent généralement entre 100 et 200 professionnels de la région. Des intervenants systémiciens de grande renommée sont intervenus comme Philippe Caillé, Edith GOLDBETER, Elida Romano, Jean-Paul Gaillard, Jean-Jacques WITTEZAELE, Jacques PLUYMAEKERS ou le Pr Michel DELAGE.

Une journée d'étude se tiendra le 15 novembre 2019 sur l'aide contrainte, animé par M Guy Hardy.

6 Participation et organisation de réunions du réseau des thérapeutes familiaux de la région PACA

Depuis 2005, l'équipe systémique du CTF participe aux réunions organisées de manière trimestrielle par le réseau des thérapeutes familiaux de la région PACA. Ces réunions coordonnées par le Pr Delage, le Dr l'IPEC, la Durance (organisme de formation à la thérapie familiale de Marseille) permettent aux thérapeutes familiaux de la région de se connaître et d'échanger sur leurs pratiques.

Ces réunions ont eu lieu à 3 reprises au CH Montpellier.

PERSPECTIVES

Depuis 25 ans, l'activité du CTF n'a jamais décliné et son intérêt ne s'est jamais démenti.

Sur les 10 dernières années, l'équipe du CTF a reçu chaque année en moyenne **75 familles ou couples pour 450 rendez-vous donnés**.

Il est le seul centre de thérapie familiale de service public du bassin aixois. Son accessibilité et sa gratuité en font un lieu de soin incontournable pour les familles, en comparaison de l'offre associative et libérale qui reste très limitée et souvent inaccessible en raison de son coût.

Le fait que l'activité soit portée par des professionnels de formation initiale différentes (médecins, psychologues, cadre de santé), ayant des formations à la thérapie familiale différentes (systémique et psychanalytique) et que le CTF accueille de nombreux stagiaires témoigne de sa richesse, de son ouverture et de sa créativité.

Aujourd'hui, la thérapie familiale est en plein essor car mieux connue et reconnue par les professionnels et les patients. Les familles se heurtent pourtant aux difficultés d'accès aux soignants du champ psychiatrique. Ceux-ci sont en effet surchargés et peu formés aux techniques d'accueil des familles.

En conséquence, de nombreux couples et familles se dirigent vers notre équipe en demande d'écoute et d'aide et nous rencontrons des difficultés à répondre à toutes les demandes alors que le local n'est occupé que 6 demi-journées par semaine sur 10 et qu'il existe des professionnels formés à la thérapie familiale parmi le personnel de l'hôpital MONTPERRIN. Il est donc essentiel de pouvoir proposer des entretiens familiaux et une évaluation de la problématique telle que décrite par le groupe familial, tout comme sont proposées des thérapies familiales stricto sensu.

Nous souhaiterions donc pouvoir développer l'offre de soins en direction des familles en faisant en sorte que le lieu soit plus souvent utilisé, que d'autres thérapeutes familiaux puissent proposer leurs services et que les axes de travail soient complétés, le CTF devenant CECTF : **Centre d'Evaluation de Consultation et de Thérapie Familiale**

PROJET INSTITUTIONNEL

Les conditions sont aujourd'hui réunies pour que le CTF, existant depuis plus de 20 ans, puisse se développer à l'échelle de l'Hôpital, en y associant l'ensemble des Services et des Pôles développant ou souhaitant mettre en pratique une clinique destinée aux groupes familiaux.

Ce projet de CECTF, inscrit dans la dynamique institutionnelle doit être vu comme un élargissement et un renforcement de l'existant :

- Lieu dédié au travail clinique avec les familles, porté par une vision différenciée mais partagée, associant dans un même projet l'ensemble des professionnels actuellement formés au travail avec les familles. Il s'agit de renforcer en les fédérant les différentes initiatives issues des Services ou des Pôles du CH MONTPERRIN et centrées sur l'accueil des familles. Ainsi, actuellement :

*Pôle Transversal et SPAD, CTF existant, CCS, CSAPA, FAUPL + Addictologie Hospitalière

*Pôle Ressources et Services de Géro-psycho-geriatrie +Service Précarité

*Pôle de Psychiatrie Infanto-Juvenile et Service Adolescent + Autres Services

Les autres Pôles Est et Ouest semblent également développer dans certains de leurs Services des formations aux entretiens familiaux ou à la Thérapie Familiale : ils seront sollicités.

- Espace architectural bien identifié, situé au cœur de l'Hôpital, rénové, disposant d'un matériel renouvelé, facile d'accès pour les groupes familiaux.
- Axes de travail clinique permettant d'accueillir largement les demandes d'évaluation, de consultation ou de thérapie familiale, avec cette double approche systémique ou psychanalytique
- Inscription du projet de CECTF dans le prochain Projet d'Etablissement
- Articulation du CECTF du CH MONTPERRIN avec les autres Hôpitaux du GHT ayant une pratique clinique avec les groupes familiaux. Des liens et des rencontres existent déjà avec les Hôpitaux

Sud ainsi que l'Hôpital LAVERAN, associant échanges cliniques, intervision et axes de Formation. L'objectif serait que le CECTF puisse devenir un Centre de Soins aux Familles (à l'image d'un centre Ressources) au sein du GHT, articulé avec les autres Hôpitaux développant une activité de Psychiatrie, et bien repéré par les usagers autant que par les professionnels.

- L'ancrage universitaire paraît par ailleurs essentiel, dans le sens de la Formation et de la Recherche Clinique. Des liens existent aujourd'hui avec la faculté de Psychologie d'AIX puisque 2 praticiens du CTF y interviennent. Des contacts seront pris avec la faculté de médecine de Marseille autour des possibilités d'enseignement des divers aspects du travail avec la complexité des groupes familiaux.

MOYENS DEMANDES :

Afin de répondre à l'augmentation constante des demandes des couples et familles en souffrance et d'éviter une liste d'attente, il faudrait que le CTF soit utilisé de manière optimale. Il n'est en effet actuellement occupé qu'à 60% du temps.

Ainsi il faudrait budgéter et recruter : **3 ETP de thérapeutes familiaux** (formés à l'approche systémique ou analytique) (médecins psychiatres et/ou psychologues cliniciens), (contre 1,4 actuellement) et **0,3 de secrétariat**.

Ainsi les postes seraient officiellement fléchés et pérennisés sur l'activité de thérapie familiale, ce qui n'est pas le cas actuellement.