



Projet d'Établissement

Centre Hospitalier Maurice **DESPINOY**

POLE RESSOURCES - DIRECTION GENERALE

BP 631 – 97 261 FORT DE FRANCE CEDEX

Tél. 05 96 48 89 98 www.ch-despinoy.fr

2019-2023

TABLE DES MATIERES

Partie A INTRODUCTION AU PROJET D'ETABLISSEMENT	12
1.1 Introduction	12
1.2 Objectif du projet d'Etablissement 2018-2022	12
Partie B : Le Projet d'Etablissement, un outil au service de transformations majeures	13
Partie C CONTEXTE D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023	14
1.1 La Martinique, une région vieillissante	14
1.2 Des territoires inégaux face au vieillissement	15
Partie D Principales activités du Centre Hospitalier Maurice Despinoy	19
1.1 L'hospitalisation complète adulte est organisée sur deux sites :	19
1.2 Structure Pédopsychiatrie : HDJ Autisme	19
Partie E PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT 2014-2018	21
Chapitre 1 BILAN DU PRECEDENT PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT 2014-2018	21
1.1 Redécoupage des pôles adultes en 2 pôles	21
1.2 LE CHMD ET LE CHUM	21
1.3 LES POPULATIONS SPECIFIQUES	22
Partie F donnees D'activité (2017)	23
Chapitre 1 Equipements	24
1.1 Temps complet et HDJ	24
1.2 Equipement ambulatoire en Psychiatrie Generale (PG)	26
Chapitre 2 Indicateurs d'activité	29
2.1 File active	29
2.2 Nombre de nouveaux patients	31
2.3 Taux de recours	32
Type de diagnostics	33
Modes de soins	34
2.4 MODE DE SOINS	35
2.5 Synthèse du temps complet : File active	38
En journées	38
Séjours thérapeutiques	41
Chapitre 3 Les priorités nationales et régionales pour la psychiatrie	50
Partie G les AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL 2019-2023	54
Chapitre 1 Axe stratégique 1 : Finaliser le regroupement de toute l'hospitalisation temps plein sur la cité hospitalière de Mangot-Vulcin	54
Chapitre 2 Axe stratégique 2 : Réorganiser la prise en charge ambulatoire en psychiatrie adulte	56
2.1 CMP axes d'amélioration	56
2.2 PREVENIR ET GERER LES SITUATIONS DE CRISES	57
2.3 MIEUX SOUTENIR ET TRAVAILLER AVEC LES AIDANTS ET LES FAMILLES	58
2.4 Diversifier l'offre de soins	58
2.5 Améliorer les articulations entre les Unites Fonctionnelles du pôle	58
2.6 Renforcer la continuité des soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte	59
2.7 Développer les soins somatiques en ambulatoire	59
2.8 Réhabilitation Psycho-sociale (RPS) :	61
2.9 Développer des appartements de transition sur les poles adultes et étendre les appartements thérapeutiques au pôle NAS	62

2.10	Améliorer l'efficacité des prises en charge en AFT avec le développement de ses indications	63
2.11	DEVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'Education TheraPeutique (eTP) A TOUTES LES ETAPES DU PARCOURS DE SOINS	64
Chapitre 3	Axe stratégique 3 : Créations de nouvelles équipes mobiles spécifiques.....	66
3.1	L'équipe mobile de P.P.A	66
3.2	L'Equipe Mobile de Soins Intensifs et de Réhabilitation psychosociale du pole centre (EMSIRP)	67
3.3	Equipe mobile psychose débutante du pole nas	68
Chapitre 4	Axe stratégique 4 : Les liens avec le CHUM	76
4.1	Conventionner la couverture somatique de Mangot Vulcin sur les temps de gardes.	76
4.2	Réouverture d'une unité post-urgence (type U72)	76
4.3	Remise en place de l'équipe de l'EMUP au SAMU	77
4.4	Réintroduction d'une équipe de pédopsychiatrie à le MFME	78
Chapitre 5	Axe stratégique 5 : le Projet de Pédopsychiatrie	81
5.1	PROJET DE PÉDOPSYCHIATRIE	81
5.2	LE DISPOSITIF DE SOIN EN PEDOPSYCHIATRIE ET LES ACTIONS À MENER	84
Chapitre 6	Axe stratégique 6 : Les populations spécifiques	99
6.1	Les personnes âgées	99
6.2	Jeunes adultes psychotiques (Cf. axe 3 Equipes mobiles PAGE 66)	101
6.3	Les détenus : Projet inter régional de création d'une UHSA adossée à une UMD	101
6.4	les malades difficiles	103
6.5	Les populations en situation de précarité	105
Chapitre 7	Axe stratégique 7 : Les projets transversaux.....	108
7.1	L'USIP	108
7.2	Les soins somatiques	112
7.3	DIM	113
7.4	La Pharmacie	118
Chapitre 8	Axe stratégique 8 : LA QUALITE.....	125
8.1	Conclusion projet médical 2019-2023 :	126
Partie H PROGRAMME QUALITE & GESTION DES RISQUES		127
Chapitre 1	ORGANISATION ET COMMUNICATION	127
1.1	NOUVELLE ORGANISATION DE LA QUALITE	127
1.2	LES AXES DU PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES	128
1.3	La culture qualité doit présider à la mise en œuvre de nos projets	129
1.4	Les EPP	131
Partie I LE PROJET DE SOINS 2019-2023		134
Chapitre 1	introduction.....	134
Chapitre 2	Cadre réglementaire.....	134
Chapitre 3	LA POLITIQUE.....	134
Chapitre 4	Les objectifs du Projet De soins	135
Chapitre 5	Les valeurs Partagées	135
Chapitre 6	La méthodologie	135
Chapitre 7	Les axes du Projet De Soins.....	136
7.1	Axe 1 : Prise en charge de la personne soignée tout au long de son parcours	136
7.2	Axe 2 : Organisation, qualité, sécurité des soins et gestion des risques liés aux soins	137
7.3	Axe 3 : Compétences et professionnalisation	138
7.4	Axe 4 : Recherche et Innovation	138

CONCLUSION	139
ONT PARTICIPE A LA REDACTION DU PROJET DE SOINS :	140
PILOTAGE : ARIANE FONSAT DIRECTEUR DE SOINS	140
AXE 1 : PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SOIGNEE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS	140
AXE 2 : ORGANISATION, QUALITE, SECURITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS	140
AXE 3 : COMPETENCES ET PROFESSIONNALISATION	140
AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION	140
Partie J LE PROJET SOCIAL, un Etablissement unitaire et coherent	141
Chapitre 1 Préambule	141
1.1 Rappel du cadre réglementaire	141
1.2 Un acte de management	142
Chapitre 2 Méthodologie	143
2.1 Une partie intégrante du projet d'établissement	143
2.2 Contexte	143
2.3 Les facteurs environnementaux	144
2.4 Les facteurs institutionnels	145
2.5 Les Orientations	145
Chapitre 3 Améliorer la communication interne	146
3.1 Améliorer le dialogue social	146
3.2 Organiser l'accueil des nouveaux arrivants	147
3.3 Renforcer l'information des agents	147
Chapitre 4 Rendre plus efficaces et pérenniser les parcours et le développement professionnels	148
4.1 Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier (<i>En lien avec le projet médical et le projet de soins</i>)	148
4.2 Valoriser les compétences et les potentiels	149
4.3 Déployer les dispositifs de formation (DPC, CPF) au service de la qualité et de la sécurité des soins	149
4.4 Affirmer la formation continue comme élément fort du dialogue social	149
4.5 Développer les possibilités d'évolution professionnelle et renforcer l'articulation formation/ GPMC/ mobilités	149
4.6 Sécuriser les parcours et accompagner les professionnels	150
4.7 Penser les parcours professionnels du personnel médical	150
4.8 Redonner du sens à la fonction managériale	151
Chapitre 5 Promouvoir la qualité de vie au travail et sécuriser la santé au travail	152
5.1 Promouvoir la qualité de vie au travail	152
5.2 Préserver la santé et la sécurité au travail et améliorer la prévention des risques professionnels	153
5.3 Promouvoir une politique de santé au travail pour le personnel médical	155
Chapitre 6 Affirmer la responsabilité sociale du CHMD	155
6.1 Veiller à l'accès aux droits aux prestations sociales pour l'ensemble des agents du CHMD	155
Partie K SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER 2019 – 2023	156
Préambule	156
Chapitre 1 Volet Hospitalisation	157
1.1 Site de la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin	157
1.2 Site de Balata	158

