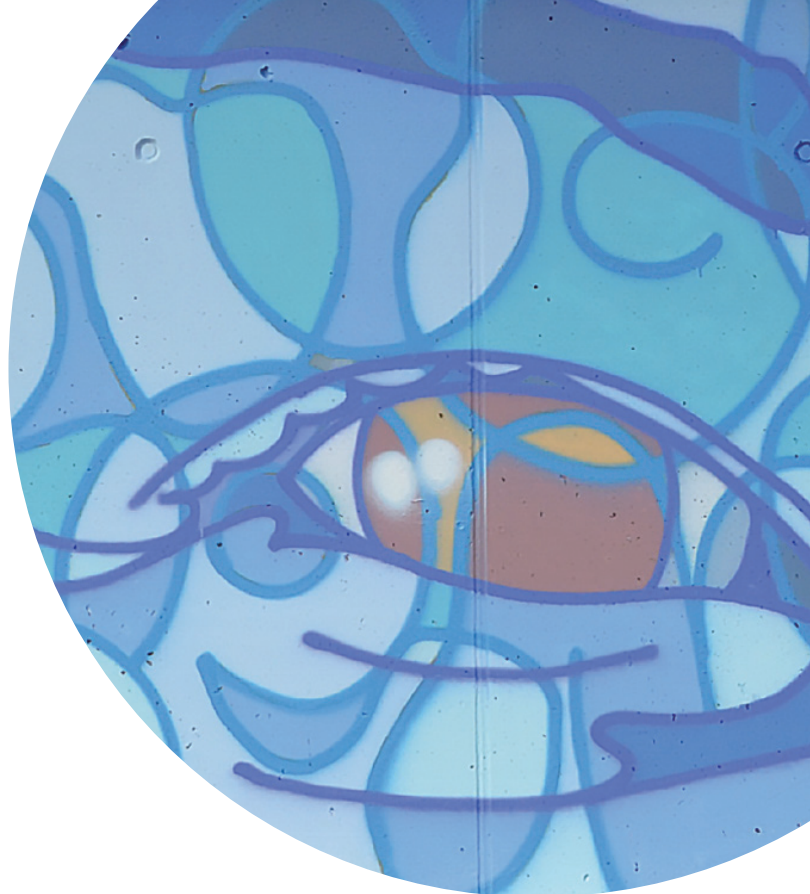


# Centre hospitalier de ROUFFACH



## Projet d'établissement 2021 - 2025

*Faire ensemble malgré nos différences*

**LIVRET 2**

## Annexes

### Projets médicaux des pôles

27, rue du 4<sup>e</sup> RSM - BP 29 - 68 250 ROUFFACH  
03 89 78 70 70  
[www.ch-rouffach.fr](http://www.ch-rouffach.fr)

Pôle de psychiatrie adulte 2/3

**A**

**pages A1 à A4**

Pôle de psychiatrie adulte LTD

**B**

**pages B1 à B10**

Pôle de psychiatrie adulte 8/9

**C**

**pages C1 à C10**

Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

**D**

**pages D1 à D8**

Pôle médico-technique

**E**

**pages E1 à E6**

# Pôle de psychiatrie adulte 2/3

---

**Chef de pôle : Dr Stéphane OLIVIER**

**Cadre de pôle : Véronique ZILLIOX**

**Directeur référent : Frédéric MANNINO**

---

## Projet d'évolution de l'organisation du parcours de soins - PÔLE 2/3

### INTRODUCTION

Le projet de pôle s'articule autour des caractéristiques et de l'évaluation des besoins des usagers. Il s'inscrit pleinement dans les valeurs de l'établissement, dans ses missions et ses spécificités. Il fait bien évidemment suite au précédent projet qui se voulait ambitieux et innovant et permet à travers une lecture diachronique d'en vérifier quelles en étaient les forces, mais aussi les faiblesses et d'y apporter des réponses adaptées.

L'ambition affichée est de garantir la cohérence, la continuité et la qualité des parcours de soins des usagers, garantir leurs droits et aussi de fédérer l'ensemble des professionnels de l'établissement, autour des missions de service publique en lien avec la santé mentale de nos concitoyens.

Il s'agira ensuite d'établir les actions permettant l'atteinte de ces objectifs et d'en évaluer les incidences, sur l'organisation et le fonctionnement, et enfin de prévoir les ressources à mobiliser.

La méthode retenue a impliqué les différents professionnels du pôle qui ont pu s'exprimer sur leurs visions du soin et de l'accompagnement des usagers de façon plus générale à partir de leur lieu d'exercice ; cela afin d'alimenter la réflexion autour des objectifs à fixer.

Enfin ce projet ne prend sens que dans une synergie au sein de l'établissement, dans la poursuite de la mutualisation des compétences, en lien avec les spécificités des autres pôles de l'établissement, au delà de la simple notion de sectorisation.

## I. LES DISPOSITIFS ACTUELS

### 1. Les dispositifs de soins intra-hospitaliers

Les références d'orientation des différentes unités se définissent ainsi :

- une unité d'admission fermée de 20 lits et 4 chambres d'isolement, le pavillon 23/2
- deux unités de service ouvert d'accueil : Unité 13/1 (24 lits) de psychiatrie polyvalente, Unité 13/2 d'addicto-psychiatrie, départementale et non sectorisée de 16 lits
- une unité de réadaptation psycho-sociale de 15 lits, le pavillon 21
- une unité de psycho-gériatrie de 17 lits, le pavillon 23/1.

## 2. Les dispositifs de soins extra-hospitaliers

- La PAO (Permanence d'accueil et d'orientation) du pavillon 16 et le CMO (Case management d'orientation).
- Les CMP (Centre médico-psychologique) les Blés et Espace Autismes à Colmar, Munster, Rouffach et Ensisheim
- Les hôpitaux de jour les Blés (20 places) et Espace Autismes (10 places) de Colmar, de Rouffach (5 places), l'UMES (Unité mobile d'évaluation et de soins), le bail glissant, les appartements thérapeutiques de Colmar (4 places) et Rouffach (3 places).

## 3. Les missions spécifiques

- Le dispositif du PRAPS
- L'équipe mobile psychiatrie et précarité (EMPP)
- Les troubles du spectre autistique
- La psychiatrie en milieu pénitentiaire

# II. PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION

## 1. L'extra-hospitalier

L'analyse des listes d'attente et des données RIMP, ou plus précisément des motifs de demandes de consultations sur les CMP montre une évolution significative des attentes et des besoins de la population en santé mentale. Si les troubles sévères de l'humeur ainsi que les psychoses restent pour l'essentiel, la majorité des prises en charge ambulatoires, les troubles de la personnalité, les troubles de l'adaptation sont de plus en plus orientés vers la psychiatrie de secteur, contribuant à augmenter les listes d'attente et les files actives.

Du fait de la géographie du pôle, du départ à la retraite de nombreux confrères généralistes pas toujours remplacés et d'un réseau de transport en commun limité sur bon nombre de cantons du pôle, l'offre de soins paraît déséquilibrée au sein de nos territoires. Cela est particulièrement vrai pour la partie rhénane du pôle, où les patients pour beaucoup d'entre eux, viennent consulter au CPJ les Blés de Colmar, rendant la demande pléthorique et l'offre très en difficulté pour répondre aux attentes de la population. Il paraîtrait licite, sur le modèle des structures qui ont été créées à Munster et à Ensisheim, d'envisager l'ouverture d'un CPJ à Neuf-Brisach pour corriger ces déséquilibres, être au plus près de la population et aussi de pouvoir développer des partenariats avec les acteurs locaux, notamment de la vie sociale.

Cette démarche s'inscrit pleinement dans l'axe 3 du CORES de l'établissement, axe porté par le pôle 2/3. Il s'agit également d'étoffer l'offre de soins de la psychiatrie de secteur, en réponse à la nécessité de s'inscrire dans une démarche diagnostique des TSA, les CRA n'intervenant que sur les diagnostics complexes. Cette démarche diagnostique s'appuiera, conformément aux préconisations de l'ARS, sur des binômes Médecin/Infirmier ou Psychologue/Infirmier et devra nécessairement comporter un volet formation.

Il est également nécessaire de réfléchir à l'accueil des jeunes majeurs sur nos structures ambulatoires et de travailler sur les relais avec les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour éviter à tout prix les ruptures de parcours, particulièrement préjudiciables.

L'extra-hospitalier reste le pivot de notre organisation des soins. Il travaille en lien avec la PAO afin de garantir la permanence des soins, les orientations adéquates en hospitalisation ou en consultation.

La PAO de par ses missions, travaille en lien avec les services d'urgence, la médecine libérale, et bien sûr directement avec les usagers et leurs proches. Il permet de fluidifier les parcours, souvent d'éviter des hospitalisations parfois non pertinentes, de temporiser par des consultations répétées des situations de crises et d'adresser les patients après une évaluation objective. Il nous paraît être incontournable dans l'organisation des soins et nécessite de se développer en proposant aux usagers des espaces d'apaisement et en augmentant l'amplitude horaire de fonctionnement.

Les alternatives à l'hospitalisation, quand elles sont possibles s'appuient aussi sur l'extra hospitalier, les structures accueillant les usagers dans des consultations non programmées, mais aussi par le biais de prises en charge structurées au sein des hôpitaux de jour et des activités à temps partiel. Les prises en charges qui se sont développées au cours de l'exercice précédent, la dynamique des psychothérapies et ateliers médiés, assurant une évaluation neuro psychologique, ont permis d'affiner des diagnostics et d'orienter les patients vers des ateliers adéquats, et de poursuivre une mission majeure, celle de la réhabilitation psychosociale.

Néanmoins certains usagers du fait de la sévérité de leurs troubles, qu'ils soient aigus ou qu'ils s'inscrivent dans des parcours de soins plus longs, auront toujours besoin d'un recours à l'hospitalisation, du cadre de l'hôpital et des compétences qui s'y trouvent.

## 2. La psychiatrie en secteur pénitentiaire

Le législateur, depuis de nombreuses années avait annoncé le souhait de fermer les structures pénitentiaires de Colmar et Mulhouse afin de les réunir au sein d'un seul établissement, qui, après de nombreuses années de tractations, a été bâti à Lutterbach.

Ce nouveau projet s'inscrit dans un travail collaboratif entre le pôle 2/3 de Rouffach et le pôle 6/7 de Mulhouse et plus largement l'ensemble du GHRMSA, préfigurant un travail commun au sein du GHT.

Le pôle 2/3 reste le pôle référent de la psychiatrie au sein de cette nouvelle structure, qui permettra, nous l'espérons de mettre en œuvre une réflexion autour de thérapies dédiées ou de groupes.

## 3. L'intra-hospitalier

La mutualisation des compétences et des savoirs, au sein de l'hôpital entre les pôles, la possibilité à des recours d'experts, contribue à redéfinir le parcours du patient dans sa prise en charge. L'hôpital reste encore souvent un lieu ressource tant notre discipline est intriquée avec le champ social, mais aussi un lieu où le soin peut être contraint, enfermement, en regard à un cadre judiciaire. Pérenniser les missions des structures existantes.

Ces contextes, ces dimensions du soin, tellement différents ne peuvent donner lieu à une lecture univoque de l'exercice au sein de l'intra-hospitalier. L'organisation actuelle, unités ouvertes versus unités fermées paraît actuellement insatisfaisante si elle ne peut s'inscrire dans une dimension transpolaire concernant des situations très spécifiques. La maladie, dans certaines de ses évolutions les plus péjoratives entraîne parfois des résistances aux traitements, des répétitions de troubles psycho-comportementaux, des évolutions déficitaires, conduisant à des enfermements au long cours en unités fermées. Parallèlement des usagers présentant des états de crises aigus vivant aussi une situation d'enfermement, sont hospitalisés dans les mêmes unités, au détriment de leur prise en charge, les personnels n'ayant pas la latitude suffisante pour travailler l'accompagnement vers la reconnaissance des symptômes, l'acceptation des traitements et l'inscription dans un parcours de soin objectif. Les hospitalisations sont donc plus longues, souvent mal vécues par les usagers et donnant lieu parfois à des placements en isolement qui auraient pu être évités.

Au sein de l'unité fermée du pôle, il nous paraît fondamental de développer les activités thérapeutiques, de densifier les soins permettant plus d'entretiens soignants de préparer le retour du patient dans son environnement, son cadre de vie afin de préserver au maximum l'autonomie de la personne et de limiter au plus la chronicisation de la pathologie.

La question posée est donc celle du sens du soin dans les unités fermées, où les séjours devraient être les plus brefs possibles afin de limiter les durées de privation de liberté. Cela pourrait s'articuler autour d'une unité interpolaire prenant en charge les patients dits, résistants en faisant appel, aux compétences existantes dans l'établissement, en recherche, en pharmacologie, en troubles dégénératifs, etc.

Les unités hospitalières sont de plus confrontées à une précarisation croissante des populations, contribuant souvent à l'allongement des durées d'hospitalisation dont parfois il devient difficile d'en percevoir le sens. Les outils d'évaluation à la fois diagnostiques et thérapeutiques, le recours à des échelles validées doivent être

largement diffusées et maîtrisées par les professionnels, le recours à des hospitalisations programmées au sein des unités ouvertes est encore à développer ainsi que les partenariats avec le secteur médico-social. Cette réflexion globale conduit à penser une organisation autre de la répartition des lits au sein de l'hôpital, afin de répondre de façon de plus en plus spécifique aux besoins des usagers.

### **CONCLUSION**

Ce nouveau projet de pôle s'inscrit dans la continuité du précédent, autour des mêmes valeurs et autour des mêmes convictions. Il tient compte des particularités géographiques du territoire, mais aussi populationnelles, des évolutions des connaissances et des nouvelles missions qui lui incombent.

Au delà de la pérennisation de l'existant qui ne pourrait en aucun cas s'affirmer comme un but, il propose des objectifs en lien avec les orientations de la communauté psychiatrique de territoire, dans le cadre du GHT 12 tout en continuant à s'inscrire pleinement dans l'exercice de service public en santé mentale et en affirmant une volonté sans faille d'assurer ses missions spécifiques, autour de l'autisme et plus largement des troubles neurodéveloppementaux, de la psychiatrie en secteur pénitentiaire, mais aussi dans l'accompagnement des étudiants (internes) en favorisant encore leur accompagnement dans leurs travaux de thèse et de mémoire.

Ce projet conforte la nécessité de la diversité de l'offre de soins proposée dans le respect des orientations de chacun, et s'enrichissant des compétences de tous, dans une dynamique collaborative, au sein de l'établissement mais également vers les parties prenantes actrices du soin.

# Pôle de psychiatrie adulte LTD (Lauch-Thur-Doller)

---

**Chef de pôle : Dr Joël OBERLIN**

**Cadre de pôle : Christine SHOELCHER**

**Directeur référent : Dominique REUSCHLÉ**

---

## 1. Préambule

Les enjeux de ce projet de pôle sont fondés sur la notion de chance... résultant du déploiement de la psychiatrie dans la cité et de la santé mentale dans la communauté.

### 1.1. Principes généraux

Les enjeux du prochain projet de pôle restent fondés sur la notion de chance offerte aux patients à quelque stade que ce soit de leur pathologie. Le critère d'appréciation prioritaire de la problématique restant encore et toujours le risque de passage à l'acte suicidaire compromettant alors toute forme de rétablissement. Le travail sera orienté et organisé sur le principe de prise en charge dans la cité dès lors que l'évaluation clinique avec le recours à toute compétence spécifique utile aura été réalisée. Ainsi la notion de parcours du patient doit être une ligne directrice permettant d'apprécier à tout moment l'évolutivité des troubles en privilégiant la meilleure insertion possible dans son milieu de vie. L'application du principe des soins de santé mentale communautaire s'avère incontournable, l'idée essentielle étant de restaurer l'empowerment de la personne dans le respect intégral de ses droits.

### 1.2. Objectifs généraux

- Assurer une psychiatrie de qualité, en développant le travail de réseau afin de pouvoir être « en réseau », la communauté psychiatrique de territoire et les conseils locaux de santé mentale ouvrant d'autres portes.
- Ajuster l'offre de soins en facilitant l'accès et le développement de nouvelles prises en charge, du fait de l'évolution de la société, les troubles psychiatriques n'ayant pas nécessairement le même impact aujourd'hui, la crise sanitaire est venue précipiter les évolutions avec des problématiques de santé mentale exacerbées, interpellant la psychiatrie dans des situations inattendues.
- Poursuivre l'optimisation des ressources d'autant qu'elles ne sont pas sans limites, les rassembler pour enrichir la multiplicité des compétences, qu'un secteur à lui seul ne pouvait pas toutes avoir, principe déjà validé à ce jour mais à réaffirmer dans l'avenir.