Chapitre 2	Volet extrahospitalier	159
2.1	Site PFL Lamentin	159
2.2	Site de MORNE MORISSOT - Fort de France	159
2.3	Site de LANBELI – Fort de France (Pôle PEDO)	159
2.4	Site de TRINITE	160
2.5	Site de Lassalle - Sainte-Marie	160
2.6	Site d’ACAJOU – Lamentin	160
2.7	Site de la Laugier Médecin – Rivière Salée	160
2.8	Site du François	160
2.9	Site du Marin	160
Chapitre 3	Travaux de maintenance	161
CONCLUSION		161
Partie L Projet Culturel		162
Chapitre 1	Orientations Projet d’Etablissement 2019-2023	162
1.1	Rappel du Contexte	162
1.2	Etat des Lieux & Diagnostic	162
Chapitre 2	Orientations stratégiques	164
2.1	AXE STRATEGIQUE N°1	164
2.2	AXE STRATEGIQUE N°2	164
2.3	AXE STRATEGIQUE N°3	164
Partie M Projet de COMMUNICATION		165
Chapitre 1	Rappel du Contexte	165
Chapitre 2	Etat des Lieux & Diagnostic	165
Chapitre 3	Orientations stratégiques	166
3.1	Axe Stratégique 1	166
3.2	Axe Stratégique 2	166
3.3	Axe Stratégique 3	166
3.4	Axe Stratégique 4	166
Chapitre 4	Déclinaisons opérationnelles & Plan d’actions prioritaires	166
4.1	Ce projet de communication se décline par des fiches Action qui répondent aux enjeux stratégiques validés, parfois en parfaite similitude :	166
Chapitre 5	Analyse & Perspectives	167
5.1	Les objectifs prioritaires de Communication doivent :	167
Partie N le SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D’INFORMATION 2019-2023		168
Chapitre 1	PRESENTATION DES BESOINS RECENSES	168
1.1	PARCOURS DU PATIENT	168
Chapitre 2	synthese DES PRINCIPAUX PROJETS	171
2.1	Grille de classement des projets	172
2.2	Cartographie Future des Applications	173
2.3	PLAN D’INVESTISSEMENTS	174
Partie O LE PROJET DE PSYCHOLOGIE		175
1.1	AXE STRATEGIQUE 1 : DEVELOPPER L’OFFRE DE SOINS DES PSYCHOLOGUES EN COHERENCE AVEC LE PROJET MEDICAL	175
1.2	AXE STRATEGIQUE 2 : APPORTER DES REPNSES MUTUELLES ET ADAPTEES AUX BESOINS DE L’ADMINISTRATION EN REPONSE AUX AXES DU PROJET DE LA DIRECTION	178

1.3	AXE STRATEGIQUE 3 : AMELIORER LES OUTILS (CIMAISE ET DPI) DU SYSTEME D'INFORMATIONS DE COMMUNICATION DU DIM VALORISANT LES ACTES DES PSYCHOLOGUES DU CHMD	179
1.4	AXE STRATEGIQUE 4 : DEVELOPPER LA COMMUNICATION DES MISSIONS ET DES ACTIONS DES PSYCHOLOGUES DU CHMD PARTICIPANT AU DEVELOPPEMENT DE LA SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE	180
Partie P CONCLUSION DU PROJET D'ETABLISSEMENT		181
remerciements		182
SIGLES –ABREVIATIONS-GLOSSAIRE		184
Partie A INTRODUCTION AU PROJET D'ETABLISSEMENT		12
1.1	Introduction	12
1.2	Objectif du projet d'Etablissement 2018-2022	12
Partie B : Le Projet d'Etablissement, un outil au service de transformations majeures		13
Partie C CONTEXTE D'ELABORATION DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2019-2023		14
1.1	La Martinique, une région vieillissante	14
1.2	Des territoires inégaux face au vieillissement	15
Partie D Principales activités du Centre Hospitalier Maurice Despinoy		19
1.1	L'hospitalisation complète adulte est organisée sur deux sites :	19
1.2	Structure Pédopsychiatrie : HDJ Autisme	19
Partie E PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT 2014-2018		21
Chapitre 1 BILAN DU PRECEDENT PROJET MEDICAL D'ETABLISSEMENT 2014-2018 21		
1.1	Redécoupage des pôles adultes en 2 pôles	21
1.1.1	Pôle Centre-Nord Caraïbe et Pôle Nord Atlantique/Sud	21
1.2	LE CHMD ET LE CHUM	21
1.3	LES POPULATIONS SPECIFIQUES	22
Partie F donnees D'activité (2017)		23
Chapitre 1 Equipements		24
1.1	Temps complet et HDJ	24
1.2	Equipement ambulatoire en Psychiatrie Generale (PG)	26
1.2.1	Equipements - Pôle infanto-juvénile	26
1.2.2	Prise en charge de la personne âgée	27
Chapitre 2 Indicateurs d'activité		29
2.1	File active	29
2.2	Nombre de nouveaux patients	31
2.3	Taux de recours	32
Type de diagnostics		33
Modes de soins		34
2.4	MODE DE SOINS	35
2.5	Synthèse du temps complet : File active	38
En journées		38
Séjours thérapeutiques		41
2.5.1	AFT	41
2.5.2	L'appartement thérapeutique de Cluny	42
2.5.3	Sectorisation	43
Patients hors secteur		44
2.5.4	Mode d'entrée	47
2.5.5	Taux d'hospitalisation	48

2.5.6	Synthèse	48
Chapitre 3	Les priorités nationales et régionales pour la psychiatrie	50
Partie G	les AXES STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL 2019-2023	54
Chapitre 1	Axe stratégique 1 : Finaliser le regroupement de toute l'hospitalisation temps plein sur la cité hospitalière de Mangot-Vulcin	54
Chapitre 2	Axe stratégique 2 : Réorganiser la prise en charge ambulatoire en psychiatrie adulte	56
2.1	CMP axes d'amélioration	56
2.2	PREVENIR ET GERER LES SITUATIONS DE CRISES	57
2.3	MIEUX SOUTENIR ET TRAVAILLER AVEC LES AIDANTS ET LES FAMILLES	58
2.4	Diversifier l'offre de soins	58
2.5	Améliorer les articulations entre les Unites Fonctionnelles du pole	58
2.6	Renforcer la continuité des soins entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte	59
2.7	Développer les soins somatiques en ambulatoire	59
2.8	Réhabilitation Psycho-sociale (RPS) :	61
2.9	Développer des appartements de transition sur les poles adultes et etendre les appartements thérapeutiques au pôle NAS	62
2.10	Améliorer l'efficacité des prises en charge en AFT avec le développement de ses indications	63
2.11	DEVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'Education TheraPeutique (eTP) A TOUTES LES ETAPES DU PARCOURS DE SOINS	64
Chapitre 3	Axe stratégique 3 : Créations de nouvelles équipes mobiles spécifiques	66
3.1	L'équipe mobile de P.P.A	66
3.2	L'Equipe Mobile de Soins Intensifs et de Réhabilitation psychosociale du pole centre (EMSIRP)	67
3.3	Equipe mobile psychose débutante du pole nas	68
Chapitre 4	Axe stratégique 4 : Les liens avec le CHUM	76
4.1	Conventionner la couverture somatique de Mangot Vulcin sur les temps de gardes.	76
4.2	Réouverture d'une unité post-urgence (type U72)	76
4.3	Remise en place de l'équipe de l'EMUP au SAMU	77
4.4	Réintroduction d'une équipe de pédopsychiatrie à le MFME	78
Chapitre 5	Axe stratégique 5 : le Projet de Pédopsychiatrie	81
5.1	PROJET DE PÉDOPSYCHIATRIE	81
5.1.1	ETAT DES LIEUX	81
5.1.2	LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES DU PÔLE PÉDOPSYCHIATRIE	82
5.1.3	LES OBJECTIFS MAJEURS DÉCLINÉS PAR LE PÔLE	82
5.2	LE DISPOSITIF DE SOIN EN PEDOPSYCHIATRIE ET LES ACTIONS À MENER	84
5.2.1	LA FILIERE AMBULATOIRE : CMP/CATTP	84
5.2.2	La filiere SPÉCIALISÉE POUR L'AUTISME	87
5.2.3	La filiere DÉDIÉE À LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS	90
Chapitre 6	Axe stratégique 6 : Les populations spécifiques	99
6.1	Les personnes âgées	99
6.2	Jeunes adultes psychotiques (Cf. axe 3 Equipes mobiles PAGE 66)	101
6.3	Les détenus : Projet inter régional de création d'une UHSA adossée à une UMD	101
6.4	les malades difficiles	103
6.5	Les populations en situation de précarité	105
Chapitre 7	Axe stratégique 7 : Les projets transversaux	108
7.1	L'USIP	108
7.2	Les soins somatiques	112
7.3	DIM	113
7.4	La Pharmacie	118
Chapitre 8	Axe stratégique 8 : LA QUALITE	125