Les recours aux ressources se feront selon les besoins spécifiques de chacun de nos patients. Ainsi des circuits tels que les permanences d'accueil en centre médico-psychologiques permettront soit l'accès direct, soit l'accès via les urgences ou une structure type CMP, soit les orientations via l'unité mobile d'évaluation et de soins (UMES). Ils sont à privilégier.

De la même manière le recours au programme de reconnaissance, à la promotion des soins somatiques avec inscription du patient dans les prises en charge en médecine générale, à l'hébergement en logement à baux glissants, ou encore l'accueil familial thérapeutique trouvera place dans l'élaboration du projet individualisé de soins avec pour support de promotion les conseils locaux de santé mentale. La ressource du champ médico-social sera prise en compte en terme de relais de soins spécialisés, notamment les SAVS et SAMSAH, de même que les hébergements en structures spécialisées ainsi que les recours aux dispositifs d'emploi. Les lieux d'écoute et d'orientation (LEO) déjà développés s'inscrivent dans une dynamique interactive.

En ce qui concerne la psychiatrie de l'âge avancé, l'offre de soins sera réservée à la pathologie psychiatrique prévalente afin de promouvoir une meilleure évolution à la fois thymique et psychocognitive, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes présentant des troubles psychiatriques, des troubles neuro-dégénératifs handicapants résultant de pathologies favorisées par l'âge. Le dispositif spécialisé de psychiatrie de l'âge avancé (DSPAA) de par sa structuration actuelle, permet le recours à l'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé (EMPAA), à la consultation mémoire psycho-cognitive, aux dispositifs d'aide aux aidants (ADAGE), à l'hospitalisation de jour au Rempart et à l'hospitalisation complète à l'unité de psychiatrie de l'âge avancé 9/1. Ce dispositif, intégré jusqu'alors dans le guichet unique de la MAIA du Haut-Rhin, doit se retrouver dans les dispositifs actuels, et se trouve donc accessible à la croisée des sources d'information et d'orientation.

L'ensemble des activités du pôle se fera aussi en liaison avec les usagers et leurs représentants, les filières spécialisées notamment en matière de réduction, les filières d'orientation telle le centre de réadaptation de Mulhouse, le développement de programmes d'éducation thérapeutique, ainsi que les structures médico-sociales des divers champs concernés par la santé mentale. Il s'agit vraiment pour la psychiatrie de secteur d'être en réseau avec l'ensemble des dispositifs locaux-régionaux.

Le handicap psychique, du fait des liens institutionnels existant entre le pôle médico-social et le pôle Lauch-Thur-Doller, justifie aujourd'hui de l'application de principes semblables à ceux de la psychiatrie générale notamment en matière de réadaptation, réhabilitation et rétablissement. Les grandes lignes de ce projet feront bien sur l'objet de développements complémentaires.

## **2. Le pôle Lauch-Thur-Doller, son projet pour la période 2021-2025**

### **2.1. Présentation**

Le pôle clinique de psychiatrie Lauch-Thur-Doller dessert le 4e secteur de psychiatrie générale qui prend en charge la population des cantons de Guebwiller, Soultz et Wittenheim (moins la commune de Kingersheim) et le 5e secteur de psychiatrie générale qui prend en charge la population des cantons de Cernay, Thann, Saint-Amarin et Masevaux. Sur la base du dernier recensement INSEE, la population du pôle serait de 160 720 habitants.

Pour atteindre les objectifs du projet de pôle aujourd'hui, il n'est pas souhaitable de rester sur le principe de privilégier l'activité intra-hospitalière, par contre cette offre doit être adaptée aux seuls besoins du pôle. Il est indispensable de renforcer le dispositif ambulatoire ébauché pour parvenir à l'objectif prioritaire d'externaliser les soins dans la cité. Ainsi la réorganisation de l'offre de soins par le découpage géographique du pôle Lauch-Thur-Doller en 3 bassins de vie a permis la redéfinition de nouvelles orientations privilégiant les parcours de patients vers le centre psychothérapeutique de jour de proximité pour chacun.

Ces trois bassins de vie disposaient chacun d'une structure extra-hospitalière et d'une unité d'accueil ayant vocation à accueillir les patients en hospitalisation libre, toutes pathologies confondues.

Aujourd'hui deux unités de soins (18/1, 18/2) sont positionnées comme unités d'accueil admettant chacune des patients en lien avec les bassins de vie. Leur nombre s'est réduit à deux en 2017 sans retentissement péjoratif pour les prises en charge de patients du pôle, le nombre de lits s'avérant suffisant par rapport aux besoins de la population desservie.

Les deux autres unités de soins sont dédiées l'une à la psychiatrie de l'âge avancé du pôle (9/1) dont la capacité a été réduite à 15 lits depuis la crise sanitaire, et l'autre à la prise en soin de tous les patients en soins sans consentement du pôle (9/2).

### **2.2 Les lieux de l'offre des soins en psychiatrie générale Guebwiller, Thann / Cernay, Masevaux, Pfastatt et Rouffach**

#### **2.2.1. Les centres médico-psychologiques (CMP)**

Les CMP, pivots de l'organisation des soins, offrent au patient un lieu de proximité et des prises en charge spécifiques par l'équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, de soignants, de psychomotriciennes, de



psychologues et neuropsychologues, d'assistantes de service social.

L'offre de ces structures comprend l'accueil, les consultations, les actions de prévention, la coordination des soins, les soins ambulatoires, le suivi à domicile et l'accueil de patients pour des prises en charge spécifiques et contractualisées à la séance. La caractéristique de quatre d'entre elles est de disposer d'une permanence d'accueil (PA) ouverte aux heures ouvrables en semaine de 8h30 à 18h30.

- CMP avec PA au sein du CPJ « La Lauch » implanté au 51, rue Théodore Deck à Guebwiller
- CMP avec PA au sein du CPJ « La Thur » implanté au 19, rue Henri Lebert à Thann
- CMP au sein du CPJ « La Doller » implanté dans les locaux de l'EHPAD « Castelblanc » au 25, route du Maréchal Joffre à Masevaux
- CMP avec PA au sein du CPJ « Les Rives » implanté dans les locaux de l'Hôpital Civil au 1, rue Henri Haeffely à Pfastatt
- CMP avec PA au premier étage du pavillon 11 au centre hospitalier de Rouffach.

Les CMP en structures externalisées renforcent leur capacité d'accueil en organisant de manière plus spécifique un accueil permanent pour les patients en difficultés d'insertion dans un programme thérapeutique avec soins à temps partiel. Ils doivent être le carrefour des parcours de soins des patients pris en charge dans la cité.

À terme celui de Thann, devant accéder à des locaux adaptés au sein du centre hospitalier St Jacques assurera une permanence hebdomadaire 24h/24, avec la proximité de lits externalisés, sensée devenir le centre de santé mentale pour le bassin de vie.

### 2.2.2. Les hôpitaux de jour

- L'hôpital de jour du CPJ « La Thur » de Thann  
Cette structure de 15 places, ouverte du lundi au vendredi, est située au CPJ implanté 19, rue Henri Lebert à Thann
- L'hôpital de jour du CPJ « Les Rives » de Pfastatt  
Cette structure de 15 places, ouverte du lundi au vendredi, est située au CPJ implanté dans les locaux de l'Hôpital Civil au 1, rue Haeffely à Pfastatt
- L'hôpital de jour du CPJ « La Lauch » de Guebwiller  
Cette structure de 15 places, ouverte du lundi au vendredi, est située au CPJ implanté 51, rue Théodore Deck à Guebwiller.

Ils permettent l'accueil des patients tant en admission initiale après évaluation aux urgences qu'en post-hospitalisation temps plein, dans la journée, afin de prodiguer des soins polyvalents et individualisés, tant par recours aux psychotropes qu'à travers des activités thérapeutiques répondant au projet de soins de chacun d'entre eux. L'un des objectifs prioritaires est d'induire et faciliter la réhabilitation psychosociale.

Ces structures seront le support essentiel et principal de l'hospitalisation, le flux des hospitalisations temps plein devant encore être déchargé, cela suppose une accessibilité aisée et des ressources renforcées pour remplir leur mission. Elles constituent l'élément clé de la transition vers une offre de soins en santé mentale communautaire. La permanence psychiatrique pour optimiser le processus est assurée par le recours à la téléconsultation déployée au sein du pôle depuis 2018, à ré-investir suite aux effets de la crise Covid.

### 2.2.3. L'hospitalisation plein temps

La capacité est de 80 lits d'hospitalisation dont 2 lits en appartement thérapeutique, l'affectation de ces lits est liée à la notion de coordination des soins pour les unités d'accueil et de spécificité des soins pour l'unité d'admission et l'unité de psychiatrie de l'âge avancé. La crise sanitaire a justifié la réduction du nombre des lits pour privilégier les séjours en chambre seule.

- **Les unités d'accueil 18/1 - 18/2**  
Les Unités 18/1 et 18/2 : ces unités de 21 lits chacune, desservent les populations des 3 bassins de vie.

- **L'unité d'admission 9/2** : cette unité dont la capacité d'accueil est de 21 lits (+ 3 lits en chambres d'isolement), accueille tous les patients en soins sans consentement du pôle ou présentant des troubles graves nécessitant des soins lourds pour lesquels une prise en charge en milieu fermé est nécessaire.

L'hospitalisation temps plein a été réduite en capacité pour la réalisation du projet de pôle afin de permettre le redéploiement des ressources vers le dispositif général des soins ambulatoires, avec maintien de deux unités d'hospitalisation pour le pôle au terme des développements encore nécessaires à ce jour. L'unité de psychiatrie de l'âge avancé est déjà inscrite dans le dispositif spécialisé existant et doit être maintenue dans sa vocation avec ouverture à une dimension interpôles, nécessitant des moyens d'importance pour assurer à terme ses missions élargies.

### **2.2.4. L'unité d'activité thérapeutique intra-hospitalière**

Elle accueille les patients hospitalisés pour des prises en charge psycho-socio-thérapeutiques. Les espaces dédiés à cette unité offrent des possibilités d'activités limitées. Les activités thérapeutiques, part importante de la prise en charge hospitalière, viennent élargir le fondement du soin psychiatrique de par leur médiation. Leur développement doit être durable et pérenne et en permettra leur projection dans les structures de l'ambulatoire en se fondant sur l'indispensable diversité des compétences. Son action, outre les patients hospitalisés, s'ouvre aussi aux résidents suivis de la Maison St Vincent.

### **2.2.5. L'appartement thérapeutique**

Cet appartement de 2 places est implanté 33, rue Gerthoffer à Thann. Cette structure de soins est à visée de réhabilitation psychosociale et justifiera d'une nouvelle implantation plus adaptée au parcours de résidents qui y seront pris en charge dans la cité.

### **2.2.6. Les hospitalisations brèves dans la cité**

Complément indispensable de l'offre en hospitalisation temps plein, elle doit être développée au cœur de la cité, à Thann, dans la proximité du CPJ «La Thur», sur le site de l'hôpital St Jacques pour optimiser les ressources, dès lors que la structure concernée sera ouverte 24h/24, 7 jours/7 (4 places) - projet en annexe.

### **2.2.7. L'hospitalisation à domicile adossée à l'hospitalisation dans la cité**

Autre complément indispensable de l'offre de soins de proximité à développer devant permettre la réalisation de soins spécifiques pour des patients dont la déstructuration psychique est majeure, l'objectif à atteindre étant le rétablissement dans leur environnement usuel de vie (4 places).

## **2.3. Les articulations indispensables à l'offre et le dispositif en appui**

Elles sont référées à la notion de desserte propre à chacun des 3 bassins de vie. L'enjeu en est primordial et repose sur les liaisons entre les structures d'accueil et les unités d'hospitalisations, l'objectif étant d'optimiser la ressource du réseau local, en renforçant la connaissance des interlocuteurs, partenaires sociaux et institutionnels et en optimisant le recours aux ressources locales, sans négliger le fait qu'il appartient à la psychiatrie d'être en réseau, les médiateurs de santé pairs ont un rôle important à assurer au bénéfice des patients en les sollicitant dans des options spécifiques concernant les patients pris en charge.

**2.3.1 Le point d'accueil et d'orientation (PAO)** est positionné en journée hors pandémie au secrétariat du pôle et devient alors Permanence d'accueil, l'avis psychiatrique pouvant y être donné en téléconsultation après un accueil en première ligne par une soignante désignée. La nuit et le week-end il reste positionné dans une aile de l'unité d'admission du pavillon 9/2 et accueille les patients du pôle non évalués, susceptibles d'être orientés vers une unité d'accueil ou d'admission, ou réorientés vers une autre structure du pôle. Ainsi au PAO, où qu'il soit, se décide l'orientation du patient, soit pour une hospitalisation ou une prise en charge directe, soit en CMP, en hôpital de jour ou en CATTP, voire dans le secteur libéral le cas échéant.

### **2.3.2. L'unité mobile d'évaluation et de soins (UMES)**

Initiée sans moyens spécifiques depuis 2007, elle s'inscrit entre l'accueil CMP, la VAD et la consultation aux urgences, en investissant un espace relationnel toujours assez mal connu, et concerne des patients dans l'incapacité de formaliser une demande de soins. L'UMES nécessite des professionnels formés, appartenant aux UF du pôle,

mobilisés selon les circonstances en équipage de 2 personnes sous la coordination d'un cadre de santé en liaison permanente avec un psychiatre. Ses missions s'étendent à l'ensemble du pôle. Une formation spécifique doit encore être proposée pour garantir la validité des actions.

### **2.3.3. Implication dans la fédération médicale interhospitalière des urgences psychiatriques (FMIUP)**

La fédération médicale interhospitalière constituée en 2009 en partenariat avec les 10 établissements ayant une autorisation urgence et/ou psychiatrie effective depuis le 1er janvier 2010 avec comme objectifs principaux :

- d'être un dispositif central régulateur visant la coordination et la continuité des soins psychiatriques pour un patient donné, le maillage avec les interlocuteurs référents disponibles et identifiés, une mission de diagnostic, d'évaluation, de soins, d'orientation
- de participer à une limitation du recours systématique aux hospitalisations quel qu'en soit le mode
- de permettre d'organiser de manière optimale l'aval de la prise en charge
- de laisser au patient le temps de formuler une demande de soins, de répondre à une préoccupation de santé publique.

La participation du pôle LTD se concrétise par la présence d'un psychiatre tous les mardis entre 8h30 et 18h30 au SU du centre hospitalier Émile Muller. La présence nocturne s'effectue sur la base du volontariat tout en apparaissant contraignante pour le pôle du fait des postes de psychiatres non pourvus. Si le travail s'effectue plus ou moins difficilement dans le contexte actuel, elle est moribonde dans sa dimension institutionnelle. L'élaboration d'un réel projet intégrant la psychiatrie aux urgences paraît s'imposer au-delà des locaux toujours aussi inadaptés pour ce type d'activités.

### **2.3.4. Les lieux d'écoute et d'orientation (LEO)**

Du fait du regroupement des CMP, trois villes du pôle jusqu'alors mal desservies à savoir Wittenheim, Wittelsheim et Masevaux, bénéficient chacune d'un LEO facilitant la rencontre entre patients et dispositif de soin afin de les conduire à des prises en charge au CPJ « Les Rives » à Pfaffstatt ou au CPJ « la Thur » à Thann.

### **2.3.5. Les logements à baux transférables**

Ce type d'hébergement constitue la base des projets d'insertion de patients dans la cité, en évitant le processus de sortie des structures d'hébergement remettant en cause les acquis de la réadaptation. La capacité en nombre doit être augmentée ; les négociations avec les bailleurs sociaux en sont la base. L'association « le Tremplin » sera encore sollicitée pour louer ces logements avant d'en transférer les baux aux patients qui y seront installés. Il importe avant tout chose que ce type de parcours soit reconnu à la hauteur des besoins du pôle en termes de financement.

### **2.3.6. L'accueil familial thérapeutique**

Autre complément indispensable à la réalisation des objectifs du pôle, son recours doit permettre la réinscription du patient dans la cité notamment lorsque la rupture avec son milieu de vie constitue un obstacle majeur à son retour à domicile, s'agissant alors de séjours de durée comprises entre un et trois mois, renouvelables une fois. Le travail de création d'un tel dispositif non encore abouti appelle à des compétences spécifiques et une bonne formation des accueillants. Pourtant il conserve un réel intérêt en termes de parcours-patients. Il ne faut malgré tout pas renoncer au déploiement de cette ressource (projet en annexe) qui ne trouve pas de preneurs, la formation n'ayant pas été orientée en ce sens. La société évolue de même que les regards, encore faut-il valoriser cette approche.

### **2.3.7. Les soins aux adolescents et jeunes adultes**

Du fait de la reconnaissance de plus en plus précoce il appartient au pôle de psychiatrie générale d'élaborer en partenariat avec le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent un dispositif de transition avec parcours formalisé préférentiellement en ambulatoire, afin d'éviter les ruptures de soins, les impacts péjoratifs pour bon nombre d'entre eux, de rencontres mal appropriées avec les soins proposés aux adultes. La création de ce dispositif nécessite encore bien des développements en concertation entre acteurs institutionnels, usagers et familles.

### 2.3.8. Les partenariats

- la médecine libérale
- les services de soins à domicile
- les institutions médico-sociales
- les communes, les maires, les élus
- les services sociaux, les associations d'aide et de soutien
- l'association portant le projet de résidence accueil à Guebwiller
- les équipes du Praps
- les associations de familles et d'utilisateurs
- les groupes d'entraide mutuelle de patients (GEM), (création envisagée pour les bassins de vie Lauch et Thur-Doller)
- les services d'aides et d'accompagnement (SAVE, SAVS, SAMSAH)
- ces partenariats se sont objectivés progressivement par la création de deux conseils locaux de santé mentale (CLSM) couvrant les trois bassins de vie du pôle LTD.

## 2.4. Le dispositif spécialisé de psychiatrie de l'âge avancé (DSPAA)

### 2.4.1. L'unité de psychiatrie de l'âge avancé 9/1

Cette unité dont la capacité d'accueil est réduite à 15 lits, depuis la pandémie, accueille des patients âgés nécessitant des soins spécialisés du fait d'une pathologie psychiatrique prévalente. Sa mission principale, à vocation polaire, est de prendre en charge pour une durée temporaire les personnes âgées dont les troubles justifient des soins médico-psychologiques intensifs ou une hospitalisation pour bilan et rééquilibrage des traitements. Son fonctionnement est étroitement lié à l'existence de l'hôpital de jour « Le Rempart ».

### 2.4.2. «Le Rempart» à Rouffach

Dispositif ayant bénéficié d'extensions significatives, initialement constitué de l'hôpital de jour de psychogériatrie, «Le Rempart» est aujourd'hui un centre psychothérapeutique de jour destiné à coordonner l'offre de soins en psychiatrie de l'âge avancé, situé au 2, rue du Maréchal Lefebvre à Rouffach.

#### 2.4.2.1. Le CMP de l'âge avancé (CMPAA)

Il permet d'accueillir des personnes âgées tant en amont de leur prise en charge que pour leur suivi et la coordination de leur parcours de soin. Il est le lieu de développement de projets spécifiques notamment celui de ADAGE avec «La prise en charge des aidants en psychiatrie de l'âge avancé au centre hospitalier de Rouffach».

#### 2.4.2.2. L'hôpital de jour de psycho-gériatrie (HdJPG) de l'âge avancé «Le Rempart»

Ouverte depuis 2001, cette structure de 15 places est ouverte du lundi au vendredi. À vocation intersectorielle, elle accueille au quotidien des personnes âgées au cours de crises psychiques de la vieillesse et du vieillissement selon une logique de proximité et de bassin de vie. Dispositif capital dans la prise en charge de patients âgés cet hôpital permet aussi aujourd'hui de réguler les flux des hospitalisations au 9/1 soit en les anticipant, soit en assurant la poursuite des projets de soins.

#### 2.4.2.3. La consultation mémoire psycho-cognitive (CMPC)

Implantée au « Rempart » au 2, rue du Maréchal Lefebvre à Rouffach, la consultation mémoire psycho-cognitive s'est développée progressivement à l'hôpital de jour de psychiatrie de l'âge avancé, aujourd'hui labellisée. Impliquée dans l'évaluation des manifestations organiques et psychiatriques, la consultation mémoire élargit de ce fait les missions de soins de l'HJPAA. Elle est reconnue dans les réseaux gériatrique, neurologique et psychiatrique, et impliquée dans le développement d'un centre de réflexion et de collaboration regroupant psychiatrie et neurologie (Hôpitaux civils de Rouffach & centre hospitalier de Rouffach).

#### 2.4.2.4. L'équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé

Structure créée en 2012, elle trouve son origine dans les concepts de la psychiatrie de secteur. Sa mission principale est d'être un partenaire actif et en réseau au sein du dispositif neurologique, gériatrique et psychiatrique venant ainsi en appui pour l'évaluation, le diagnostic, les soins des personnes âgées, en anticipant les grandes décompensations, ainsi que pour l'accompagnement des équipes en institutions d'hébergement avec propositions d'actions de formation, sans pour autant se substituer à la psychiatrie de liaison.

### 2.4.2.5. Le dispositif de prise en charge des aidants en psychiatrie de l'âge avancé

Cette structure comporte deux axes principaux, à savoir la guidance d'une part, la prise en charge des aidants d'autre part. La guidance est organisée au Rempart, lieu d'accueil, de prise en charge et de coordination des soins psychiatriques aux personnes âgées, avec

- des réunions d'information/débat sur la maladie d'Alzheimer et les troubles apparentés,
- des groupes de parole,
- des rencontres à domicile. La prise en charge des aidants est proposée au sein des CMP du pôle.

## 3. Les missions spécifiques

### 3.1. Les soins somatiques au sein du pôle LTD intra et extrahospitalier et du PMS

- prise en compte de la douleur en liaison avec le CLUD
- prévention, dépistage : infections (dont VIH) en liaison avec le CLIN, la cellule d'hygiène
- nutrition et métabolisme : suivis spécialisés en liaison avec le CLAN
- prévention du tabagisme et de ses complications en liaison avec le CPT
- prévention et dépistage du cancer (référence au «plan cancer»)

Dans ces perspectives, il importe de maintenir le dispositif médical institué associant la MAS et le FAM, et surtout de promouvoir les soins somatiques en santé mentale dans l'ensemble du dispositif ambulatoire notamment à partir des CMP en s'appuyant sur le dispositif médical du bassin de vie, des expériences très pertinentes ayant lieu déjà avec la policlinique de Pfastatt et qui prennent forme avec l'Hôpital de Guebwiller.

Cette promotion des soins somatiques en ambulatoire s'est déployée en 2019 et doit rester un point fort du projet de pôle, en raison du fort impact des troubles psychiatriques sur l'espérance de vie et les chances d'accéder au rétablissement.

- Le déploiement de ressources pour les évaluations des TSA pour les résidents du PMS.

### 3.2 Neuropsychy-mobilité (NψM)

Dispositif d'évaluation neuro-cognitive et psychologique expertale, ambulatoire et mobile, au plus près de l'utilisateur et des équipes, pouvant répondre aux demandes des services cliniques et des institutions partenaires à tout âge de la vie (projet en annexe), soutenu par la recherche clinique sur les problématiques spécifiques rencontrées et sur la création d'outils mobiles adaptés à la pratique. Il constitue la phase 1 du développement d'un «Guichet neuro-psy» transpolaire de première intention, à élaborer ultérieurement par un groupe de travail dédié et en lien avec les structures hospitalières déjà existantes.

### 3.3. La prise en charge psychiatrique des addictions

Elle se traduit par :

- la poursuite de l'implication psychiatrique au sein de l'hôpital de jour d'addictologie de Pfastatt, avec reconnaissance précoce des troubles psychiatriques secondaires aux addictions, mais aussi repérage anticipé de pathologies psychiatriques évolutives sous-jacentes à l'origine des addictions, notamment les troubles bipolaires
- la contribution au développement d'une équipe hospitalière de liaison et de soins en addictologie en renfort du dispositif actuel avec le CH de Pfastatt.

### 3.4. Les interventions dans les institutions d'accueil, d'hébergement ou de soins, partenaires du pôle : la psychiatrie de liaison

Les interventions se font dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

- Elles ont lieu dans les institutions d'accueil, d'hébergement ou de soins partenaires des secteurs constituant le pôle notamment les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

- Pôle médico-social du centre hospitalier de Rouffach qui comprend deux structures avec un total de 100 lits : la MAS "L'Envolée" et le FAM "Le Foyer"
- Hôpital de Pfastatt
- EHPAD «Home Haeffely» et «Les Roseaux»
- Hôpital de Guebwiller
- EHPAD Hôpital de Soultz « Les Capucines »
- EHPAD St Antoine d'Issenheim + EHPAD Maison Zimmermann a Issenheim
- EHPAD Maison Saint-Jacques à Rouffach
- EHPAD Maison de retraite "Les Erables" à Guebwiller
- EHPAD Résidence des Vosges à Wittenheim
- EHPAD Résidence d'Argenson à Bollwiller
- FAM de Pfastatt (foyer Marc Duval)
- EHPAD Korian Résidence « La Cotonnade » de Pfastatt
- CHG de Cernay
- SSR + MAS St André de Cernay
- EHPAD St Jacques CH de Thann + SSR - EHPAD «St Vincent» d'Oderen
- EHPAD Maison de retraite médicalisée «Les Trois Sapins» de Thann
- EHPAD Maison de retraite « Les Cigognes » de Cernay
- EHPAD Maison de retraite « Résidence Le Castel Blanc » de Masevaux
- EHPAD Maison de retraite «J. Scheurer» de Bitschwiller les Thann
- EHPAD Résidence «Jungck» de Moosch

D'autres interventions dans le pôle se font dans le cadre de vacations de psychiatre dans les établissements suivants : ESAT de Cernay, ESAT de Rouffach, Maison d'accueil , « Le Village » à Richwiller disposant d'un vacataire, «Les Fontaines» de Lutterbach (établissement privé à but lucratif) disposant d'un psychiatre vacataire.

### 3.5 Prise en charge et prévention du psycho-traumatisme

**3.5.1 La cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)** mission spécifique départementale inscrite dans un dispositif régional, hébergée au sein du pôle du fait de la présence du psychiatre référent et du psychologue coordinateur.

**3.5.2 La consultation du psycho-traumatisme**, s'est élargie au delà du territoire du pôle, en bénéficiant du renfort en psychologue nécessité par les missions de la CUMP, inscrite dans le centre du psychotraumatisme porté par la clinique universitaire de Strasbourg pour la région Grand Est. Véritable dispositif de prévention, le pôle LTD en assure la coordination pour le Sud de l'Alsace. Elle bénéficie de l'intervention d'un assistant psychiatre partagé entre les HUS et le pôle avec consultations spécialisées au CESAME.

### 3.6 Les missions de soins

**3.6.1 Développement du dispositif de soins autour d'un binôme soignant référent**, implication des usagers, recours aux médiateurs de santé pairs et pairs aidants.

L'enquête «Santé mentale en population générale (SMPG)» réalisée en mars 2019, vient étayer les déploiements sus-cités ainsi que le développement du dispositif de soins. De plus, l'étude des droits des patients apparaît contributive dans toutes les orientations à prendre en ce qui concerne les parcours de patients.

#### 3.6.2. Les programmes spécialisés

##### \*L'IPT de Hans Brenner (Integrated Psychological Treatment)

L'IPT de Brenner est un programme de réhabilitation créé en 1992 en Suisse.

Il s'agit d'un programme interactif de thérapie psychologique s'adressant à des personnes ayant vécu un épisode psychotique, le plus souvent dans le cadre de l'évolution d'une schizophrénie.

Le programme est composé de 6 modules distincts et hiérarchisés, ce qui signifie une gradation des difficultés et de la complexité des exercices au fur et à mesure de l'avancée dans le programme. Ceci entraîne une augmentation des interactions sociales.

De plus la participation continue permet des améliorations des habiletés dans les domaines suivants :

différenciation cognitive (attention, concentration, mémoire), perception sociale, communication verbale, compétences sociales et résolution de problèmes.

Le programme s'adresse essentiellement à des patients en soins de longue durée, mais il est également efficace auprès de patients qui sont au début de l'évolution de leur maladie.

Les lieux d'application du programme sont donc tout naturellement les unités de jour. Une préparation au programme IPT pourrait être posée en « intra » dans les unités de soins de courte durée sous la forme d'un travail d'information et de prise de conscience de la maladie.

**RECOs**, programme de reconnaissance conçu pour traiter les déficits cognitifs observés dans la schizophrénie et les troubles associés, l'objectif final de ce programme thérapeutique est de favoriser l'autonomie du patient et d'améliorer sa qualité de vie en ciblant des objectifs individualisés.

Les modules de cognition sociale ; l'éducation thérapeutique, la psychoéducation : le programme Pro-famille, le programme ADAGE La médiation animale.

### 3.7 Les missions complémentaires

#### 3.7.1. La formation

- des internes, des stagiaires de la capacité de gériatrie,
- du personnel soignant - des étudiants des IFSI -
- des élèves ME et AMP de l'ESEIS d'Illzach
- organisation de journées de formation (ADFP), (RHAPID)
- participation et communications en Congrès

#### 3.7.2 La recherche clinique et l'évaluation des pratiques

- Développement d'EPP/APP en lien avec le comité DPC - recherche de l'établissement et la cellule qualité
- Participation au projet de création d'une structure de recherche en lien avec le comité DPC - recherche
- Adhésion et implication dans les travaux du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) recherche en santé mentale du CCOMS, participation active au travail de ce groupement, notamment les enquêtes réalisées avec son concours.
- Étude concernant l'impact de la mise à disposition de tablettes aux personnes hospitalisées

## 4. Objectifs et indicateurs pour 2021 à 2025

### 4.1. Objectifs

Le pôle Lauch-Thur-Doller s'engage à réaliser des objectifs en termes d'activité, de qualité, de sécurité et d'évaluation des pratiques professionnelles. L'amélioration continue de la qualité du service rendu au patient constitue un axe majeur de la politique du pôle.

### 4.2 Indicateurs

#### 4.2.1. Indicateurs d'activité de soins

- évaluation de la file active
- nombre et taux d'entrées (primo, réadmission)
- nombre de journées
- durée moyenne de séjour
- taux d'occupation - moyenne présents/jour
- taux rotation des lits
- nombre de patients admis hors pôle
- évaluer la répartition par sexe, par tranche d'âge, par séjours cumulés, par mode de placement, par diagnostics principaux
- suivi de parcours patients
- effectuer un suivi quantitatif et qualitatif des temps de réflexion professionnelle sur notre organisation et notre pratique professionnelle (groupe de travail, réunions, EPP, encadrement...)

### 4.2.2. Indicateurs de moyens

Suivi des équipements, des consommables, des demandes d'examens, des moyens en personnels et en formation orientée prioritairement pour la réalisation du projet de pôle.

### 4.2.3. Indicateurs de qualité et de gestion des risques

Outre les indicateurs mentionnés dans le contrat de pôle, l'accent sera mis sur :

- l'organisation de la permanence médicale des soins en intra-hospitalier, et en extra-hospitalier à terme, tant psychiatriques que somatiques, selon les protocoles en vigueur. Le tableau de service constitue l'indicateur de l'effectivité du temps médical
- l'évolution de l'état clinique au décours de la prise en charge, systématisation du recours à l'échelle CGI
- la pertinence des protocoles thérapeutiques au regard des recommandations et données de la science
- l'évaluation des bénéfices - risques liés aux thérapeutiques instaurées
- l'évaluation de l'application des recommandations des suivis des infections nosocomiales en lien avec la politique générale définie par le comité de lutte contre les infections nosocomiales (comité de lutte contre les infections nosocomiales) en lien avec le référent «hygiène» dans chaque unité d'activité clinique
- l'évaluation de l'application des recommandations du comité de lutte contre la douleur (CLUD) en lien avec le référent «douleur» dans chaque unité d'activité clinique
- le recours au MEOPA pour les investigations et les soins algogènes
- l'évaluation de l'application des recommandations du comité de liaison en alimentation et en nutrition (CLAN), en lien avec le référent «nutrition» dans chaque unité d'activité clinique (dépistage des troubles nutritionnels chez l'adulte)
- l'évaluation de l'application des recommandations du comité de prévention du tabagisme en lien avec le référent «tabac» dans chaque unité clinique et en s'impliquant au niveau médical dans la prévention du tabagisme
- l'évaluation de la prévention d'escarres chez les patients en psychiatrie de l'âge avancé.