8.1	Conclusion projet médical 2019-2023 : _____	126
Partie H PROGRAMME QUALITE & GESTION DES RISQUES _____		127
Chapitre 1	ORGANISATION ET COMMUNICATION	127
1.1	NOUVELLE ORGANISATION DE LA QUALITE _____	127
1.2	LES AXES DU PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES _____	128
1.3	La culture qualité doit présider à la mise en œuvre de nos projets _____	129
1.3.1	Axe Politique _____	129
1.4	Les EPP _____	131
Partie I LE PROJET DE SOINS 2019-2023 _____		134
Chapitre 1	introduction.....	134
Chapitre 2	Cadre réglementaire.....	134
Chapitre 3	LA POLITIQUE.....	134
Chapitre 4	Les objectifs du Projet De soins	135
Chapitre 5	Les valeurs Partagées	135
Chapitre 6	La méthodologie	135
Chapitre 7	Les axes du Projet De Soins.....	136
7.1	Axe 1 : Prise en charge de la personne soignée tout au long de son parcours _____	136
7.1.1	Objectifs : _____	136
7.1.2	Les fiches actions : _____	136
7.1.3	Finalités : _____	136
7.1.4	Les Indicateurs : _____	137
7.2	Axe 2 : Organisation, qualité, sécurité des soins et gestion des risques liés aux soins _____	137
7.2.1	Objectifs : _____	137
7.2.2	Les fiches actions : _____	137
7.2.3	Finalités : _____	137
7.2.4	Les Indicateurs : _____	137
7.3	Axe 3 : Compétences et professionnalisation _____	138
7.3.1	Objectifs : _____	138
7.3.2	Les fiches actions : _____	138
7.3.3	Finalités : _____	138
7.3.4	Les Indicateurs : _____	138
7.4	Axe 4 : Recherche et Innovation _____	138
7.4.1	Objectifs : _____	139
7.4.2	Les fiches actions : _____	139
7.4.3	Finalités : _____	139
7.4.4	Les Indicateurs : _____	139
CONCLUSION _____		139
ONT PARTICIPE A LA REDACTION DU PROJET DE SOINS : _____		140
PILOTAGE : ARIANE FONSAT DIRECTEUR DE SOINS.....		140
AXE 1 : PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SOIGNEE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS		140
AXE 2 : ORGANISATION, QUALITE, SECURITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS		140
AXE 3 : COMPETENCES ET PROFESSIONNALISATION		140
AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION		140
Partie J LE PROJET SOCIAL, un Etablissement unitaire et coherent _____		141

Chapitre 1	Préambule	141
1.1	Rappel du cadre réglementaire	141
1.2	Un acte de management	142
Chapitre 2	Méthodologie.....	143
2.1	Une partie intégrante du projet d'établissement	143
2.2	Contexte	143
2.3	Les facteurs environnementaux	144
2.4	Les facteurs institutionnels	145
2.5	Les Orientations	145
Chapitre 3	Améliorer la communication interne.....	146
3.1	Améliorer le dialogue social	146
3.1.1	Promouvoir un dialogue social renforcé et de qualité, avec les organisations syndicales et dans le cadre des instances	146
3.2	Organiser l'accueil des nouveaux arrivants	147
3.2.1	Organiser l'accueil et l'information des nouveaux arrivants	147
3.3	Renforcer l'information des agents	147
3.3.1	Rendre les informations accessibles	147
3.3.2	Favoriser une démarche participative	147
Chapitre 4	Rendre plus efficaces et pérenniser les parcours et le développement professionnels 148	
4.1	Repositionner les professionnels soignants sur leur cœur de métier (<i>En lien avec le projet médical et le projet de soins</i>)	148
4.2	Valoriser les compétences et les potentiels	149
4.3	Déployer les dispositifs de formation (DPC, CPF) au service de la qualité et de la sécurité des soins	149
4.4	Affirmer la formation continue comme élément fort du dialogue social	149
4.5	Développer les possibilités d'évolution professionnelle et renforcer l'articulation formation/ GPMC/ mobilités	149
4.6	Sécuriser les parcours et accompagner les professionnels	150
4.6.1	Garantir le maintien dans l'emploi	150
4.6.2	Mieux prendre en compte l'allongement des carrières et mettre en place une politique de gestion des âges	150
4.7	Penser les parcours professionnels du personnel médical	150
4.7.1	Travailler sur les parcours professionnels des praticiens	150
4.7.2	Promouvoir une politique managériale pour le personnel médical	150
4.7.3	Favoriser une attractivité durable pour le personnel médical	151
4.8	Redonner du sens à la fonction managériale	151
Chapitre 5	Promouvoir la qualité de vie au travail et sécuriser la santé au travail	152
5.1	Promouvoir la qualité de vie au travail	152
5.1.1	Promouvoir les démarches participatives engageant tous les acteurs de l'Institution	152
5.1.2	Optimiser les organisations	153
5.2	Préserver la santé et la sécurité au travail et améliorer la prévention des risques professionnels	153
5.2.1	Intégrer la problématique de la pénibilité dans la politique de gestion RH	154
5.2.2	Réduire la pénibilité au travail	154
5.2.3	Prévenir les risques psycho-sociaux	154
5.2.4	Accompagner l'évolution du service de santé au travail	155
5.3	Promouvoir une politique de santé au travail pour le personnel médical	155
5.3.1	Renforcer le suivi de la santé au travail des praticiens	155
Chapitre 6	Affirmer la responsabilité sociale du CHMD	155
6.1	Veiller à l'accès aux droits aux prestations sociales pour l'ensemble des agents du CHMD	155
Partie K	SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER 2019 – 2023	156
	Préambule	156
Chapitre 1	Volet Hospitalisation	157

1.1	Site de la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin	157
1.1.1	Travaux d'extension	157
1.1.2	Le schéma directeur immobilier se décompose comme suit :	157
1.1.3	Travaux de maintenance	158
1.2	Site de Balata	158
1.2.1	Réhabilitation de PINEL/CABANIS	158
1.2.2	Réhabilitation globale du site	158
Chapitre 2	Volet extrahospitalier	159
2.1	Site PFL Lamentin	159
2.2	Site de MORNE MORISSOT - Fort de France	159
2.3	Site de LANBELI – Fort de France (Pôle PEDO)	159
2.4	Site de TRINITE	160
2.5	Site de Lassalle - Sainte-Marie	160
2.6	Site d'ACAJOU – Lamentin	160
2.7	Site de la Laugier Médecin – Rivière Salée	160
2.8	Site du François	160
2.9	Site du Marin	160
Chapitre 3	Travaux de maintenance.....	161
CONCLUSION		161
Partie L Projet Culturel		162
Chapitre 1	Orientations Projet d'Etablissement 2019-2023.....	162
1.1	Rappel du Contexte	162
1.2	Etat des Lieux & Diagnostic	162
Chapitre 2	Orientations stratégiques.....	164
2.1	AXE STRATEGIQUE N°1	164
2.2	AXE STRATEGIQUE N°2	164
2.3	AXE STRATEGIQUE N°3	164
Partie M Projet de COMMUNICATION		165
Chapitre 1	Rappel du Contexte	165
Chapitre 2	Etat des Lieux & Diagnostic	165
Chapitre 3	Orientations stratégiques.....	166
3.1	Axe Stratégique 1	166
3.2	Axe Stratégique 2	166
3.3	Axe Stratégique 3	166
3.4	Axe Stratégique 4	166
Chapitre 4	Déclinaisons opérationnelles & Plan d'actions prioritaires	166
4.1	Ce projet de communication se décline par des fiches Action qui répondent aux enjeux stratégiques validés, parfois en parfaite similitude :	166
Chapitre 5	Analyse & Perspectives	167
5.1	Les objectifs prioritaires de Communication doivent :	167
Partie N le SCHEMA DIRECTEUR DU SYSTEME D'INFORMATION 2019-2023		168
Chapitre 1	PRESENTATION DES BESOINS RECENSES	168
1.1	PARCOURS DU PATIENT	168
1.1.1	RENFORCEMENT DU DPI	168
1.1.2	DEMATERIALISATION DE L'ARCHIVAGE DU DOSSIER PATIENT	168
1.1.3	MS-SANTE	169

1.1.4	GESTION DES MOYENS HUMAINS POUR AMELIORER LA MAITRISE SYSTEME D'INFORMATION, AUGMENTER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE PATIENT ET DIMINUER LES COUTS	169
1.1.5	LE PARCOURS AGENT (de son entrée à sa sortie)	169
1.1.6	GESTION DES AUTRES MOYENS ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES (financiers, techniques, économiques, qualité)	169
1.1.7	INFORMATIQUE SUPPORT	170
1.1.8	PASSAGE COMPLET A LA VOIX SOUS IP (VOIP)	170
1.1.9	SAV DU SERVICE INFORMATIQUE	170
1.1.10	SECURITE INFORMATIQUE	170
1.1.11	PLAN DE REPRISE D'ACTIVITE INFORMATIQUE – (PRAI)	170
Chapitre 2	synthese DES PRINCIPAUX PROJETS	171
2.1	Grille de classement des projets	172
2.2	Cartographie Future des Applications	173
2.3	PLAN D'INVESTISSEMENTS	174
Partie O	LE PROJET DE PSYCHOLOGIE	175
1.1	AXE STRATEGIQUE 1 : DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS DES PSYCHOLOGUES EN COHERENCE AVEC LE PROJET MEDICAL	175
1.1.1	Objectif opérationnel : Participer à la politique de prévention	175
1.1.2	Objectif opérationnel : Participer à la prise en charge précoce en santé mentale	177
1.1.3	Objectif opérationnel 1.3 : Promouvoir l'amélioration du parcours de soins du patient	177
1.1.4	Objectif opérationnel 1.4 : Renforcer les interventions et le repérage précoce auprès des adolescents dans le cadre de la prise en charge des addictions	177
1.2	AXE STRATEGIQUE 2 : APPORTER DES REPNSES MUTUELLES ET ADAPTEES AUX BESOINS DE L'ADMINISTRATION EN REPONSE AUX AXES DU PROJET DE LA DIRECTION	178
1.2.1	Object opérationnel 2.1 : Développer la coopération du Collège avec l'administration	178
1.2.2	Objectif opérationnel 2.2 : Développer la visibilité des psychologues au sein du CHMD	178
1.3	AXE STRATEGIQUE 3 : AMELIORER LES OUTILS (CIMAISE ET DPI) DU SYSTEME D'INFORMATIONS DE COMMUNICATION DU DIM VALORISANT LES ACTES DES PSYCHOLOGUES DU CHMD	179
1.3.1	Objectif OPERATIONNEL : Valoriser la cotation des activités des psychologues sur CIMAISE	179
1.3.2	Objectif opérationnel : Améliorer la qualité et la quantité des écrits des psychologues sur le DPI	180
1.3.3	Objectif op : Valoriser l'offre de soin des psychologues du CHMD sur CIMAISE et le DPI	180
1.4	AXE STRATEGIQUE 4 : DEVELOPPER LA COMMUNICATION DES MISSIONS ET DES ACTIONS DES PSYCHOLOGUES DU CHMD PARTICIPANT AU DEVELOPPEMENT DE LA SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE	180
1.4.1	Objectif opérationnel 4.1 : Développer la recherche	180
1.4.2	Objectif opérationnel 4.2 : Communiquer des écrits et des réflexions	180
Partie P	CONCLUSION DU PROJET D'ETABLISSEMENT	181
	remerciements	182
	SIGLES –ABREVIATIONS-GLOSSAIRE	184

1.1 INTRODUCTION

L'offre de soins du CHMD a connu des modifications importantes à partir du transfert des lits d'hospitalisation aigüe sur le site Mangot-vulcin fin 2012. Cette installation elle-même a constitué une transformation profonde en termes de pratiques et surtout de perception des prises en charge par les patients, leurs proches et le public en général. Comme l'ont souligné toutes les équipes, à Mangot VULCIN, les traitements ont diminué, les familles sont revenues, traduisant l'effet de dé stigmatisation de l'hospitalisation en psychiatrie.

Fin 2014, l'autorisation de 75 places de MAS a été partiellement mise en œuvre (50 places à Saint-Pierre, 18 places à Sainte –Anne). En juin 2015 l'autorisation de 60 places d'EHPAD a été partiellement mise en œuvre sur Balata (33 places). En 2016, a été mis en service l'Hôpital de Jour autorisé au Lamentin puis l'Hôpital de Jour de Perrinon à Fort de France. En 2017 ont été fermés les 12 lits d'Hospitalisation du site des Trois Ilets. Par rapport à 2014, la capacité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie générale a donc été réduite de 45 lits. L'unité d'hospitalisation pour adolescents (10 lits) a été ouverte en avril 2017.

1.2 OBJECTIF DU PROJET D'ETABLISSEMENT 2018-2022

Le CHMD veut élaborer son projet d'établissement 2019-2023 autour d'une ambition : « Démarrer la réalisation d'opérations structurantes pour adapter le CHMD à la Psychiatrie de demain » dans un contexte fortement contraint lié au COPERMO.

En tout état de cause ce sera le fruit d'un travail de préparation impliquant de nombreux professionnels ainsi que les représentants des personnels et des usagers, un plan d'action, visant à renforcer, dans un contexte de transformation du système de santé, les grandes missions de service public que porte le CHMD.

Permettre la réalisation du projet médical de manière à optimiser l'offre dans le territoire de santé, en cohérence avec les recommandations du COPERMO. Afin de garantir un équilibre médico-économique et financier d'ensemble au projet d'établissement, de s'assurer de son réalisme ainsi que de sa faisabilité financière.

Le projet médical 2019-2023 consolide l'existant et affirme le rôle de l'E.P.S.M. En tant qu'établissement spécialisé en psychiatrie répondant aux besoins d'une population. Il s'agit d'une offre médicale complète et graduée.

Les pôles sectoriels restent plus que jamais la base de l'organisation opérationnelle de la psychiatrie. Les projets de pôle favoriseront l'émergence de projets fédérant plusieurs structures internes au pôle ainsi que l'élaboration de projets conjoints à plusieurs pôles

Le travail participatif et de dynamique collective doit se poursuivre pour que chacun s'implique dans cette démarche, qui peut nécessiter des modifications dans les pratiques professionnelles et dans les comportements.

La mise en œuvre du projet d'établissement est la partie la plus sensible de la démarche, en raison de possibles blocages de la part du personnel.

PARTIE B : LE PROJET D'ETABLISSEMENT, UN OUTIL AU SERVICE DE TRANSFORMATIONS MAJEURES

Le transfert partiel des lits de psychiatrie générale vers la cité hospitalière de Mangot Vulcin a sans doute été la réalisation majeure du Centre Hospitalier de Colson sur la période du dernier SROS.

Le Centre Hospitalier Maurice DESPINOY a largement entamé la modernisation de son fonctionnement, depuis le déménagement sur le site de Mangot-Vulcin (janvier 2013) tout en posant des choix pertinents pour engager le redressement financier, l'ampleur du déficit constituant un handicap certain.

Les évolutions constatées sont le fruit d'un travail conjoint des chefs de Pôles cliniques et de l'équipe de Direction. La poursuite du redressement passe nécessairement par des investissements.