## Conclusion

L'option forte du pôle est de poursuivre le développement d'une offre de soins extra-hospitalière cohérente, centrée sur les trois bassins de vie décrits précédemment, celle-ci évoluant de manière continue constituant l'axe majeur de ce projet, le transfert des ressources devant se réaliser au terme de la concrétisation des nouveaux recours. Ainsi le remaniement intégral de l'offre en matière d'hospitalisation temps plein constitue le support des ressources. En effet, ce projet de pôle renforce nettement l'ensemble des moyens mis à disposition en extra-hospitalier. Le principe de la mutualisation au sein du pôle Lauch-Thur-Doller ainsi que l'optimisation de ses ressources prennent tout leur sens dans la nouvelle organisation de l'offre à poursuivre dans ce projet de pôle. L'adéquation de l'offre de soins avec les besoins de la population doit être un élément à évaluer régulièrement, le principal bémol, quant à la mise en œuvre et au maintien de l'existant, reste celui des ressources applicables.

Conformément au projet de pôle, l'effort de développement porte sur l'accueil et les soins extra-hospitaliers, le renforcement du dispositif, l'investissement des réseaux et surtout le fait d'être en réseau. Ce projet se veut fédérateur avec :

- une stratégie pluriannuelle partagée entre les équipes,
- des moyens optimisés, affectés et gérés par le pôle,
- des indicateurs de suivi qui permettent une évaluation régulière de l'efficience,
- un pilotage associant soignants et gestionnaires dans les décisions qui permettent d'ajuster en permanence les moyens et les activités aux résultats, et la volonté de travailler ensemble, dans l'intérêt des patients et de leurs familles.



# Pôle de psychiatrie adulte 8/9

---

**Chef de pôle : Dr Fabrice DUVAL**

**Cadre de pôle : Fausto VENTURI**

**Directrice référente : Valentine de MEYRIGNAC**

---

## Préambule

La philosophie générale dans l'élaboration de ce projet a été avant tout de respecter :

- les orientations du projet territorial de santé mentale (PTSM) adopté par l'assemblée générale de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) du Haut-Rhin (du 21 janvier 2019),
- les thématiques du futur projet d'établissement 2021-2025, en tenant compte des missions de santé publique, du respect des droits du patient, du développement des soins dans la cité (par son volet psychiatrie « communautaire »), de la médecine basée sur les preuves (par son volet psychiatrie « scientifique ») et de la promotion des activités de recherche,
- les orientations développées au cours de ces dernières années par le pôle, comme l'amélioration de l'accès aux soins au sein de l'agglomération mulhousienne par la mise en place du CESAME (CEntre de SAnté MEntale) ; une meilleure articulation des prises en charge extra- et intra-hospitalières permettant de mieux structurer la continuité des soins en optimisant le parcours personnalisé de soins/santé/vie ; le développement de filières de prise en charge spécifiques notamment pour des patients présentant des schizophrénies, des dépressions pharmaco-résistantes ou un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH),
- les nécessaires mutations des pratiques intégrant les avancées des neurosciences et les exigences sociétales, conduisant à l'élaboration de projets innovants, tant pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients que pour améliorer l'efficacité et la satisfaction au travail des différents acteurs professionnels.

Il n'est pas inutile de rappeler que la psychiatrie que nous défendons se veut non dogmatique, humaniste, respectueuse de l'éthique et fait largement appel aux données récentes de la science au moyen d'évaluations cliniques et paracliniques, qui trouvent leurs intérêts 1) dans l'élaboration des diagnostics, 2) dans le choix et l'évaluation des projets thérapeutiques, 3) dans une meilleure compréhension de la physiopathologie des affections psychiatriques, concrétisée par de nouvelles approches thérapeutiques.

Le pôle 8/9, issu de la mutualisation en 2007 des secteurs 8 et 9 du Haut-Rhin, assure une mission générale, et a développé des missions spécifiques qui peuvent être considérées comme une offre de chance supplémentaire pour les patients. Ces spécificités concernent les domaines : neurobiologiques et psychopharmacologiques (par l'utilisation en routine de « biomarqueurs » issus d'explorations psychoneuroendocrinologiques) ; polysomnographiques (Unité d'Exploration du Rythme Veille/Sommeil) ; de la prise en charge de pathologies schizophréniques et dépressives résistantes (par le biais de 2 centres experts) ; de l'évaluation et traitement de patients TDAH (enfants - adolescents - adultes) par le biais de consultations spécialisées et d'un hôpital de jour. Enfin, des missions transversales sont assurées dans le champ de la psychiatrie sociale, prenant en compte les problèmes d'insertion des patients psychiatriques ainsi que les dimensions de la précarité.

Le pôle 8/9 accueille en outre, la plateforme Sud du centre ressources régional pour les auteurs de violences sexuelles (CRAVS Alsace) qui constitue un dispositif sanitaire d'intérêt général ayant pour mission l'appui technique des professionnels, la formation, la mise en place d'actions de prévention, de base documentaire, d'expertise, de promotion de la recherche et de prises en charge des AVS et non AVS.

Le pôle 8/9 est ainsi activement impliqué dans les différentes démarches de responsabilité sociétale et de développement durable (RSODD) et dans la promotion des axes du comité de co-responsabilité (CORES) :

- **en permettant un meilleur accès aux soins par l'ouverture** depuis Septembre 2018 **du CESAME** - en collaboration avec le Pôle 6/7 - avec en corolaire une diminution des délais de consultations et de prises en charge et une meilleure orientation dans les parcours de soins des patients de l'agglomération mulhousienne (puisque le CESAME est interpôlaire),
- **en adaptant ses missions auprès de publics particuliers** (patients en situation de crise [via l'unité mobile d'évaluation et de soins, UMES] ; patients hospitalisés sans leur consentement ; patients hospitalisés pour des explorations du rythme veille-sommeil ; patients hospitalisés pour des explorations neurobiologiques en cas de dépression résistante [via le CEDRA] ; patients toxicomanes [via le CSAPA Alternative et les collaborations avec le Pôle 6/7] ; patients en situation de précarité [via l'EMPP du GHT12] ; agresseurs sexuels et auteurs de violences dites graves dès l'âge de 16 ans [via le CRAVS Alsace - plateforme Sud]),
- **en développant les compétences/connaissances** (via le développement professionnel continu [DPC] ; la participation au « NeuroPôle » de Strasbourg comme structure adossée et au réseau Neurex ; la poursuite des bilans et prises en charge des schizophrènes via le centre expert schizophrénie (antenne haut-rhinoise du centre expert schizophrénies de Fondamental du Bas-Rhin) ; la création, en Juillet 2018, du centre expert dépression résistante Alsace [CEDRA-68] en collaboration avec le CEDRA-67 impliquant les HUS [Pr Bertschy et Pr Vidailhet, via l'unité d'Electro-Convulsivo-Thérapie] et le CEMNIS [Dr Jack Foucher] ; l'implication active dans le réseau PharmacoPsy Alsace ; la poursuite des activités spécialisées dans le domaine des bilans (neuropsychologiques et oculomoteurs) et des prises en charge des TDAH [ainsi que la création d'une coordination nationale TDAH adultes en décembre 2018] ; des formations internes destinées aux équipes soignantes du pôle ; l'accueil d'internes de spécialité dans le cadre de leur formation au sein du pôle [en moyenne 2 par semestre] ; et via divers travaux de recherche ayant donné lieu à des communications et des publications nationales et internationales),
- **en promouvant l'éducation thérapeutique du patient** et les programmes d'apprentissage (via le bon usage du médicament ; les approches motivationnelles ; la psychoéducation de patients adultes TDAH via des séances en groupe dédiées ; l'intégration des proches dans la prise en charge [ESPAIR – pour les familles de schizophrènes –, groupes Barkley - pour les familles de TDAH]). De plus, depuis septembre 2018, il a été rattaché au centre expert schizophrénie une coordination Interpolaire de remédiation cognitive et d'éducation thérapeutique (IRCET) via la création d'un poste de neuropsychologue dédié,
- **en favorisant l'intégration du patient dans la cité par des actions de réhabilitation psychosociale** (tant à partir de l'intra-hospitalier [via l'unité d'évaluation et de réhabilitation], qu'en extra-hospitalier [dont le dispositif des baux glissants « DiBaGPsy »]) et par le développement du travail en réseau avec les partenaires sanitaires et médico-sociaux.

### Les axes forts de notre PROJET MÉDICAL consistent à

- poursuivre notre démarche de qualité et d'évaluation des soins, en promouvant une psychiatrie d'évaluation, se basant sur la clinique (au moyen d'échelles de quantification de symptômes et de l'utilisation de systèmes nosographiques internationaux DSM-5 ; CIM-10/11) et sur la paraclinique (neurobiologie, chronoendocrinologie, électro-encéphalographie diurne et nocturne, tests psychométriques, ...), et en utilisant des protocoles de soins validés et reconnus, impliquant tous les acteurs du soin, par le biais de formations spécifiques et de soutien auprès des équipes.
- diversifier et adapter notre offre de soins, en optimisant parcours personnalisé de soins, de santé et de vie du patient. L'accent est mis sur une psychiatrie de proximité, afin de favoriser l'accès aux soins et leur continuité et par le développement de consultations/évaluations/thérapeutiques de niveau 3 (de recours/spécialisées) faisant appel à des thérapeutiques innovantes (comme par exemple, la stimulation magnétique transcrânienne répétée [rTMS], la stimulation transcrânienne à courant direct [tDCS], diverses thérapeutiques de potentialisation dont l'administration d'eskétamine...).
- renforcer les relations avec les autres acteurs du système de santé, notamment avec les médecins généralistes (par le biais de formations continues, du CESAME...) et par des collaborations transversales interpôlaire (des GHT 12, 11 et 10) afin de favoriser les synergies, pouvant aller jusqu'à la mutualisation de moyens dans le domaine de la psychiatrie de l'âge avancé (projet avec les Pôles 2/3 et LTD).
- stimuler des actions de recherche afin de valoriser l'innovation dans la prise en charge thérapeutique des patients. Le partenariat avec le GHRMSA (officialisé depuis fin 2020), dans le cadre du GHT 12, permet de valoriser les recherches menées au sein de l'établissement via l'attribution de points MERRI.

Les objectifs de ce projet se déclinent en 3 axes, complémentaires et intriqués :

### **Axe 1- Optimiser le parcours personnalisé de soins, de santé et de vie du patient**

L'objectif est d'optimiser un parcours personnalisé de soins, de santé et de vie au moyen d'un dispositif de soins gradué et diversifié structurant l'offre de soins en fonction des problématiques. L'accent est mis sur une psychiatrie de proximité, afin de favoriser l'accès aux soins et leur continuité, pilier de la politique "ambulatoire" portée depuis plusieurs années par le Centre Hospitalier et notre pôle.

La mise en place de réseaux de prévention et de soins est une condition fondamentale pour une organisation adaptée du parcours de "santé mentale". En effet, celui-ci nécessite une coordination entre les diverses missions de psychiatrie de secteur avec celles des autres acteurs issus des domaines : sanitaire – et en particulier les médecins généralistes – social et médico-social.

La création du CESAME (en septembre 2018) a d'ores et déjà permis une meilleure réactivité face à la demande des soins des usagers de l'agglomération mulhousienne et une meilleure articulation avec la médecine générale (de ville) en diminuant considérablement les délais de consultation spécialisée (près d'un tiers des patients consultant au CESAME sont adressés par leur médecin généraliste). De plus, la disponibilité 24/24 h de l'équipe infirmière se traduit par une meilleure gestion des demandes des usagers (plus de 9000 appels téléphoniques en 2020) et par là même une meilleure orientation en termes d'adéquation de soins.

En complément de la psychiatrie polyvalente, un enjeu majeur dans l'amélioration la qualité des prises en charge est le développement de structures de niveau 3 de proximité. En effet, si l'organisation des soins psychiatriques par la sectorisation/polarisation permet d'assurer une prise en charge homogène et de qualité à l'échelle de la population, cette organisation s'accompagne d'un nivellement des soins : ils sont globalement bons, rarement excellents. Ainsi notre système de soins psychiatriques bénéficie à être augmenté de centres de références / experts / ressources / spécialisés à certaines pathologies. C'est dans ce contexte que nous avons créé le Centre Expert Schizophrénie, le CEDRA-68 et les consultations spécialisées pour patients TDAH.

#### **A. Le rôle essentiel du CMP**

- **Le CMP** a un rôle pivot dans l'accueil, la déstigmatisation de la pathologie mentale, l'organisation et la coordination du parcours de soins, et dans le maillage avec tous les acteurs et les partenaires du soin. Le Pôle 8/9 dispose de 4 CMPs (Rue de la Sinne, Quai d'Isly, Tival et Rouffach). En raison de la croissance constante de la file active ambulatoire (de près de 20% en 5 ans soit plus de 4 600 patients/an), nous sommes confrontés au problème récurrent de l'exiguïté des locaux de consultations du Quai d'Isly et du Rue de la Sinne du fait de la sur-occupation des bureaux. Ces dernières années, nous avons envisagé de regrouper ces deux CMPs sur un même lieu (incluant aussi l'hôpital de jour) mais ce projet n'a toujours pas abouti faute de structure adaptée.

- ▶ **Le regroupement sur un même lieu des 2 CMPs mulhousiens, et de l'hôpital de jour, permettrait de mutualiser les équipes extra-hospitalières, y compris les secrétariats, et de disposer de locaux plus vastes, et donc d'un plus grand nombre de bureaux de consultations (pour les médecins, psychologues, infirmiers, assistants sociaux, psychomotriciens). Un tel regroupement de moyens est une nécessité pour l'essor des prises en charge ambulatoires du Pôle 8/9 et permettra aussi au CRAVS Alsace plateforme Sud d'avoir des locaux dédiés.**

#### **B. Les alternatives à l'hospitalisation complète**

- **Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) du Quai d'Isly et du Tival**, complémentaires des CMP, permettent le développement de soins intégrés dans la cité, et d'activités (créatives, culturelles et corporelles) favorisant la réadaptation et la réinsertion des patients stabilisés.
- **L'hôpital de jour (HdJ) du Quai d'Isly** est, depuis la fermeture du pavillon 12 en avril 2015, le seul HdJ

à visée polyvalente du pôle. Outre ses missions dédiées, l'hôpital de jour permet d'accueillir des patients en situation de crise, évitant par la même des hospitalisations à temps plein. Nous avons également instauré la pratique d'accueils temporaires (en demi-journées/journées) de patients hospitalisés afin de les préparer à leur prise en charge à leur sortie, évitant ainsi des ruptures de parcours.

Ces dernières années un important travail sur le turnover des patients en HdJ a été effectué qui a permis une diversification des prises en charges, notamment pour des patients présentant des troubles thymiques, et une intensification de prises en charge (essentiellement pour des patients schizophrènes) par l'utilisation de techniques de remédiation cognitive (notamment grâce à la mise en place de l'IRCET).

En effet, outre les ateliers à visée d'autonomisation/de socialisation et ceux visant la créativité et la prise en charge corporelle thérapeutique, un axe essentiel que nous souhaitons développer ces prochaines années est l'intensification des programmes ciblant la neurocognition (RECOG [Remédiation Cognitive des patients souffrant de Schizophrénie ou d'un trouble associé], ToMRemed [Theory of Mind Remediation], Michael's game, groupes de cognition sociale, IPT [Integrated Psychological Treatment], MCT [Metacognitive Training], accompagnement PRESCO...), et des approches favorisant le rétablissement (empowerment ; cf. articulation avec le futur projet réhabilitation psycho-sociale du pôle).

### • L'hôpital de jour du pavillon 10/1 :

La file active est en constante augmentation ces quatre dernières années (quasiment 20% par an) et dont plus de la moitié est constituée par des patients présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ; l'autre moitié étant majoritairement constituée de patients déprimés pharmaco-résistants pris en charge en stimulation magnétique transcrânienne (rTMS).

On peut noter que depuis 2016 la file active du pavillon 10/1 a doublé alors que les moyens en personnel sont restés constants. Ce qui peut expliquer une certaine saturation de l'activité avec des délais de prise en charge qui vont s'accroissant.

À titre d'illustration, le nombre d'examens oculomoteurs via le dispositif d'eye-tracking (Eye-Brain) est également en augmentation, en moyenne de 15% par an (plus de 300 examens par an). Cette activité n'apparaissant pas dans le RIMP n'est par conséquent pas valorisée. D'autre part, la prise en charge en rTMS la file active est également en constante augmentation, en moyenne 20% par an (près de 1400 séances en 2019). Les indications de la rTMS incluent la dépression résistante (environ les  $\frac{3}{4}$  des patients), les hallucinations et les syndromes douloureux. La répartition entre la prise en charge de patients hospitalisés et de patients ambulatoires est équivalente (50% hospitalisation, 50% ambulatoire). On constate que 2/3 des patients pris en charge sont hors pôle ce qui démontre qu'il y a un réel service rendu à l'ensemble des patients du département.

On peut mentionner que la mise en place de l'activité rTMS l'a été par redéploiement de moyens et qu'aucun poste supplémentaire n'a été créé.

Considérant l'accroissement de la file active et la charge de travail, il est nécessaire de densifier l'équipe soignante pour faire face aux demandes des GHT12 et GHT11.

► Ainsi, la création d'un ETP infirmier au pavillon 10/1 permettra une organisation plus efficiente des bilans et prises en charge proposés.

### • Consolider et développer les prises en charge spécifiques au sein de structures dédiées :

- o Ceci est déjà effectué par **le centre expert schizophrénie, le CEDRA et les consultations spécialisées TDAH**. Ces consultations interpolaires, et les prises en charge qui en découlent, sont appelées à se développer dans ces prochaines années.
- o **Le CRAVS** (Centre ressources [régional] pour auteurs de violences sexuelles) - Alsace est à présent bien identifié sur le plan local, régional, national via la FFCRIAVS et aussi sur le plan international avec des projets de coopération avec la Belgique, le Canada, la Suisse et les USA...

**Deux nouveaux projets** sont formalisés suite à la réflexion menée de longue date sur les phénomènes de violence. Ces phénomènes de violence sont récurrents dans un contexte sociétal instable et ne cessent d'interroger la clinique en s'exprimant via différents canaux, dont le sexuel. La spécificité de notre travail s'appuie sur l'étude et l'analyse de la clinique des violences sexuelles mais aussi de son rapport à la violence dite non sexuelle. Cette approche n'est pas seulement clinique mais elle ambitionne d'identifier des facteurs spécifiques d'ordre individuel ou inhérent à une population (facteurs de risque, de protection et de désistance...).

Il est aussi question de l'élaboration de modèles pertinents ainsi que leurs déclinaisons sous forme de protocoles thérapeutiques, de prises en charge et de prévention.

Les deux projets formalisés devront s'inscrire dans le cadre de la mise en œuvre d'une filière violence régionale adossée à un CATTP spécifique caractérisé par des activités médiées. Pour y parvenir, il est question :

- d'un renforcement des moyens du CRAVS Alsace et l'extension de ses missions par la création d'une plateforme ressources pour auteurs de violences conjugales et/ou intra-familiales (Annexe 1).
- d'un développement de l'équipe du CRAVS au travers de la création d'une plateforme de référence clinique pour adolescents auteurs de violences sexuelles (Annexe 2).
- o Depuis plusieurs années, les « **points Écoute** » et les « points Re-Pairs » (Ressources - Ecoute - Prévention - Accompagnement - Intervention - Ruptures et Souffrances) s'intègrent dans cette perspective de prises en charge spécifiques. Néanmoins, les points Écoute, qui permettent l'accès aux soins aux personnes présentant une souffrance psychique ou des troubles psychiques mais dont la demande de soins est absente ou en tous cas non encore verbalisée, sont régulièrement questionnés tant sur le bien-fondé de leur existence en tant que dispositif travaillant dans le cadre de la précarité en intervenant en cœur même des quartiers défavorisés que dans les lieux des permanences (structures des partenaires) qu'ils pratiquent. Quoiqu'il en soit ils permettent aussi la déstigmatisation de la psychiatrie auprès des populations dont l'accès à tous les soins est difficile mais également auprès de partenaires de terrain qui œuvrent dans de multiples domaines à travers les GAT (groupe d'appui technique) organisés par nos psychologues.
- o **L'équipe mobile précarité Haut-Rhin Sud** (en partenariat avec le pôle 6/7) permet la prise en compte de la souffrance psychique et de la maladie mentale liées à l'exclusion sociale avec une orientation, si besoin, des personnes vers le dispositif de droit commun.
- o **Le CSAPA Alter-Native** (Centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie en partenariat avec le pôle 6/7) a recentré ses missions sur les comorbidités psychiatriques et addictives.

### C. L'hospitalisation à temps complet : alternative aux soins dans la Cité

#### Projet de réorientation des missions polaires avec spécialisation.

Ce projet nécessite au sein de l'établissement une réorganisation globale, progressive, des missions de l'intra-hospitalier de chaque pôle, d'autant plus aisée que la collaboration inter-polaire au sein de l'établissement de Rouffach est un acquis précieux. L'idée clé est de recentrer les missions de l'intra-hospitalier sur la notion de soins « **à haute valeur ajoutée** » – en s'appuyant notamment sur des approches et des bilans paracliniques qui ne peuvent être réalisés qu'à l'hôpital. L'objectif est d'améliorer de façon significative l'adéquation des hospitalisations et l'efficacité des soins, tout en diminuant la durée de séjour.

Le pôle 8/9 est spécialisé dans le bilan et la prise en charge de patients dépressifs résistants via le CEDRA-68 dont le but est d'offrir « l'état de l'art » en matière de diagnostic, d'évaluation et de traitement des pathologies dépressives pharmaco-résistantes. Outre des consultations spécialisées, chaque sous-unité du **pavillon 22** (22/1 et 22/2) devrait officiellement dédier 5 lits (soit 10 lits au total) pour accueillir et bilanter ce type de patients dont les hospitalisations sont programmées. Il s'agit d'un axe fort du centre hospitalier puisque les approches paracliniques biologiques et psychologiques constituent, comme nous l'avons publié à de multiples reprises, des avancées notables dans la prise en charge des patients pharmaco-résistants. La mise en œuvre des approches biologiques (objectivant des marqueurs chronobiologiques [neuroendocriniens, polysomnographiques], voire neuroinflammatoires) permet d'adapter les choix thérapeutiques en fonction de la biologie du patient et non plus simplement de sa clinique. Les approches biologiques sont complémentaires des approches psychologiques/neuro-psychologiques.

Concernant les hospitalisations en général, l'organisation du pôle 8/9 fait que les patients qui se présentent spontanément (ou adressés par leurs médecins généralistes) pour être hospitalisés en unité ouverte sont peu nombreux (à ce titre le CESAME a un rôle de filtre efficace), néanmoins le **PAO (du pavillon 22/1)** est périodiquement sollicité pour se prononcer sur l'orientation de la prise en charge de patients. Cette question ne se pose pas pour les patients adressés en placement contraignants (qui ont généralement transité par les services d'urgence) qui sont eux accueillis dans l'unité d'admission du Pavillon 14. Une réflexion devra être menée au sein de l'établissement sur la pertinence d'un accueil au sein d'un PAO intermédiaire unique de patients non programmés, et notamment pendant la plage horaire 18:30h-8:30h et le week-end (ce qui aurait le mérite de centraliser ce type de demande avec l'attribution d'un personnel soignant dédié).

Les prises en charge des patients en soins sans consentement s'effectuent depuis janvier 2021 au sein du **pavillon 14**. Il est escompté – de par l'architecture des locaux, rénovés et spacieux (incluant une salle d'activité de 100 m<sup>2</sup>, une terrasse de plain-pied, un jardin...) et l'équipe soignante, motivée et formée – une amélioration de la qualité des prises en charges et un élargissement de l'offre de soins en favorisant les activités thérapeutiques et les actions de réhabilitation psychosociale. Cependant, une des particularités du Pôle 8/9 est de couvrir un bassin de population en situation sociale particulièrement précaire avec de nombreuses comorbidités antisociales et toxicomaniaques qui rendent les prises en charge plus complexes encore. Afin de favoriser le moindre recours aux isolements/contentions, outre la réactivité des médecins et des soignants dans la prise en charge des patients en phase critique, il a été créé un espace d'apaisement répondant aux recommandations de la HAS. Cet espace, mis à disposition des patients qui le souhaitent, a pour vocation de leur permettre de s'isoler et d'apaiser leur anxiété et leur agressivité et ainsi de prévenir leurs moments de violence. Dans cet espace, le patient est accompagné par du personnel soignant dédié afin d'avoir la disponibilité physique et psychique pour le patient.

Depuis plusieurs années nous facilitons **les hospitalisations de patients en soins sous contrainte dans des unités ouvertes** lorsque leur état clinique le permet. L'organisation réactive du Pôle 8/9 par le biais de briefings quotidiens de 9h00 à 10h00 – destinés à revoir les problèmes posés la nuit ou la veille, ainsi que les admissions, et qui associent tous les médecins des services intra-hospitaliers, les cadres, les psychologues et les assistantes sociales – permet de discuter et d'adapter au jour le jour les possibles mutations de tels patients au sein du pôle. On peut relever que le pôle 8/9 n'a dans l'ensemble qu'assez peu recours à des hospitalisations hors-Pôle sauf lorsque nos unités sont « saturées » par des patients hors-Pôle (en fonction des périodes nous accueillons de 5 à 15 patients hors-pôle/j).

La question du devenir du **pavillon 24/1** – s'intégrant à terme dans le « dispositif inter-polaire de soins en psychiatrie de l'âge avancé » (projet à finaliser à l'échelon de l'établissement) – reste posée car en l'état la vétusté des locaux nécessiterait un déménagement dans une unité rénovée. Nous avons initialement prévu la fermeture de cette unité et le regroupement des patients hospitalisés sur 2 unités (au 23/1 et au 9/1, avec redéploiement des moyens affectés par la fermeture de 9 lits d'hospitalisation) – la couverture de l'extra-hospitalier (notamment au sein des patients en EPADH rattachés à notre Pôle) restant du ressort du pôle.

In fine, il est prévu à terme que le pavillon 24 n'accueille plus de patients, ce qui posera la question des locaux de l'UAT du Pôle (qui pour l'heure sont au 24 RdC).

► **Projet de création d'une Unité inter-polaire d'hospitalisation pour patients présentant des Pathologies « Résistantes » (UPR) (Annexe 3).**

Certains patients, en très grande majorité psychotiques, présentent une symptomatologie persistante sévère ne répondant pas aux thérapeutiques usuelles. Du fait de l'impossibilité de contrôler de façon stable leur état clinique, ils sont hospitalisés quasiment sans discontinuer pendant plusieurs années. Il s'agit donc d'un problème crucial en santé mentale en raison de l'impact négatif en termes de nombre d'« années de vie perdues » et de souffrance engendrée pour ces patients.

Ainsi, il paraît important, dans le cadre d'une offre de soins inter-polaire élargie, de concentrer sur une unité spécifique l'expertise nécessaire à la réévaluation de projets thérapeutiques de patients dits « résistants », voire « ultra-résistants », afin d'optimiser les chances d'amélioration clinique permettant à terme la meilleure réinsertion sociale possible.

Dans ce contexte, la création de l'UPR s'articule, de façon complémentaire, avec la démarche de réhabilitation psychosociale dans laquelle s'est engagée l'établissement. On peut estimer que cette situation d'échec thérapeutique concerne en moyenne 6-7 patients hospitalisés au sein de chaque Pôle de l'établissement (soit 18 à 21 patients au total pour les pôles adultes).

La constitution d'une telle unité nécessitera la réaffectation de moyens en personnel (dont ceux issus des projets concernant les unités 24/1 et 7/8) et en locaux.

## Axe 2- Soutenir la réhabilitation psycho-sociale et l'insertion dans la cité

- **Poursuivre le partenariat effectif entre le pôle :**

- et les établissements médico-sociaux du territoire afin de mieux coordonner le parcours de santé
- et les SAVE, SAVS, SAMSAH afin d'améliorer la préparation de la sortie des patients (notamment en soins sans consentement), pour limiter les risques de rechutes précoces.

- **Développer les dispositifs visant à inscrire le patient dans une réhabilitation active.**

Ces dispositifs s'appuient actuellement au sein du Pôle sur deux volets : une structure intra-hospitalière avec lits dédiés (19 au pavillon 7/8 : unité d'évaluation et de réhabilitation) et des structures extra-hospitalières (intégration de dispositifs dans la cité).

En complément des dispositifs de baux glissants (DiBaGPsy sur Mulhouse) et des appartements associatifs, nous envisageons la création d'une **équipe mobile de réhabilitation psycho-sociale adossée à un appartement d'insertion dans la cité** (Annexe 4).

Ce dispositif psychiatrique de réhabilitation (dénommé « **Bien chez Soi** ») a comme objectif de permettre un accompagnement à la vie quotidienne, de travailler la réhabilitation, tout en associant des prises en charge spécifiques tant « in situ » (dans la structure d'hébergement « évaluative »), qu'en hôpital de jour ou CATTP (activités de remédiation cognitive ciblées, habiletés sociales, éducation thérapeutique...). Ce dispositif complètera efficacement l'offre de soins proposé par le Pôle 8/9 en s'articulant en amont des hospitalisations (en permettant d'éviter des admissions) et en aval (en permettant l'inscription dans un parcours de réhabilitation et en favorisant l'accès au logement). De par ses orientations, ce dispositif permettra de diminuer la durée d'hospitalisation.

Le dispositif « Bien chez soi » s'articule autour :

- ▶ **d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale (EMRPS)**, pluridisciplinaire, qui développera des actions de réhabilitation psychosociale visant à permettre au patient de retrouver une inclusion sociale à son domicile avec un accompagnement personnalisé favorisant son autonomie et le développement de compétences transférables à la vie quotidienne. L'intervention de l'EMRPS sera intensive, réactive et régulière. Elle sera quotidienne au sein de l'appartement « évaluatif » (y compris le week-end) et de plusieurs fois par semaine au sein du domicile des usagers (qu'ils aient transité ou non dans l'appartement « évaluatif »). L'intervention privilégiée se fera en binôme pluridisciplinaire.
- ▶ **d'une structure de type hébergement sanitaire (dit « évaluatif »)** qui fonctionnera sur le mode d'un appartement thérapeutique – défini comme une unité de soins à temps complet dépendant du pôle 8/9 –, avec une présence soignante la plus large possible en journée ; la durée de séjour y sera limitée (à 3 mois, éventuellement renouvelable). L'objectif est à la fois d'étoffer l'offre de soins en post-hospitalisation tout en étant une alternative à l'hospitalisation (lors de rechutes). Il est ainsi prévu que cette structure puisse accueillir 5 patients (4 places + 1 d'accueil temporaire afin d'éviter les réhospitalisations). Dans ce dernier cas, les patients déjà suivis (à leur domicile incluant ceux en « baux-glissants ») présentant une phase de décompensation, mais dont l'état clinique permet une prise en charge en ambulatoire (en milieu protégé afin d'éviter une rupture du parcours de vie et une désocialisation), pourront être accueillis temporairement dans la structure sanitaire (l'appartement « évaluatif ») et ne perdront pas leur logement autonome (car s'acquittant du loyer de leur logement).

Ce projet s'inscrit pleinement dans le projet territorial de santé mentale (PTSM validé par l'ARS en décembre 2019), axe « Diminution du recours à l'hospitalisation » fiche n°8, qui a permis à la communauté psychiatrie de territoire (CPT), la mise en place du centre ressources en réhabilitation psychosociale (CRRP). L'équipe mobile de réhabilitation psychosociale incluse dans le dispositif psychiatrique de réhabilitation « Bien chez soi » entend mener des actions collaboratives et partenariales avec le CRRP.

Dans le cadre de la structuration régionale des soins de réhabilitation psycho-sociale (RPS) dans le Grand Est – centre support Alsace (Strasbourg), il est prévu d'adosser au centre expert schizophrénie un centre de proximité (inter-polaire) dont les missions seront de coordonner les soins de réhabilitation proposés par les pôles de psychiatrie des GHT 11 et 12. Cette nouvelle structure sera développée avec le soutien du centre

support de la région et dans le cadre du PTSM, et dont le cahier de charge peut se résumer de la façon suivante :

- Compétences attendues : psychiatre, neuropsychologue, IDE, secrétaire, assistant social, psychologue clinicien
- Construction d'un projet personnalisé de soins de RPS (évaluation, synthèse, construction du projet personnalisé, réévaluation régulière)
- Mise en œuvre du projet de soins de RPS,
- La structure comporte impérativement :
  - Un programme de cognition « froide » (attention, mémoire, fonctions exécutives...)
  - Un programme de cognition « chaude » ou sociale (théorie de l'esprit, perception émotionnelle...)
  - Des entretiens motivationnels
  - Psychoéducation/ETP individuel + familles
  - Un outil d'entraînement aux habiletés sociales
- Coordination avec les équipes médico-sociales et sociale
- **Favoriser la prise en charge des jeunes patients** qui entrent dans la schizophrénie en s'appuyant sur une structure fléchée incluant des soignants du pôle et du PPEA qui ont un intérêt dans ce type de prise en charge (la réflexion est en cours, le projet est à finaliser).
- **Favoriser la prise en charge des personnes âgées** (en EHPAD et hors EHPAD) en intensifiant les VADs (à partir de moyens dégagés par la création du dispositif interpolaire de soins en psychiatrie de l'âge avancé).
- Afin de répondre à un réel besoin de **la prise en charge de patients présentant un syndrome de Korsakoff**, sur le territoire mulhousien, le Pôle 8/9 – associé au Pôle 6/7 et LTD ainsi qu'à la ville de Mulhouse et à l'association pour le logement des sans-abris (ALSA) – avait pour projet de créer une structure fermée d'accueil de type lieu de vie. Malgré un premier avis négatif des autorités de tutelle, ce projet, défendu par le conseil local de santé mentale (CLSM) de Mulhouse, pourrait être représenté car en pratique il n'existe aucune structure médico-sociale adaptée sur le département pour ce type de patient (trop jeunes car le plus souvent ayant moins de 60 ans, cognitivement très détériorés, et dépourvus d'autonomie), or régulièrement nous sommes confrontés à des hospitalisations longues en raison de l'absence de telles structures d'accueil.
- **Favoriser l'insertion par le travail.** Développement de la filière travail en coordination avec les CLSM comme l'insertion en milieu ordinaire par placement direct en entreprise ou en ESAT (Établissement ou Service d'Aide par le Travail).
- **Développement de l'insertion sociétale à travers la culture** (dans le cadre d'un partenariat hôpital-culture), le sport et les loisirs.