Le Projet d'établissement en cours arrive bientôt à échéance (2014 -2018). Au second semestre de l'année 2018, il conviendra de procéder à son évaluation et à élaborer puis adopter le Projet d'établissement 2019-2023 qui coïncidera avec la programmation du Schéma Directeur Immobilier du CHMD, sur la base d'un nouveau Projet Médical. Celui-ci devra permettre :

- La préparation des conditions de la diminution des lits et des équipes de soins en hospitalisation qui devront être compensées par une densification des pavillons actuels et par le renforcement et le développement d'équipes mobiles, pour améliorer l'efficacité des prises en charge ambulatoire (équipe de géronto-psychiatrie pour le lien avec les EHPAD, équipe de rue, soins intensifs dans le milieu...)
- La poursuite de la prise en charge hospitalière en filière avec :
 - Des pavillons spécialisés dans l'admission des patients en situation de crise.
 - Des pavillons de réhabilitation psychosociale pour les patients de notre File Active présentant des situations complexes soit au niveau de la clinique (rémision partielle, résistance au traitement) soit au niveau de situation de handicap (troubles cognitifs ou de l'autonomie) et nécessitant une prise en charge plus longue (chimiothérapie et traitement complexe, programme de remédiation cognitive, actions de réhabilitation psychosociale).
 - La révision de la filière urgences et le rétablissement des lits de post-urgence
- L'intensification de la démarche qualité, dans laquelle nous sommes résolument engagés, malgré nos locaux en inadéquation tant en matière de sécurité qu'en matière de standards de prise en charge.
- La poursuite, en extra hospitalier, de notre effort d'efficacité tout au long du parcours de soins des usagers à l'intérieur de notre filière et de notre offre ambulatoire en particulier : modernisation et mise aux normes de nos CMP, accès aux soins, lutte contre les ruptures de prise en charge, synergie entre les différentes structures, diversification et spécialisation de l'offre de soins.
- Le repérage des besoins encore non pris en compte sur le territoire afin d'organiser une réponse dynamique aux problématiques identifiées et non résolues.
- Enfin, engager la réflexion et de la concertation nécessaires à la rédaction et à la mise en œuvre d'un projet de psychiatrie unique sur la Martinique (Le projet Territorial de Santé Mentale PTSM), en collaboration avec la psychiatrie du CHUM et les opérateurs privés dans le cadre d'une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)

L'objectif est de veiller à ce que le projet d'établissement soit en conformité avec les orientations régionales et les préconisations nationales, en dépit des problématiques particulières du CHMD qui rappelons-le, couvre la majorité des besoins dans la discipline sur la région.

Le projet d'établissement 2014-2018 déclinait les orientations institutionnelles pour les cinq prochaines années et comportait deux nouveautés : un projet de psychologie et un projet culturel

LA POPULATION DESSERVIE PAR LE CHMD

L'étude présentée a été élaborée à partir des données de l'Insee et de l'Observatoire de la Santé de Martinique

En Martinique, 145 400 personnes seraient âgées de 60 ans et plus en 2030 (20,7 millions de personnes en France hexagonale). Le phénomène socio-économique majeur qu'est le vieillissement de la population est une conséquence de l'allongement tendanciel de l'espérance de vie et du passage aux âges avancés des générations nombreuses du baby-boom, nées entre 1946 et le début des années 70.

La silver économie constitue un enjeu économique d'avenir puisqu'au-delà des aspects démographiques (solde naturel, solde migratoire, retour des diplômés au pays), le poids de la consommation des 60-74 ans pourrait représenter un tiers de la consommation totale des ménages à l'horizon 2030. La silver économie peut constituer une opportunité, une source d'innovation et une promesse de croissance et d'emplois pour les années à venir.

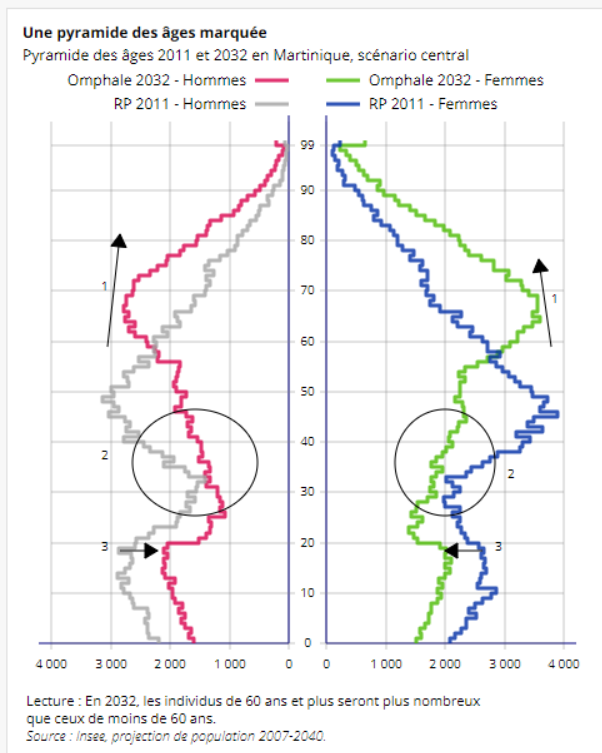
1.1 LA MARTINIQUE, UNE REGION VIEILLISSANTE

Le vieillissement s'intensifie et les Antilles se classent parmi les régions les plus âgées de France. En 2014, 92 180 personnes âgées de 60 ans et plus, résident en Martinique. Elles représentent 24,2 % de la population, proportion équivalente à celle observée en métropole (24,4 %) mais plus élevée qu'en Guadeloupe (21,9 %).

Le vieillissement de la population martiniquaise provient d'abord d'un déficit migratoire des jeunes, structurellement élevé en raison de la poursuite de leurs études. Une autre raison est le départ important de la population en âge de procréer, à la recherche d'un emploi. Ce déficit migratoire n'est pas comblé par un retour au pays.

Dans les années 2030, le vieillissement de la population sur l'ensemble du territoire national affecterait toutes les régions françaises. Néanmoins, l'impact selon les territoires devrait varier en fonction de la natalité et des migrations passées et futures. Depuis deux décennies, la recherche d'emploi a poussé les Martiniquais à quitter le territoire. Cette migration en continu, jumelée à la baisse de la natalité entraîne une baisse de la population (- 0,6 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2013) et une intensification du vieillissement. En 2032, la part des seniors devrait atteindre 39,6 %, contre 30,0 % au niveau national, positionnant la Martinique comme une des régions hébergeant proportionnellement le plus de personnes âgées.

Figure 1 – Une pyramide des âges marquée
 Pyramide des âges 2011 et 2032 en Martinique, scénario central



1.2 DES TERRITOIRES INEGAUX FACE AU VIEILLISSEMENT

La répartition des seniors sur le territoire est hétérogène. Le nord-atlantique concentre le plus fort taux d'individus de plus de 60 ans. D'une façon générale, le nord de l'île, plus que les autres zones, doit faire face au problème de vieillissement de la population et au dépeuplement. En 2012, seulement 11 % des Martiniquais y résidaient.

La Martinique abrite 30 maisons de retraites, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et logements-foyer. En 2014, le taux d'équipement en nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus en structures d'hébergement permanent, non Ehpad, était de 9,6 % en

Figure 2 – Une population vieillissante sur tout le territoire

Composition des ménages de 45 ans et plus par tranche d'âge (en %)

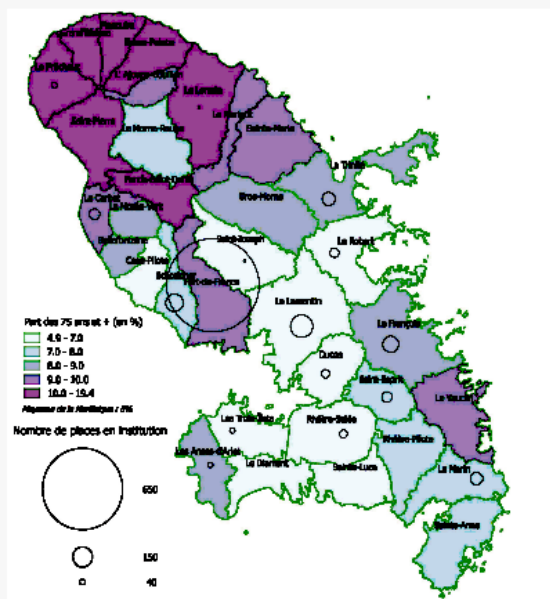
	Centre agglomération		Sud-Caraïbe		Sud		Centre-Atlantique		Nord-Caraïbe		Nord-Atlantique
	1999	2012	1999	2012	1999	2012	1999	2012	1999	2012	1999
0 à 44 ans	68,2	56,0	70,5	56,3	68,6	52,2	70,2	54,3	70,4	51,7	64,8
45 à 59 ans	16,3	22,1	15,6	23,6	14,8	23,8	14,4	23,6	14,2	23,3	14,8
60 à 74 ans	10,6	13,9	9,7	14,0	11,4	15,6	10,4	14,0	10,4	16,0	13,8
75 ans et plus	4,9	8,0	4,2	6,1	5,2	8,4	5,0	8,2	5,0	9,0	6,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Lecture : En 2015, 15,6 % de la population sont âgés de 60 à 74 ans dans la zone d'emploi « sud ».

Source : recensements de la population 1999 et 2012.

Martinique. Il atteignait 27,6 % en France hexagonale. En Ehpad, il n'atteint que 39,6 % en Martinique alors qu'il est de 95 % en France hexagonale.

Figure 3 - Une répartition des places en institutions très hétérogène - Population de 75 ans et plus (au 01.10.2015) et nombre de place installées par commune (en %)



Source : ARS et recensements population 2012.

Lits et places publics et privés installés au 01.01.2015 par secteur d'activité

Lits et places publics et privés installés au 31.12.2015 par secteur d'activité

Source : DREES, SAE

Disciplines de psychiatrie	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Hospitalisation à temps plein (lits)					
Secteur public					
Psychiatrie infanto-juvénile	1 631	19	5	0	14
Psychiatrie générale	33 908	595	218	285	92
Pénitentiaire	368	0	0	0	0
Secteur privé					
Psychiatrie infanto-juvénile	605	0	0	0	0
Psychiatrie générale	19 831	119	73	46	0
Hospitalisation partielle (places)					
Secteur public					
Psychiatrie infanto-juvénile	7 621	112	59	30	23
Psychiatrie générale	14 064	172	132	15	25
Pénitentiaire	265	8	8	0	0
Secteur privé					
Psychiatrie infanto-juvénile	1 853	0	0	0	0
Psychiatrie générale	4 950	15	0	15	0
Placement familial thérapeutique (places)					
Psychiatrie infanto-juvénile	777	12	6	1	5
Psychiatrie générale	2 823	98	12	86	0

(*) Guadeloupe yc Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Disciplines de psychiatrie	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Hospitalisation complète (lits) (1)					
Secteur public					
Psychiatrie infanto-juvénile	9	5	0	4	1 616
Psychiatrie générale	581	204	285	92	34 285
Pénitentiaire	0	0	0	0	394
Secteur privé					
Psychiatrie infanto-juvénile	0	0	0	0	610
Psychiatrie générale	119	73	46	0	19 845
Hospitalisation partielle (places)					
Secteur public					
Psychiatrie infanto-juvénile	119	59	30	30	7 524
Psychiatrie générale	152	117	15	20	14 201
Pénitentiaire	39	8	31	0	272
Secteur privé					
Psychiatrie infanto-juvénile	0	0	0	0	1 846
Psychiatrie générale	15	0	15	0	4 793
Placement familial thérapeutique (places)					
Psychiatrie infanto-juvénile	12	6	1	5	770
Psychiatrie générale	98	12	86	0	2 840

(1) Hospitalisation à temps plein

15 - La psychiatrie

Ensemble lits et places publics et privés installés au 01.01.2015 - taux d'équipement

Sources : DREES, données SAE 2014 déclarées par les établissements, base administrative; ARS

Disciplines de psychiatrie	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane	France métropolitaine
Psychiatrie infanto-juvénile					
Hospitalisation complète (lits) (1)	9	5	0	4	2 226
Hospitalisation partielle (places)	119	59	30	30	9 370
Placement familial thérapeutique (places)	12	6	1	5	770
Total	140	70	31	39	12 366
Psychiatrie générale					
Hospitalisation complète (lits) (1)	700	277	331	92	54 130
Hospitalisation partielle (places)	167	117	30	20	18 994
Placement familial thérapeutique (places)	98	12	86	0	2 840
Total	965	406	447	112	76 290
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus					
Lits d'hospitalisation complète (1)	nd	nd	0,0	0,0	0,2
Équipement global (lits et places)	nd	nd	0,4	0,4	0,9
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans					
Lits d'hospitalisation complète (1)	nd	nd	1,1	0,6	1,0
Équipement global (lits et places)	nd	nd	1,5	0,7	1,4

(1) Hospitalisation à temps plein

17

Sources : DREES, données SAE 2014 déclarées par les établissements, base administrative; ARS

1 - Démographie

Données générales

Sources : INSEE, recensement de la population, estimations de population, statistiques de l'état civil ; IGN

Données	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Superficie en km ²	543 963	86 339	1 705	1 100	83 534
Population au 1er janvier 2013 - Recensement de population	63 697 865	1 031 788	402 119	385 551	244 118
Population au 1er janvier 2015 - Estimation de population (1)	63 982 078	1 032 618	401 337	381 999	249 282
Densité au 1er janvier 2015 en habitants / km ²	118	12	235	347	3
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2013 (2)	82,8	nd	92,7	83,0	50,4
Naissances domiciliées 2013 définitives	779 883	15 674	5 071	4 128	6 475
Naissances domiciliées 2014 définitives	779 279	15 960	5 002	4 367	6 591
Décès domiciliés 2013 définitifs	556 410	6 620	2 951	2 902	767
Décès domiciliés 2014 définitifs	545 029	7 395	3 290	3 319	786

(1) Résultats provisoires arrêtés fin 2015

(2) Indicateurs sociaux départementaux - présentation du zonage en aires urbaines

Codes indiquant la catégorie de la commune au sein du découpage en aires urbaines : 111, 112, 120, 211, 212, 221, 222, 300, 400

(*) Guadeloupe yc Saint-Martin et Saint-Barthélemy pour la population totale, les naissances et les décès

Ensemble lits et places publics et privés installés au 31.12.2015 - taux d'équipement

Sources : DREES, SAE ; INSEE, estimations de population

Disciplines de psychiatrie	France métropolitaine	ANTILLES-GUYANE	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Psychiatrie infanto-juvénile					
Hospitalisation à temps plein (lits)	2 236	19	5	0	14
Hospitalisation partielle (places)	9 474	112	59	30	23
Placement familial thérapeutique (places)	777	12	6	1	5
Total	12 487	143	70	31	42
Psychiatrie générale					
Hospitalisation à temps plein (lits)	53 739	714	291	331	92
Hospitalisation partielle (places)	19 014	187	132	30	25
Placement familial thérapeutique (places)	2 823	98	12	86	0
Total	75 576	999	435	447	117
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus					
Lits d'hospitalisation complète	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
Équipement global (lits et places)	0,9	0,5	0,7	0,4	0,4
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans					
Lits d'hospitalisation complète	1,1	0,9	0,9	1,1	0,6
Équipement global (lits et places)	1,5	1,3	1,4	1,5	0,8

(*) Guadeloupe yc Saint-Martin et Saint-Barthélemy

PARTIE D PRINCIPALES ACTIVITES DU CENTRE HOSPITALIER MAURICE DESPINOY

L'Établissement Public de Santé Mentale de la Martinique est un établissement spécialisé où sont dispensés avec ou sans hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë de psychiatrie, ou des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, ou même une contrainte médico-légale.

L'EPSM Martinique exerce aujourd'hui ses missions, à partir d'une trentaine de sites d'hospitalisation complète ou partielle et extrahospitaliers qui couvrent tout le département. Il est organisé en pôles :

- **Pôle Nord Atlantique/Sud**
- **Pôle Centre/Nord Caraïbes**
- **Pôle Intersectoriel**
- **Pôle Pédopsychiatrie**
- **Pôle Médico-social**

Et deux Pôles administratifs :

- **Pôle Ressources (DG-DRH-DS)**
- **Pôles Finances (DAF-DITSEL-DCGSIO)**

1.1 L'HOSPITALISATION COMPLETE ADULTE EST ORGANISEE SUR DEUX SITES :

- Le site de Mangot Vulcin : **130 lits (115 lits de court séjour et 15 lits USIP) ;**
- Le Site de Balata : **97 lits (72 lits long séjour, 25 lits Géro-psycho-geriatrie).**

Un Dispositif d'Accueil Familial Thérapeutique (AFT) vient compléter l'hospitalisation :

- 37 familles soit 80 patients environ en AFT.