### Axe 3- Promouvoir l'innovation, la recherche et l'évaluation

Le pôle 8/9 est activement impliqué dans la recherche, support de prises en charge thérapeutiques innovantes.

- **La formation des équipes :** un prérequis en psychiatrie. La diversité des missions intra- et extra-hospitalières nécessite des équipes de mieux en mieux formées en fonction de leur type d'activité, et c'est là tout l'intérêt d'une politique d'établissement du développement professionnel continu (DPC). Le pôle 8/9 est porteur de diverses actions de DPC (programmes, journées scientifiques, publications de travaux de recherche...). Le DPC via les analyses des pratiques professionnelles peut également être le socle de programmes de recherche.
- **Améliorer la qualité et la sécurité des soins :** notamment par des formations cliniques, paracliniques et thérapeutiques pour les professionnels du Pôle, par le bon usage du médicament via



le COMEDIMS et le réseau PharmacPsy – dont le but est de structurer un réseau régional de conseil et d'aide à la prescription des traitements psychotropes destinés aux psychiatres (hospitaliers et libéraux) et aux généralistes, et dont le Pôle 8/9 est un promoteur actif, en partenariat avec les HUS (Pr G. Bertschy) et l'EPSAN (Dr H. Javelot). De plus, des initiatives sont portées par les équipes soignantes du Pôle (comme celles sur diverses techniques de gestion de l'anxiété au pavillon 22 évitant le recours aux benzodiazépines, et l'accompagnement des patients en espace d'apaisement au pavillon 14...).

- **Favoriser la recherche en psychiatrie.** C'est tout l'enjeu de l'axe 7 du CORES que nous coordonnons. De fait, la recherche psychiatrique en France reste insuffisante en raison de nombreuses lacunes : manque de structures dédiées, pénurie de chercheurs, absence de données épidémiologiques fiables... Ces lacunes ont une cause bien identifiée : le manque cruel de financement. Mais on peut aussi mentionner une cause plus profonde : le peu d'intérêt des cliniciens à mener des recherches par absence de formation et/ou de temps dédié. Or la recherche, et notamment la recherche clinique appliquée, n'est pas un luxe mais une nécessité en psychiatrie, puisqu'« une discipline médicale qui ne fait pas de recherche est une discipline appelée à disparaître ».

Comme l'atteste les actions que nous menons depuis plusieurs années, la recherche n'est pas l'apanage de services hospitalo-universitaires, d'unités de recherche (de type CNRS ou INSERM) ou de fondations comme FondaMental. Néanmoins, le défaut de structures ad hoc (avec une maîtrise des processus nécessaires en terme administratif, législatif et méthodologique) impacte négativement la recherche en EPSM. À Rouffach, s'il existe une « tradition de recherche », notamment au Pôle 8/9, il apparaît que pour la pérenniser, celle-ci doit s'appuyer sur une organisation structurée à l'échelon de l'établissement.

Ce processus est en devenir par :

- la constitution d'un comité recherche (dont les principales missions sont d'inclure la recherche dans une logique d'établissement et de territoire, de promouvoir la recherche médicale et non médicale, de communiquer sur les innovations en santé et leurs applications).
- une convention avec l'unité de recherche clinique (URC) du GHRMSA – dans ce contexte, il serait souhaitable de créer une URC au CHR avec du personnel dédié (pour la gestion de protocoles intra et extra hospitalier).
- l'accès à la plateforme SIGAPS (Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques). Cette plateforme permet de recenser l'ensemble des publications scientifiques des professionnels de l'établissement, via le serveur PubMed. Cet accès, associé à la convention de l'URC du GHRMSA, permettra d'obtenir une valorisation « financière » des articles scientifiques publiés par des cliniciens-chercheurs du CHR, et sera susceptible d'autofinancer les recherches à venir.
- la création d'un comité d'éthique au sein de l'établissement. Néanmoins, la question du champ de compétences de ce comité doit être précisé (en adéquation avec la Loi Jardé). À titre d'exemple, un avis de ce comité serait nécessaire pour valider « éthiquement » la pratique des explorations paracliniques (p.ex. neuroendocrinologiques) effectués en soins courants dans l'établissement depuis 1982 (car sans cet avis les possibilités de futures publications à partir de ces données [rétrospectives/prospectives] seront impactées négativement ; les éditeurs étant de plus en plus stricts quant à l'éthique des études, un avis dûment répertorié du comité d'éthique est un prérequis à toute publication).

La question du temps de recherche alloué aux cliniciens-chercheurs du centre hospitalier est également incontournable : monter et écrire des protocoles, les déposer aux instances nationales/régionales en conformité avec les processus en vigueur, recueillir et analyser les données, écrire des articles prennent du temps (de réflexion, d'information, et de rédaction).

**Nous proposons que ce temps dédié à la recherche soit valorisé et officialisé d'un point de vue institutionnel sous forme d'une reconnaissance (d'activité d'intérêt général) au sein de l'établissement.**

Afin d'accroître la visibilité des activités et de favoriser le recrutement de participants à ces recherches, un onglet « recherche » pourrait être créé sur **la page d'accueil du site du centre hospitalier**. Cet onglet présenterait chaque protocole en cours (incluant un bref descriptif scientifique, le déroulement de la recherche, le déroulement pratique pour le patient, les bénéfices attendus). Sur chaque protocole/page, figureront les moyens de contact mail ou téléphonique. Il s'agira également d'un vecteur de communication pour les articles produits (en open-source), par un moyen plus direct que le site du CDI (celui-ci est difficile d'accès par les non-informés).

Parmi les thématiques développées au sein du pôle, on peut citer (de manière non exhaustive) :

- des études chronobiologiques dans les dépressions uni- et bipolaires afin de mettre en évidence des biomarqueurs physiopathologiques et de prédictivité de réponse thérapeutique (dans le cadre d'une « médecine personnalisée »)
- les dépressions pharmaco-résistantes (critères de prédictivité de réponse à des stratégies thérapeutiques)
- la rTMS, l'eskétagamine (marqueurs de prédictivité de réponse, mécanismes d'actions neurobiologiques)
- **les TDAH (marqueurs cliniques et thérapeutiques : oculomoteurs et neurocognitifs)**
- **les schizophrénie (via le Centre Expert Schizophrénie)**
- **des études sur la psychomotricité de patients psychotiques vs. thymiques (...).**

## Conclusion

Ce projet de pôle, qui s'inscrit dans les orientations du nouveau projet d'établissement, permettra de mieux structurer l'offre de soins en l'intégrant à celle du PTSM et en tenant compte des aspects qui font la spécificité de notre pôle. On peut faire le constat que l'évolution actuelle de la psychiatrie est soumise à une double contrainte : celle d'une maîtrise de ses coûts et celle d'une demande de soins accrue. Pour y faire face il est nécessaire, outre de mutualiser les moyens, de développer des missions spécifiques assurées par des équipes spécialisées, ceci devant être considéré comme une offre de chance supplémentaire pour les patients.

Ainsi, maintenir l'existant, en termes de moyens pour assurer sa mission générale, et développer son expertise au sein de missions spécifiques dans le cadre de collaborations interpôles, tel apparaît l'enjeu majeur du développement de l'activité, et de l'attractivité, de notre Pôle pour ces 5 prochaines années. Ces actions permettront l'évolution de l'offre de soins au profit d'une hospitalisation complète recentrée sur les soins actifs, du développement des alternatives à l'hospitalisation, d'une densification des actions de réhabilitation dans la cité et d'une diversification des prises en charges mises en œuvre en ambulatoire.

# Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

---

**Cheffe de pôle : Dr Chantal PACCALIN**

**Cadre de pôle : Sandra KAMINIARZ**

**Directeur référent : Christian UHRIG**

---

Le projet médical pour les 5 années à venir s'articule autour de 7 axes, qui s'entrecroisent et partagent une philosophie commune :

- tenir compte des données récentes des recherches en psychiatrie de l'enfant et des avancées sur le plan thérapeutique
- nous adapter aux nouvelles données épidémiologiques, aux nouvelles pathologies ainsi qu'aux évolutions sociétales et sociologiques
- renforcer la place des parents et mieux prendre en considération les difficultés familiales,
- poursuivre , adapter et enrichir notre travail de réseau.

## **A - Troubles du spectre autistique (TSA)**

**1) Étape diagnostique : Poursuivre l'évolution vers la pratique de bilans diagnostiques équivalents sur les 3 sites (Cernay, Mulhouse, Rouffach), notamment par une solidarité selon besoin pour compléter un bilan si un ou plusieurs outils ne sont pas disponibles sur l'un des 3 sites.**

Les pratiques du service correspondent à un niveau 2 d'expertise : équipe pluridisciplinaire formée au TSA. D'ores et déjà, les pratiques d'évaluation sont proches, toutes dans une logique de respect des recommandations de l'HAS.

Le déroulé du trajet diagnostique est :

- rencontre individuelle avec des professionnels et/ou groupe d'observation
- passation d'outils diagnostiques : ADI, ADOS, test de théorie de l'esprit...
- passation d'échelles de développement : psychomoteur, cognitif (QD, QI, BECS,...)
- bilans fonctionnels et sensoriels
- adressage à un neuro-pédiatre pour bilan somatique, diagnostique, étiologique et différentiel.

Au terme de cette démarche, l'annonce diagnostique est faite à l'enfant et aux parents, associée d'emblée à une proposition de projet de soins et à la mise en œuvre de démarches administratives permettant l'accès aux droits (ALD, MDPH...).

## 2) Développer les prises en charges existantes et accéder aux outils de soins plus contemporains :

Le démarrage d'une prise en charge thérapeutique se fait dès les premiers temps de l'évaluation. Puis, une fois les bilans réalisés, les diagnostics fonctionnels affinés, est mise en œuvre une prise en charge multidisciplinaire ciblée, articulée avec les partenaires non sanitaires, notamment l'Education Nationale, des professionnels libéraux et des structures médico-sociales, selon le besoin. Le contexte familial et les besoins des parents sont particulièrement pris en compte. La prise en charge est formalisée par un projet de soins partagés avec les parents et l'enfant (si cela est possible).

Cette prise en charge peut contenir :

- à destination des enfants: travail thérapeutique sur la communication, la socialisation et l'autonomie, travail réalisé en prise en charge individuelle et/ou groupale. Si l'enfant a atteint l'âge et un niveau de compréhension requis, il peut bénéficier d'éducation thérapeutique.
- à destination des parents: ils sont les premiers partenaires des soins; il faut donc les former aux particularités de leur enfant afin de pouvoir maintenir voire améliorer les acquis obtenus en séances; cette formation relève de la psychoéducation, de temps de co-thérapie, de visite à domicile....
- le travail de réseaux: il y a lieu de développer les partenariats avec l'Education Nationale pour favoriser le maintien en scolarité des enfants, mais aussi développer les relations avec les autres partenaires de la prise en charge (institutions médico-sociales, libéraux, ...).

Les outils d'évaluation diagnostique et fonctionnelle, les outils de soins, ainsi que ceux de l'éducation thérapeutique évoluent et se diversifient grandement ces dernières années. Il y a donc de **forts besoins de formations des professionnels** afin de proposer aux enfants et leurs parents les thérapeutiques les plus à jours ainsi qu'adaptées au plus près de leur besoins.

## 3) Développer les liens avec les établissements médico-sociaux, et soutenir leurs démarches d'évolution : places d'accueil, séjours de répit, systèmes de garde spécialisée

Pour favoriser la meilleure évolution possible de l'enfant, les prises en charge devraient être très précoces, dès l'émergence des premiers signes (18-24 mois). Cependant, le nombre de places d'accueil disponibles dans nos unités est limité par les difficultés auxquelles nous sommes confrontés pour relayer les PEC d'enfants plus âgés, ayant déjà progressé, vers le secteur médicosocial. La réalité est que ces structures sont elles-mêmes saturées, en manque de place d'accueil et actuellement dé-médicalisées.

La dé-médicalisation du secteur médico-social nous amène à maintenir les suivis médicaux des enfants même une fois accueillis en institution médico-sociale. Ils restent donc dans les files actives des CMP. Le développement avec des partenaires tels que les plateformes PCO-TND permettra peut-être de décharger les centres médico-psychologiques, au moins en partie, de la réalisation de tout ou partie des bilans diagnostiques, mais ces dispositifs sont déjà saturés dans le département.

La parcellisation des prises en charge que nous avons opérée depuis plusieurs années dans le secteur sanitaire est arrivée à ses limites en dessous desquelles les soins ne peuvent être efficaces. Par ailleurs, les temps que les enfants ne sont pas dans nos services, ils sont scolarisés à temps partiel, voire très partiel (seulement quelques heures par semaines pour les plus petits) et le reste du temps ils sont au domicile. Pour les parents, s'occuper au quotidien d'un enfant autiste est une tâche lourde, et ils peuvent s'y épuiser. Il est fréquent que les relations familiales se dégradent.

Ainsi nous appelons de nos vœux et soutiendront le cas échéant la création de places d'accueil, de places de séjour de répit au sein des établissements médico-sociaux, mais également le développement de systèmes de garde d'enfant spécialisés pour permettre aux parents mais aussi aux fratries de bénéficier de temps de repos.

### **B - Accompagnement et prise en charge des parents**

Les parents ont une place majeure dans la vie de leur enfant pour répondre à leur besoins de sécurité, aux besoins affectifs et aux besoins éducatifs. Lorsqu'un enfant présente un trouble neurodéveloppemental et/ou une souffrance psychique, ils doivent nécessairement s'adapter à ce trouble et accompagner leur enfant autrement qu'ils ne le feraient pour un enfant dit ordinaire.

L'accompagnement des parents est donc à la fois nécessaire pour accompagner leur propre souffrance d'avoir un enfant à développement atypique mais aussi pour les guider et leur reconnaître une place de partenaire dans la PEC.

Le pôle souhaite donc développer :

- le dialogue : poursuivre le développement de la présence des parents aux synthèses et discussions des projets de soins
- le transfert de compétences : développer la psychoéducation non seulement pour les enfants atteints de TSA ou TDAH, mais également pour d'autres pathologies. Dans le cadre du TSA, nous mettons en œuvre des techniques où ils sont fortement partie prenante: PACT, ABA, TEACCH, PECS, PODD...
- la « co-thérapie » : développer les pratiques de PEC à domicile, et parallèlement, impliquer les parents dans les PEC de leur enfant au sein de nos services (PEC dites conjointes)
- les soins à destination des parents et des membres de la famille : développer la pratique des techniques de thérapie familiale, notamment de type systémique, développer des lieux de parole pour les familles, incluant les fratries, et, selon besoin, la famille élargie.

Un cas particulier de ces collaborations est la prise en charge des enfants et adolescents présentant un **MÉSUSAGE DES ÉCRANS ET AUTRES RESEAUX SOCIAUX.**

Il s'agit là d'une épidémiologie et d'une clinique récentes. Les enfants peuvent présenter des tableaux cliniques parfois sévères de troubles du comportement confinants à des tableaux de dépendance, d'autisme ou de psychose, des troubles du sommeil, des troubles des apprentissages, des retards de développement et trouble de la socialisation pour les plus petits, ou encore des traumatismes psychiques par le visionnage d'images inadaptées à la maturité de l'enfant, ou par de la cyberdélinquance. Les enfants peuvent présenter une vulnérabilité psychique antérieure à l'usage des écrans, ou étaient en pleine santé. Les écrans viennent donc déstabiliser une situation fragile ou construire de toute pièce une pathologie.