L'hospitalisation de pédopsychiatrie est organisée comme suit :

Une Unité d'hospitalisation de 10 lits (Pédopsychiatrie) à Mangot Vulcin :

- 5 hospitalisations complètes
- 5 accueils séquentiels

Une Equipe Mobile Hospitalisation Adolescents « EMHA »

Hospitalisation à temps partiel :

Structures Adultes :

- HDJ Trinité, Perrinon, Lamentin

1.2 STRUCTURE PEDOPSYCHIATRIE : HDJ AUTISME

Prise en charge ambulatoires :

1 filière ambulatoire PEDOPSYCHIATRIE 8 CMP/CATTP de proximité	1 filière ambulatoire ADULTES 7 CMP-CATTP et 1 antenne de CMP
1.SAINT-PIERRE	1. LAMENTIN
2.ACAJOU	1. RIVIERE-SALEE
3.ROBERT	2. (ANTENNE) MARIN
4.HIBISCUS(FDF)	3. TRINITE
5.RIVIERE-SALEE	4. FRANCOIS
6.MARIGOT	5. PERRINON
7.GLACIERE	6. MONTGERALD
8.FRANCOIS	7. SAINT-PIERRE

Autres structures de prise en charge :

- Une Equipe Mobile de Rue et d'Insertion (EMRI) qui intervient auprès des errants, et des individus en grande précarité sociale.
- GIR-HAD
- Centre ressources autisme (CRA) Martinique
- Centre de soins d'accompagnement de prévention en addictologie (CSAPA)
- Centre de soins pour adolescents (CSA)

Un pôle médico-social composé de :

Deux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) : 104places

- Surcouf à Saint-Pierre : **60 places**
- Bel Air au Morne-Vert : **44 places**

Une Maison d'Accueil Spécialisées (MAS) 75 places

Deux implantations :

- Saint-Pierre **50 places**
- Sainte-Anne **25 places**

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

- Balata (structure provisoire) **33places**
(Un projet neuf en cours d'instruction pour 2017/2018 - 60 places)

1.1 REDECOUPAGE DES POLES ADULTES EN 2 POLES

1.1.1 POLE CENTRE-NORD CARAÏBE ET POLE NORD ATLANTIQUE/SUD

- Réorganisation des filières de la Pédopsychiatrie regroupées en un seul pôle
- Filière CMP avec des regroupements d'UF
- Filière Autisme (CRA, HDJ et GIR HAD)
- Filière Adolescent (CSA, ELIA et le CSAPA)
- Filière hospitalisation (ouverture UHPSA, EMHA et AFT pédopsychiatrique)
- La réorganisation d'hospitalisation en filière courte et longue
- Création de l'USIP, du Court séjour et des SSP
- Fermeture de l'USP des 3 îlets
- Transformation d'un pavillon de long séjour pour personnes âgées en EHPAD (Kay Gran Moun)

La réorganisation de l'ambulatoire :

- Regroupement de CMP adultes du Pôle Sud : fermeture des CMP/CATTP de saint esprit et de rivière pilote
- Regroupement de CMP adultes du Pôle Centre: fermeture du CMP / CATTP de Saint Joseph
- Projet de suivi intensif dans le milieu (pole Centre-NC) non réalisé
- Développer l'ETP (projet non réalisé)
- Création des hôpitaux de jour du Lamentin (Pôle Sud) et de FDF (Pôle Centre)

1.2 LE CHMD ET LE CHUM

- Une situation conflictuelle qui a duré 3 ans
- Des difficultés dans le parcours patient
- Fermeture de l'U72, de l'EMUP, absence de dossier commun, problématiques sur les mesures de contrainte
- Articulation pédopsychiatrie et pédiatrie difficile
- Psychiatrie de liaison et secteur
- Suivi des patients en doublon (CDC et consultation post urgence)
- Absence de convention avec la MCO pour la couverture somatique pendant les gardes à Mangot Vulcin,
- Absence de couverture somatique pendant la garde pour les patients (Balata et Mangot Vulcin).

1.3 LES POPULATIONS SPECIFIQUES

- ✚ Les détenus (SMPR) : Transfert au CHUM de l'activité et hospitalisation des détenus à l'USIP
- ✚ Les personnes âgées : Articulation avec la gériatrie du CHUM (projet non réalisé)
- ✚ Equipe mobile de Géro-psycho-geriatrie (projet non réalisé) • Psychose débutante :
- ✚ Création d'une structure intersectorielle de PEC (projet non réalisé)
- ✚ La précarité et l'EMRI :
- ✚ Consolider les partenariats (ACISE, Addictologie et partenaires sociaux) • Renforcer l'équipe (3 binômes)
- ✚ Déploiement du Dossier Patient Informatisé (DPI) sur l'ensemble des UF du CHMD
- ✚ Les soins somatiques • Renforcement de l'équipe médicale et mise en place de l'examen somatiques des 24h
- ✚ Permanence des soins somatiques pendant la garde et sur BALATA • Pharmacie :
- ✚ Poursuite de la sécurisation du circuit du médicament
- ✚ Déploiement de Pharma sur l'intra et l'extrahospitalier (échec sur l'ambulatoire)

PREFACE

L'année 2017 a été riche en formation car elle a vu s'accomplir le déploiement du dossier patient informatisé (DPI) Cimaise sur la totalité des unités de soin du CHMD. Ce travail de formation a été préparé et réalisé entièrement par la petite équipe du DIM (1 médecin et 2 techniciennes) et aura aussi permis de renforcer l'informatisation des unités.

L'analyse des données 2017 du CHMD été réalisée à l'aide du Guide des indicateurs en psychiatrie édité par la MEAH (datant de 2008). La durée importante des séjours en psychiatrie rend l'analyse de ces données délicates pour ce qui est de la DMS et de la DMH. En effet, ces 2 indicateurs mesurent mal la complexité de la prise en charge en psychiatrie : la sévérité des signes cliniques, leur ancienneté, la résistance au traitement médicamenteux sont quelques-uns des facteurs non pris en compte pour faire ressortir la sévérité d'un séjour (contrairement à la MCO).

L'exhaustivité de notre file active est l'indicateur le plus fiable avec le nombre d'entretiens. Pour les séjours de temps complet et de temps partiel, leur création est faite directement par le bureau de l'hospitalisation les jours ouvrés avec des échanges permanents avec les services en cas de mouvements.

Si la saisie des actes a bien progressé au CHMD depuis 2012, et les pratiques désormais bien ancrées. Le passage au dossier patient informatisé devrait permettre de limiter les sur déclarations et d'uniformiser davantage les pratiques entre pôles en 2018.

1.1 TEMPS COMPLET ET HDJ

Sur le site de Mangot-Vulcin (MV), le CH Maurice Despinoy (CHMD) dispose de **5 unités de court et moyen séjour de 20 lits et de 2 unités de 15 lits** (1 unité de soins intensifs et 1 unité sur le Nord- Atlantique).

Sur le site de Balata dédiés aux malades chroniques il existe 3 unités de long séjour (SSP Sud et Centre et Gériatopsychiatrie) soit un total global de 235 lits d'hospitalisation en psychiatrie générale (cf. Tableau 1).

La pédopsychiatrie a ouvert en juillet 2017 : 5 lits d'hospitalisation séquentielle et 5 lits d'hospitalisation temps plein.

Tableau 1 : Répartition des lits d'hospitalisation par pôle et par site

	Pôle Nord	Pôle Centre	Pôle Sud	Pôle inter polaire	Pôle pédo-psy	Total lits
Site de MV : lits de moyen séjour	35	40	40		10	125
Site de MV : court séjour (USIP)		15				15
Site de Balata : long séjour		40	30	25		95
Total lits	35	95	70	25	10	235

Depuis 2014, le CHMD avait fermé chaque année au moins 1 UF du sanitaire en psychiatrie générale (PG) : le SMPR en 2014 (1 hôpital de jour et 1CMP/CATTP), les 33 lits de long séjour de l'unité Morel transformés en EHPAD en 2015 et la fermeture des 12 lits de l'USP des 3 Ilets en 2016. En 2017, il n'y a pas eu de fermeture de lits mais une ombre plane sur le service de Gériatopsychiatrie qui serait amené à disparaître pour être remplacé par une équipe mobile.