Les réponses à apporter à ce type de problématique ne peuvent être que psychothérapeutiques. Les parents doivent être éclairés quant à la toxicité des écrans, formés à la fois à la gestion de la symptomatologie de leur enfant et aux comportements éducatifs à adopter pour extraire l'enfant de ce marasme et pérenniser l'amélioration. Mais ce mésusage des écrans cache parfois des dysfonctionnements familiaux nécessitant de la thérapie familiale, voire une évaluation sociale.

Il y a donc lieu de mettre en place des PEC adaptées, spécifiques, pour ces nouvelles pathologies, adressées tant aux enfants qu'aux parents.

## C - Protection de l'enfance - trouble de l'attachement - trauma complexe

Les professionnels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont concernés par les problématiques de protection de l'enfance à deux titres :

- le repérage de situation relevant de la protection de l'enfance, et en conséquence la mise en place des procédures de saisie des institutions protectrices, tout en assurant les soins
- la prise en charge d'enfants bénéficiant déjà d'une mesure de protection (mesure d'aide éducative ou enfant confié à l'ASE).

L'impact psychique et développemental des situations de maltraitance, qu'il s'agisse de maltraitance physique, sexuelle, psychique, de négligence ou d'avoir été témoin de violence est aujourd'hui documenté et reconnu. Ainsi le nombre d'enfants concernés est important et représente une part importante de notre public. Par ailleurs, le territoire du secteur 68 I 02 accueille un nombre certain d'établissement d'hébergement pour les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance.

La recherche permet au fur et à mesure des années d'affiner la clinique psychologique des enfants souffrant de maltraitance. Les théories les plus récentes et les plus porteuses sont les théories de l'attachement, les concepts de trauma complexe (apparition dans la CIM 11 à venir), et celles sur les conséquences psychiques chez les enfants témoins de violence conjugale. En conséquence, les outils de soins évoluent également, se diversifient et s'enrichissent. Parallèlement, les législations évoluent avec notamment de notables changements de paradigmes dans la loi de 2016. Plus récemment, c'est le code pénal des mineurs qui a été réformé.

Le PPEA souhaite participer de ces progrès scientifiques, cliniques, thérapeutiques et souhaite :

### - **développer les compétences diagnostiques des professionnels :**

- former les équipes aux théories de l'attachement (une sensibilisation a déjà été faite en interne) et aux concepts de trauma complexe afin d'améliorer le repérage et l'évaluation de ces enfants
- former les équipes aux évaluations parentales et familiales en termes psychologiques et psychiatriques (les évaluations sociales ressortent des secteurs de la protection de l'enfance)

### - **développer les compétences thérapeutiques :**

- former des professionnels aux techniques récentes en termes de prise en charge des enfants porteurs d'attachements inséculaires, ou de troubles de l'attachement, aux prises en charge des traumas simples et complexes, aux prises en charge des états limites de l'enfance et adolescence
- former des professionnels aux prises en charge systémiques afin de pouvoir travailler de façon plus riche avec les familles

### - **développer plus encore le travail de réseau :**

les situations relevant de la protection de l'enfance sont par nature complexes, mais cela se majore pour des raisons d'évolutions sociétales et sociologiques. De surcroît, les professionnels de la protection de l'enfance, observent, tout comme la pédopsychiatrie, une augmentation des sollicitations, et sont donc souvent débordés, ceci créant autant de tensions préjudiciables aux collaborations pourtant indispensables aux enfants.

Ainsi il est souhaitable de :

- renforcer les pratiques de réunions de synthèse à l'initiative du PPEA, que ce soit pour des suivis en ambulatoire ou dans le cadre d'une hospitalisation ; participer aux réunions de synthèse proposées par les services de protection de l'enfance
- travailler en interne les problématiques de secret professionnel-secret partagé
- renforcer les liens avec les professionnels de la CEA (unités territoriales, ASE), liens plus confus depuis des changements de fonctionnements dans les procédures d'évaluation en protection de l'enfance

(passage à un modèle territorialisé)

- voir pour la création d'une équipe mobile à destination spécifique des établissements d'hébergement des enfants confiés : les situations de crise survenant dans ces établissements conduisent souvent à des demandes d'hospitalisation en urgence, hospitalisation souvent non indispensables sur le plan psychique. Cette EM aurait pour mission de se rendre à petit délai (24-48 h) dans un établissement demandeur pour évaluer la situation d'un enfant/adolescent en tension, établir des liens si nécessaires avec les lieux de soins ou organiser l'hospitalisation s'il y a lieu, et faire un travail de formation de terrain autour de la compréhension des comportements de la jeune personne. (fiches 15 et 47 du PTSM )
  - participer ou proposer des formations aux professionnels des établissements autour de la clinique des enfants maltraités (fiche 15 du PTSM)
  - poursuivre la participation du PPEA aux commissions de l'ASE: commission adolescents difficiles, commission situations complexes, CESSEC
- **d'autres options sont envisageables, selon les effectifs médicaux disponibles :**
- développer les liens avec la Protection judiciaire de la Jeunesse: pour leur activité d'évaluation (déjà en place), pour un soutien dans le cadre des adolescents suivis
  - épauler la psychiatrie adulte dans ces interventions au quartier des mineurs à venir dans le futur établissement de Lutterbach, pour les jeunes de 13 à 16 ans

## D - Unité d'hospitalisation temps plein Ado'sphère (pour des éléments spécifiques ne figurant pas dans les autres chapitres)

1) Devant la fréquence des agressions à leur corps que réalisent les adolescents (scarifications, tentative de suicide, mise en danger, anorexie mentale, ...) : développer et diversifier les PEC par rapport à la dimension du corps et intérêt du **recrutement d'un temps de psychomotricien.ne.**

2) Développer les **médiations thérapeutiques**, dont les médiations culturelles.

3) Développer le **partenariat avec l'Éducation Nationale** notamment par la présence d'un mi-temps d'enseignant dans le service.

Ses missions souhaitées sont :

- soutien individuel aux jeunes hospitalisés longuement
- faire un lien avec les établissements scolaires d'origine,
- aider à la rescolarisation, si nécessaire
- animation de groupes, ateliers à thématiques directe ou indirecte avec le scolaire (ex. : atelier d'écriture)

4) Développer les **collaborations avec les partenaires extérieurs**, notamment l'Aide Sociale à l'Enfance ainsi que les établissements hébergeant les mineurs confiés

5) **Améliorer la prise en charge des mineurs hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte** (fiche 14 du PTSM)

Le transfert des mineurs hospitalisés en service de psychiatrie générale au plus tôt vers Ado'Sphère est une pratique est déjà bien ancrée par la priorisation de ces mineurs sur la liste d'attente. Pour autant, ce relais ne peut pas toujours se faire dans les 24 h.

Dans l'attente d'un transfert à Ado'Sphère, des professionnels de pédopsychiatrie se déplacent dans les unités d'hospitalisation « adultes » afin de donner des avis spécialisés. Selon la situation, des activités thérapeutiques

avec des professionnels d'Ado'Sphère sont proposées soit dans le service hébergeur, soit par des temps d'activité au sein d'Ado'Sphère. Pour autant, ces pratiques sont à développer.

Par ailleurs, quand l'hébergement en service de psychiatrie générale est lié à un manque de place à Ado'Sphère, et non à un tableau clinique imposant une structure fermée et/ou un temps en chambre d'isolement (auto ou hétéro-agressivité dangereuse), il conviendrait de réfléchir avec les services adultes à la possibilité d'un hébergement des mineurs en service ouvert.

## E- Parcours patient

Les enfants, plus peut-être que les patients adultes, bénéficient souvent d'accompagnements multiples. Les « systèmes » dans les quels ils sont inclus sont complexes. De là l'importance du dialogue, du partage d'information, et de l'articulation des projets des différents partenaires.

C'est ce que les pédopsychiatre qualifie de travail de réseaux, et qui, in fine, participe du parcours de soins. Sauf que pour l'enfant, il s'agit plus souvent d'un parcours de vie, dans le quel il faut insérer au mieux le parcours de soins, parcours de vie incluant le système familial, scolaire, éducatif, celui de la protection de l'enfance, les rééducations (troubles instrumentaux) et les soins (somatiques, psychiques).

Le PPEA a déjà une forte tradition de travail de réseaux. Mais nos pratiques peuvent encore être améliorées et surtout il y a lieu de s'adapter aux changements survenant dans les autres institutions, comme déjà signalé pour la protection de l'enfance. Par ailleurs, parents et institutions nous renvoient ce que savons être une de nos difficultés: les délais de prise en charge.

Parmi les sujets à traiter en priorité, il y a :

- **améliorer les pratiques dites « permanences d'accueil »** : le premier accueil ambulatoire en CMP est assuré par des soignants (infirmier.ère, éducateur.trice) avec un délais de quelques semaines. Cependant, suite à cette première évaluation, les délais de prise en charge peuvent être de plusieurs mois, avec pour certains enfants un risque de dégradation de leur situation. Une amélioration de cette première évaluation s'avère donc nécessaire afin de mieux mesurer l'état de l'enfant et les risques encourus par une mise en attente, dans l'idée d'établir des priorisations de prise en charge plus argumentées. Dans cette perspective, nos effectifs de professionnels actuels sont insuffisants, ne pouvant réduire ceux consacrés aux soins pour les détacher vers l'évaluation. Des demandes de moyens sont à envisager en saisissant toute opportunité.
- amélioration des relations avec les médecins traitants, pédiatres traitants: adressage d'une lettre de liaison dès le premier contact avec le service, comprenant la date de la prise de contact, les résultats de la première évaluation et le projet proposé à la famille. Ceci, en accord avec les parents et l'enfant s'il est en âge de comprendre
- poursuivre la pratique de lettres de liaison et rapport d'hospitalisation adressés au médecin traitant mais aussi au psychiatre traitant, au terme d'une hospitalisation temps plein ou de jour
- maintenir les liens forts déjà existant entre l'hospitalisation temps plein (Adosphère) avec les structures de PEC ambulatoires (secteurs de pédopsychiatrie) sur les deux GHT 11 et 12
- traiter les difficultés qui surviennent dans le cadre des couples séparés, et dont le deuxième parent n'est pas prévenu par le premier de la PEC de l'enfant dans le service alors que l'autorité parentale reste conjointe
- comme décrit dans les autres paragraphes : développer les réunions de synthèse avec les partenaires extérieurs afin de partager les informations nécessaires pour parfaire les projets de soins et les articuler avec les projets éducatifs, rééducatifs, scolaires, familiaux.



## F- Relais des prises en charge des adolescents devenant adultes

### 1- Relais vers un secteur de psychiatrie générale (fiche 16 du PTSM)

Seule une minorité des adolescents pris en charge dans le pôle nécessite encore un suivi une fois majeur. Mais cela témoigne alors de la gravité de la pathologie (schizophrénie, trouble bipolaire, état limite sévère, ...). Un relais de qualité est indispensable.

Dans la réalité, et malgré les efforts de part et d'autres, un certain nombre de patients sont « perdus de vue ». Il y a donc lieu de construire un processus de transition plus élaboré que les pratiques que nous avons déjà mises en place. Cette réflexion est déjà abordée dans un groupe de travail du PTSM, mais ne concerne que les patients bénéficiant le temps de leur minorité d'un accompagnement pluri-institutionnel : Aide Sociale à l'Enfance, MDPH et Psychiatrie de l'adolescent.

Un travail de réflexion doit donc être amorcé en collaboration avec l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale, concernant tous les profils de jeunes restant en nécessité de soins.

### 2- Adolescents atteints de schizophrénie

Plusieurs secteurs de psychiatrie générale ont des pratiques d'accompagnement concernant la schizophrénie débutante incluant bilans neurocognitifs, remédiations cognitives, réhabilitation.

Le nombre de patients encore mineurs concernés est modeste, ne permettant pas de développer avec la compétence requise ces pratiques au sein du pôle de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent.

Il convient donc de collaborer avec les services compétents pour leur adresser les patients, le cas échéant dès leurs 15-16 ans, tout en maintenant un lien avec le PPEA en raison de leurs caractéristiques et problématiques parfois bien adolescentes. Il s'agirait donc d'une prise en charge partagée entre psychiatrie générale et psychiatrie de l'adolescent, chacun amenant sa compétence spécifique et de façon coordonnée au bénéfice du patient et de sa famille.

Il conviendra de mieux organiser et formaliser ces collaborations.

## G- Nouveaux métiers

Les évolutions scientifiques de la pédopsychiatrie et les réalités de terrain nous amènent à souhaiter l'apparition de nouveaux métiers au sein de nos équipes.

Depuis peu, des neuropsychologues ont été intégrés dans les équipes de soins. Les bilans peuvent donc être bien plus précis, permettant une meilleure définition des besoins de soins ainsi que d'établir des diagnostics différentiels. Par ailleurs, ces professionnels assurent des séances de remédiation cognitive que ce soit en individuel ou en groupe, et participent à l'élaboration pluridisciplinaire des projets de soins.

Des temps d'**ergothérapeutes** seraient également nécessaires. Les troubles instrumentaux des enfants sont de mieux en mieux diagnostiqués et fréquents. Si les missions de la pédopsychiatrie ne couvrent pas la rééducation des troubles instrumentaux, il est cependant souhaitable de pouvoir mieux les dépister, ainsi que d'assurer des prises en charge rééducatives pour les enfants les plus invalidés sur le plan psychique. En effet, les professionnels non familiers avec les troubles psychiques peinent à prendre en charge notre public. Ainsi, une ergothérapeute au sein des équipes de pédopsychiatrie aurait une familiarité certaine avec notre public et serait également soutenue et guidée par les professionnels du soin psychiatrique pour faire face aux particularités des enfants.

## Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les **infirmiers.ères de pratiques avancées** seront les bienvenues dans nos rangs, vu la baisse des effectifs médicaux qui durera certainement encore une dizaine d'années. Le service a déjà développé des pratiques de délégation de tâche vers les professionnels du soin. Ainsi, le premier accueil des enfants et parents est assuré, sauf urgence, par des infirmiers-ères ou éducateurs-trices. Les infirmiers-ères de pratiques avancées auront également pour missions d'assurer des suivis au long cours de pathologies chroniques. Leur seront confiés la réalisation de bilans évolutifs, et si l'écart reste dans une certaine marge, d'assurer l'adaptation du projet de soins, et renouveler les ordonnances ne nécessitant pas de correction. Les médecins pourraient ainsi soulager leurs consultations de patients peu évolutifs pour se consacrer aux situations nouvelles ou celles se dégradant rapidement.

Pour l'heure la **pair-aidance** n'est pas développée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cependant, la question peut se poser, non dans sa forme professionnalisée apparue en psychiatrie générale, mais dans celle de rencontres ou d'un accompagnement bref, bénévole, par des adolescents, des jeunes adultes ou leurs parents. Cela pourraient concerner les adolescents type Asperger, des patients anorexiques ou encore ceux atteints de troubles anxieux marqués. La question d'une pair-aidance de parents par des parents est déjà résolue par les associations de familles de patient autiste ou schizophrène. Mais là encore, d'autres troubles seraient candidat : anorexie mentale, troubles anxieux sévère, phobie scolaire, hyperactivité, troubles du comportement

# Pôle médico-technique

---

**Cheffe de pôle : Dr Marie FIZEZAN, pharmacien**

**Cadre de pôle : Francine MURÉ**

**Directrice référente : Mély CHRAPA**

---

## Préambule

La politique générale du pôle médico-technique, déclinée à travers ce projet, vise à mobiliser l'ensemble des acteurs du pôle afin d'améliorer la qualité du service rendu au patient et s'intègre dans la démarche de co-responsabilité.

Le pôle Médico-technique est placé sous la responsabilité du Dr Marie FIZESAN pharmacien, de Mély CHRAPA, directrice déléguée ainsi que de Francine MURÉ cadre de pôle. Il assure des missions transversales et se place en support des unités de soins afin de contribuer à la qualité de la prise en charge du patient.

Les professionnels qualifiés qui le composent sont partagés entre les 7 services suivants :

- La pharmacie,
- L'équipe inter-établissement d'hygiène hospitalière (EIHH),
- Le plateau technique:
  - o qui regroupe les différentes spécialités médicales à orientations somatiques suivantes : cardiologie - gastroentérologie - neurologie - odontologie - ophtalmologie - pneumologie - podologie - radiologie.
  - o La gestion des prélèvements biologiques,
  - o le service de kinésithérapie,
  - o L'équipe des agents du service d'accompagnement (ASA),
  - o L'équipe des agents de service hospitalier (EEH et pool de remplacement)
- le service de diététique,
- les archives médicales,
- L'espace prévention santé publique (EPSP) et l'unité de coordination de Tabacologie (UCT),
- l'unité d'éducation thérapeutique.

### Objet du projet :

Le projet de pôle est un document pluriannuel à contenu médical et organisationnel, établi en cohérence avec le projet d'établissement. Il définit l'activité actuelle du pôle mais surtout les évolutions et les orientations à suivre pour les prochaines années, soulignant ainsi son implication dans une démarche d'amélioration de la qualité au travers de tous les projets menés et à venir.

Le pôle médico-technique a la particularité d'être composé de secteurs d'activité très hétéroclites cependant ce projet vise à tous nous rassembler autour de 3 grands axes principaux, chacun y apportant sa contribution et sa spécificité.

Ces axes sont les suivants :

- Conforter la position du pôle en tant que support des services de soins et renforcer les partenariats avec le réseau associatif et le médico-social. Chaque secteur propose des prestations qui s'inscrivent toutes dans les thématiques du projet d'établissement 2021-2025 :
  - o Apporter un appui au personnel soignant sur certaines tâches telles que la préparation des doses à administrer ou la gestion des armoires à pharmacie, permet aux équipes infirmières de se recentrer sur leurs missions de base et passer plus de temps auprès du patient.
  - o Maintenir et développer les compétences du plateau technique permet d'offrir au patient des soins somatiques adaptés et de qualité.
  - o Soutenir les équipes soignantes du terrain par les missions d'accompagnement de l'équipe ASA.

- o Soutenir et relayer la prévention du tabagisme et l'accompagnement au sevrage tabagique réalisés par les équipes soignantes auprès des patients et résidents, en intra et extra-hospitalier mais également proposer un accompagnement individuel au sevrage tabagique pour le personnel du centre hospitalier.
- o Apporter une expertise en hygiène
- o Renforcer les partenariats avec les associations et offrir un lieu dédié pour les patients et/ou professionnels grâce à l'espace prévention santé publique.
- Poursuivre notre démarche qualité pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse et mettre en œuvre les exigences réglementaires des différents secteurs.
  - o Que ce soit en poursuivant notre travail sur les différents circuits du médicament (intra-hospitalier, secteur médico-social, circuit interne à la pharmacie...) ou en développant une activité de conciliation médicamenteuse ciblée, notre objectif est de limiter à chaque étape le risque iatrogène.
  - o La conservation des archives de l'établissement est une exigence réglementaire et nous poursuivons un travail d'optimisation de cette gestion.
- Renforcer nos actions de formation, d'information.  
Formations à l'égard du personnel afin de promouvoir :
  - le « Bon usage du médicament »,
  - les « Bonnes pratiques » dans différents domaines de soins,
  - le sevrage des patients tabagiquesmais également information des patients notamment par le biais de l'éducation thérapeutique, de consultations et d'actions ciblées de prévention.

## **A. Le pôle médico-technique: des fonctions supports pour les services de soins**

### **1) La préparation des doses à administrer (formes orales sèches)**

Depuis 2009, la pharmacie assure la préparation des doses à administrer pour les formes orales sèches (comprimés, gélules) grâce à un automate par reconditionnement. Cette activité représente la production de plus de 720 000 sachets /an et assure la fiabilité des doses préparées avec un taux d'erreur extrêmement faible (0,0015% en 2020). Afin de pouvoir continuer à assurer cette prestation, l'achat d'un nouvel automate est prévu pour 2022. Nous souhaitons profiter de cette occasion pour revoir et sécuriser le processus complet de production des doses : depuis l'étape de déblisterisation jusqu'au contrôle final des sachets produits, en passant par la remise aux normes des locaux. Cette sécurisation implique une informatisation et une automatisation des étapes grâce à des équipements adaptés (logiciel de traçabilité pour déblisterisation, contrôleur optique...).

Ces évolutions devraient permettre une traçabilité et un enregistrement à tous les niveaux du processus, mais également un gain de temps grâce à l'automatisation des étapes de contrôle qui jusqu'à présent sont faites manuellement et visuellement.

Ce gain de temps espéré est essentiel pour nous permettre d'avoir les ressources en personnel suffisantes et développer les projets suivants notamment la conciliation médicamenteuse et le passage des préparateurs dans les unités de soins.

### **2) Passage régulier des préparateurs en pharmacie dans les unités de soins**

La gestion des armoires à pharmacie et des dotations dans les unités de soins incombe aujourd'hui principalement aux équipes infirmières. Nous souhaiterions développer un partenariat entre les préparateurs en pharmacie et les équipes soignantes en instaurant un passage régulier de ces derniers au sein des unités. Les préparateurs viendraient en appui, apporter une expertise quant à la gestion des stocks de médicaments. Ce partenariat aurait plusieurs objectifs :

- une mise à jour régulière du stock des armoires dans Cariatides pour obtenir une meilleure adéquation avec la réalité

- un gain de temps infirmier pour permettre aux soignants de se recentrer sur leurs missions premières au côté du patient.
- favoriser les relations entre les équipes soignantes et pharmaceutiques pour une meilleure compréhension des problématiques de chacun.

### 3) Un accès aux soins et examens somatiques

Grâce à son plateau technique, le pôle médico-technique permet un accès facilité aux examens et soins somatiques :

- gestion de matériel et équipement (ECG...),
- médecins vacataires intervenant sur le plateau et conventions avec les hôpitaux de la région (HCC pour la cardiologie, CH Guebwiller pour la radiologie, GHRMSA pour l'ophtalmologie...),

Nous avons pour projet de renouveler certains matériels (appareil radiologie dentiste) afin d'augmenter notre attractivité et permettre le recrutement d'un dentiste notamment.

- développement de l'utilisation du MEOPA (projet porté par le CLUD) grâce à des personnels du plateau technique formés afin qu'il puisse intervenir dans les unités pour réaliser les administrations.
- gestion du matériel et acheminement des prélèvements biologiques par l'aide laboratoire.

La polyvalence de l'équipe infirmière intervenant au niveau du plateau technique est un projet que nous souhaitons poursuivre afin d'assurer la fluidité de la prise en charge des patients.

Les agents du service d'accompagnement participent également activement aux missions du pôle et se retrouvent dans ces fonctions de support. Ils assurent notamment l'accompagnement des patients, des renforts ponctuels dans les unités ainsi que l'acheminement des prélèvements sanguins, médicaments ou petits matériels...

Le pôle médico-technique propose également des soins de kinésithérapie. Afin de développer cette offre, nous souhaiterions équiper le service « rééducation » du plateau technique avec 2 appareils TENS (1 pour la MAS et la Maison St Jacques et l'autre pour le CH et le Foyer). Cela permettrait de mettre en place la Neuro stimulation électrique transcutanée; technique non médicamenteuse et non effractive destinée à soulager les douleurs à l'aide d'un courant électrique de faible tension transmis par des électrodes placés sur la peau. Le TENS permet de traiter toutes les douleurs rhumatismales, tendineuses, articulaires, musculaires ...

Les diététiciennes du pôle assurent un soutien quotidien aux unités quant à la prise en charge nutritionnelle des patients et résidents. Un travail important a été mené depuis quelques années pour tracer cette prise en charge dans le dossier patient de Cariatides mais cette solution n'est pas optimale et nous souhaiterions aboutir à l'informatisation du service diététique grâce à un « logiciel carte repas » adapté. Ce projet faisait partie du plan d'action MEAH 2004, suite à cela un groupe de travail a été créé et a abouti à la rédaction du cahier des charges et au lancement d'un appel d'offres en 2013. Nous souhaiterions réactiver et finaliser ce projet.

L'unité de consultation tabacologique s'emploie à soutenir et relayer la prévention du tabagisme et l'accompagnement au sevrage tabagique réalisés par les équipes soignantes auprès des patients et résidents, en intra et extra-hospitalier. Elle propose également un accompagnement individuel au sevrage tabagique pour le personnel du centre hospitalier. Elle représente le centre hospitalier en tant que lieu de soins sans tabac et renforce le travail de réseau avec le RESPADD et l'ensemble du tissu associatif et médico-social local, ainsi que les mairies. Améliorer la traçabilité et l'accès aux informations sur le statut tabagique des patients, permettre une évaluation régulière et valoriser le droit de prescription infirmière des TNS via le dossier informatisé du patient sont les objectifs que nous poursuivons à travers l'UCT.

### 4) Une expertise en hygiène

L'équipe inter-établissements d'hygiène hospitalière s'emploie quotidiennement à mettre à disposition des services de soins, son expertise au travers de protocoles actualisés. Elle participe également au choix des produits en veillant à conserver une approche respectueuse de l'environnement et des conditions de travail des agents. Sur le terrain, des interventions dans les services sont régulièrement programmées dès lors que des situations à risques de transmissions sont détectées.

### 5) L'espace prévention santé publique (EPSP) : un lieu de support

L'espace prévention santé publique reste un lieu ouvert aux associations et aux activités/ateliers, selon un planning hebdomadaire diffusé dans les unités et services, le BIH. Lieu d'information, d'éducation et de

prévention de la santé, il devient par ce biais, un lieu à mutualiser, un lieu qui met ses locaux à disposition.  
Un lieu pour des réunions, des formations, de petites expositions, des groupes de travail.  
Un lieu de promotion des droits des patients, de temps d'écoute neutre, d'information.  
Un lieu d'expression pour les associations d'usagers.  
Un espace d'attente, de rencontre, d'information et de formation hors des unités pour tous les usagers (patients, résidents, familles, professionnels, associations...)  
Un espace labellisé lieu de santé et de promotion de la santé.

## **B. Une démarche qualité poussée pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse**

### **1) Sécurisation du circuit du médicament**

Avec l'appui du groupe processus « Prise en charge médicamenteuse du patient et du résident », un travail important a déjà été mené autour de ce thème notamment sur le circuit du médicament du secteur intrahospitalier. Des pièces dédiées à l'administration des médicaments ont été aménagées dans la quasi-totalité des services, une évaluation de la conformité du stockage des médicaments est réalisée régulièrement... Nous souhaitons poursuivre le travail mené pour sécuriser le stockage et l'administration des médicaments mais surtout l'étendre au secteur médico-social.  
Nous serons également amenés à travailler sur les activités et le circuit du médicament interne à la pharmacie en vue d'établir le dossier de demande de renouvellement d'autorisation de la PUI (2024) : réception et sérialisation des médicaments, dispensation, rétrocession...

### **2) Développement de la conciliation médicamenteuse**

La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins. Elle associe le patient et repose sur le partage d'information et la coordination pluri-professionnelle. Il s'agit d'un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. La conciliation favorise la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.  
Nous souhaitons développer cette activité en ciblant les patients ou les secteurs les plus à risque afin que cela reste réalisable en terme de moyens humains.  
En initiant la démarche de conciliation, nous contribuons ainsi à remplir les objectifs définis par le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQUES).

### **3) Prévention du risque infectieux**

Cette mission principalement assurée par l'équipe inter-établissement d'hygiène hospitalière se traduit par différentes actions :

- évaluer ponctuellement la mise en place des précautions complémentaires notamment au travers du programme d'audit de l'établissement,
- impliquer les référents hygiène (soignants et ASH) dans l'évaluation des pratiques,
- poursuivre la surveillance syndromique dans le cadre de la prévention du risque épidémique.

### **4) Poursuivre la démarche d'amélioration de la gestion des archives au sein de l'établissement**

Les objectifs sont les suivants:

- Détruire les dossiers patients, dans son intégralité DPP et DPI, selon la réglementation en vigueur et les critères d'échantillonnage définis,
- Collecter les dossiers patients en extra-hospitalier,
- Réfléchir à une homogénéisation des pratiques en matière de gestion des dossiers patients en extra-hospitalier,

- Poursuivre un projet d'uniformisation de la gestion des dossiers du résident,
- Réfléchir aux actions à mener pour tendre vers le zéro papier,
- Réfléchir à la mise en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) avec une collaboration archiviste-DPO,
- Créer un service d'archives administratives avec mise en place d'une procédure commune à tous les services administratifs ainsi que des outils de gestion (logiciel de gestion des archives, création de tableaux de gestion pour chaque service, versement ponctuel, élimination régulière et conforme à la réglementation).

## C. Des actions de formation, d'information et de recherche

### 1) Formations et informations à l'attention du personnel soignant et médical

Les professionnels du pôle médico-technique sont impliqués à plusieurs niveaux dans la transmission de connaissances à destination des personnels hospitaliers.

#### a. Bon usage des médicaments

Promouvoir le bon usage des médicaments est une des missions de base de la Pharmacie que nous souhaitons poursuivre et intensifier pour les prochaines années.

Ceci se fait par différents biais et voies de communication :

- le journal d'information pharmaceutique (JIP) : son but est de diffuser une information pharmaceutique ciblée à tous les personnels soignants et médicaux,
- Cariatides: au niveau de chaque fiche produit, les pharmaciens peuvent paramétrer des informations sur le bon usage des médicaments,
- GED: de nombreux protocoles sont rédigés afin de sécuriser et d'encadrer l'utilisation des médicaments (médicaments à risques, formes buvables, injectables, antiseptiques....).

#### b. Hygiène hospitalière

L'équipe inter-établissement d'hygiène hospitalière s'engage dans la poursuite de ses actions de formation notamment les suivantes :

- formation antibiothérapie à destination des médecins,
- formation pour les soignants sur les actes à risques,
- amélioration des connaissances des ASH sur les précautions standard et surtout complémentaires.

#### c. Formation à certains actes techniques

L'équipe du plateau technique souhaite poursuivre ses actions de formations à destination des professionnels notamment sur l'utilisation des ECG. Dans le cadre du projet développé par le CLUD, des formations à l'utilisation du MEOPA pourront être dispensées également.

#### d. Unité de consultation tabagique (UCT)

L'unité de consultation tabagique s'implique quotidiennement dans la formation au sevrage des patients tabagiques :

- des futurs professionnels de santé lors de leurs stages au centre hospitalier, à l'IFSI,
- des professionnels médico et paramédicaux : journées des nouveaux arrivants, participation à la formation « Socle de connaissances : être IDE en santé mentale », journées de formation annuelles de tabacologie et d'addictologie, formations ponctuelles des agents dans les services de soins, présentation de la gamme des traitements nicotiques de substitution disponible au centre hospitalier.

Elle souhaite poursuivre et dynamiser les actions de prévention, de représentation et de consultation du comité de prévention du tabagisme :

- animation de la JMST, du Moi(s) sans tabac,
- représentation dans les unités de vie et de soins par le biais des référents-tabac, au CLAN, aux réunions de bureau de l'EPSP,

mais également promouvoir l'arrêt du tabac en santé mentale et participer de manière active au programme de recherche clinique TABAPSY en lien avec les pôles de psychiatrie adulte.

## 2) Information et éducation à la santé des patients

L'information et l'implication du patient dans la prise en charge de sa pathologie est un élément fondamental pour des soins de qualité. Notre objectif est proposer aux patients qui le souhaitent, d'acquérir des compétences qui vont leur permettre de mieux appréhender leur pathologie et leurs traitements. Le pôle médico-technique réaffirme à travers ce projet, sa volonté de poursuivre et développer des actions d'information et d'éducation thérapeutique.

Actuellement, 2 programmes d'éducation thérapeutique (ETAM et ETAPP) impliquent les professionnels du pôle de manière pluridisciplinaire : préparateurs en pharmacie, pharmaciens, diététiciennes, kinésithérapeute.

Des entretiens en groupe sont également proposés aux patients avant leur sortie d'hospitalisation afin de les aider à mieux comprendre leur traitement (Atelier médicament).

En parallèle, l'EIHH souhaite développer lors d'actions particulières l'information du patient et de son entourage sur la prévention du risque infectieux, dans la vie quotidienne et au sein du service de soins. L'accent serait mis sur les précautions complémentaires, l'hygiène corporelle, les infections sexuellement transmissibles et conduite à risques, l'entretien de l'environnement...

Ces entretiens devront pouvoir être tracés dans le dossier du patient afin de les inclure concrètement dans la prise en charge globale du patient mais également afin de valoriser cette activité.

L'UCT souhaite développer et structurer sa participation dans les programmes d'ETP existants et créer un programme spécifique sur le tabagisme en santé mentale.

L'espace prévention santé publique (EPSP) facilite la mise en place de toutes ces actions en mettant à disposition ses locaux ainsi que son personnel d'accueil. Des formations à venir sur l'éducation thérapeutique, permettront d'impliquer un plus grand nombre de professionnels et de poursuivre dans cette voie.