La quasi-totalité des lits de santé mentale de la Martinique étant regroupée sur le CHMD, il est à craindre que l'offre de soin en santé mentale ne permette plus de répondre aux besoins de la population. Déjà l'étude STATISS de 2010 montrait que la région Antilles-Guyane était deux fois moins dotée en lits de psychiatrie (publics et privés) que la métropole avec un **taux de 0.58 lits/1 000 habitants** contre 1,10 dans l'hexagone (0,74 en Martinique en 2010)

Il existe **3 unités de long séjour au CHMD toutes localisées sur le site de Balata, totalisant 95 lits**. Lors du COPERMO2017, il a été acté par les autorités de tutelle un transfert partiel de ces lits sur le site de MV (estimé à 70 lits environ) ce qui fragilisera encore l'offre de soin en psychiatrie générale. Ces unités dédiées aux personnes âgées ou chroniques permettent actuellement d'héberger des patients médico- légaux (environ une dizaine au SSP Centre) ou des patients pour lesquels aucune alternative à l'hospitalisation n'a pu être trouvée.

Une enquête transversale a été réalisée en juin 2016 dans toutes les UF temps plein du CHMD pour estimer le nombre de patients « bloqués » sur des lits de sanitaires faute de places disponibles dans le secteur médico-social. L'enquête montrait que **38 % des patients auraient dû être transférés sur d'autres structures une fois que leur état était stabilisé au CHMD.**

Environ 44 % des patients du temps complet avaient des séjours de plus de 1 an au CHMD pour des troubles principalement psychotiques et la moitié d'entre eux étaient en soins libres. Pour 1/3 d'entre eux le retour à domicile n'avait pas fonctionné et 1 autre tiers n'avait pas pu être orienté sur d'autres structures. Ces résultats sont cohérents avec le rapport de l'ARS de mai 2016 qui mettait en évidence **un déficit en lits dans le secteur de la santé mentale dans le secteur médico-social.**

Ce déficit explique aussi le recours à des structures alternatives à l'hospitalisation ayant des particularités locales :

- Les **AFT nombreuses** (97 pour la psychiatrie adulte et 2 pour la pédo-psy) en 2015 ont été redimensionnées (- 8 places sur les pôles Adultes en 2016)
- L'**appartement thérapeutique** n'offre en pratique que 8 places (au lieu des 12 agréées)
- Les appartements communautaires (champ médico-social)
- Les **hôpitaux de jour** (HDJ)
- Le **GIR HAD** en pédopsychiatrie

Tableau 2 : Répartition des places par structure alternative par pôle et par type de structure

	Pôle Nord	Pôle Centre	Pôle Sud	Pôle interpolaire	Pôle pédo-psy	Total
AFT	32	17	48		2	99
Appartement thérapeutique		8				8
GIR-HAD					10	10
HDJ	15	15	15		30	75
Total places	47	40	63	0	42	192

1.2 EQUIPEMENT AMBULATOIRE EN PSYCHIATRIE GENERALE (PG)

Il existe **8 CMP** sur lesquels sont adossés **7 CATTP** et **2 antennes de consultation** (Morne rouge ouvert 1 journée par semaine et Marin ouvert 4 jours par semaine). Depuis 2015, le CHMD a reconfiguré ses CMP en se basant sur la norme de 1 CMP pour 40 000 habitants.

Des restructurations ont ainsi eu lieu en 2014 et 2015 afin de diminuer le nombre de structures ambulatoires à 8 CMP. Ainsi le pôle Centre a fermé le CMP/CATTP de St Joseph dont la file active était modeste pour la redéployer sur le CMP/CATTP de Montgérald. Le pôle Sud a quant à lui fermé les CMP/CATTP de Rivière Pilote et du St Esprit pour les redéployer sur les CMP/CATTP de Rivière Salée et du François.

Tableau 3 : Répartition des unités de consultation par pôle pour la psychiatrie générale en 2017

	Pôle Nord	Pôle Centre	Pôle Sud	Pôle intersectoriel
population	66 507	114 954	122 231	
Secteur G02	CMP Trinité			
	CMP/CATTP Ste Marie			
CMP/CATTP St Pierre et cs au Morne Rouge				
Secteurs G01, G05, G06	CMP/CATTP Perrinon			
	CMP/CATTP Montgérald			
Secteurs G03 et G04	CMP/CATTP Lamentin CMP/CATTP Rivière Salée et Cs Marin CMP/CATTP François EMRI			

1.2.1 EQUIPEMENTS - POLE INFANTO-JUVENILE

En juillet 2017, le pôle de pédopsychiatrie a ouvert **10 lits d'hospitalisation temps plein** sur la cité hospitalière de Mangot-Vulcin. Pour le temps partiel, il existait toujours **40 places d'hôpital de jour** (20 pour les enfants et 20 pour les adolescents).

L'indice d'équipement rapporté à la population des moins de 17 ans montrait toujours un sous équipement pour l'équipement à temps plein et à temps partiel en Martinique par rapport au CH de Montéran qui disposait de 79 lits et places pour 100 000 habitants en 2012 (contre 53 pour 100 000 hab. en Martinique en 2017). Une fois de plus, le déficit régional peut peser sur la fréquence des recours au CHMD

Tableau 4 : Comparatif des équipements au CHMD avec la métropole et Basse-terre

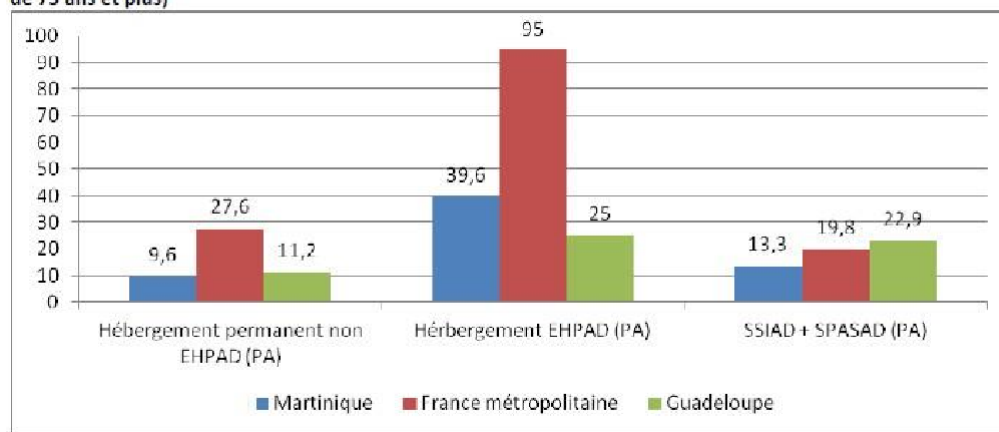
	CHMD	Basse Terre	France
	Indice/100 000 en 2017	Indice/100 000 en 2010	Indice/100 000 en 2008
population légale <17 ans	94 501	49 485	13 424 764
Hospitalisation complète			
Lits installés	10	5	11
AFT - nb de places autorisées	2	6	7
GIR-HAD- nb de places autorisés	10		
GIR-HAD- nb de places installées	10		2
CMP			
Nombre de CMP	9	8	
Hôpital de jour			
Nombre de places	40	31	54
nombre de CATTP	9	1	
Total des places	50	34	8684
Total des lits et places	40	39	10196
Indice global (lits et places)/100000	53	79	76
Indice partiel (lits/100000)	0	10	11

1.2.2 PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGÉE

L'offre régionale en matière de **prise en charge de personnes âgées est marquée par un taux d'équipement très inférieur à la moyenne nationale sur l'hébergement** (que ce soit en EHPAD ou non). L'application du taux d'équipement national sur la population régionale des 20 ans et plus nécessiterait l'ouverture de 254 places d'hébergement supplémentaires (hors ESAT).¹

Le CHS Maurice DESPINOY centralise à lui seul plus de 50 % des places de MAS (68 sur les 130 places au 1er janvier 2014) et plus de 73 % des places de FAM (98 sur les 134 places au 1er janvier 2014).

Figure 3 – Taux d'équipement en structure pour personnes âgées au 01/01/2014 (places pour 1000 habitants de 75 ans et plus)



Source : STATISS / Exploitation ARS-DPE

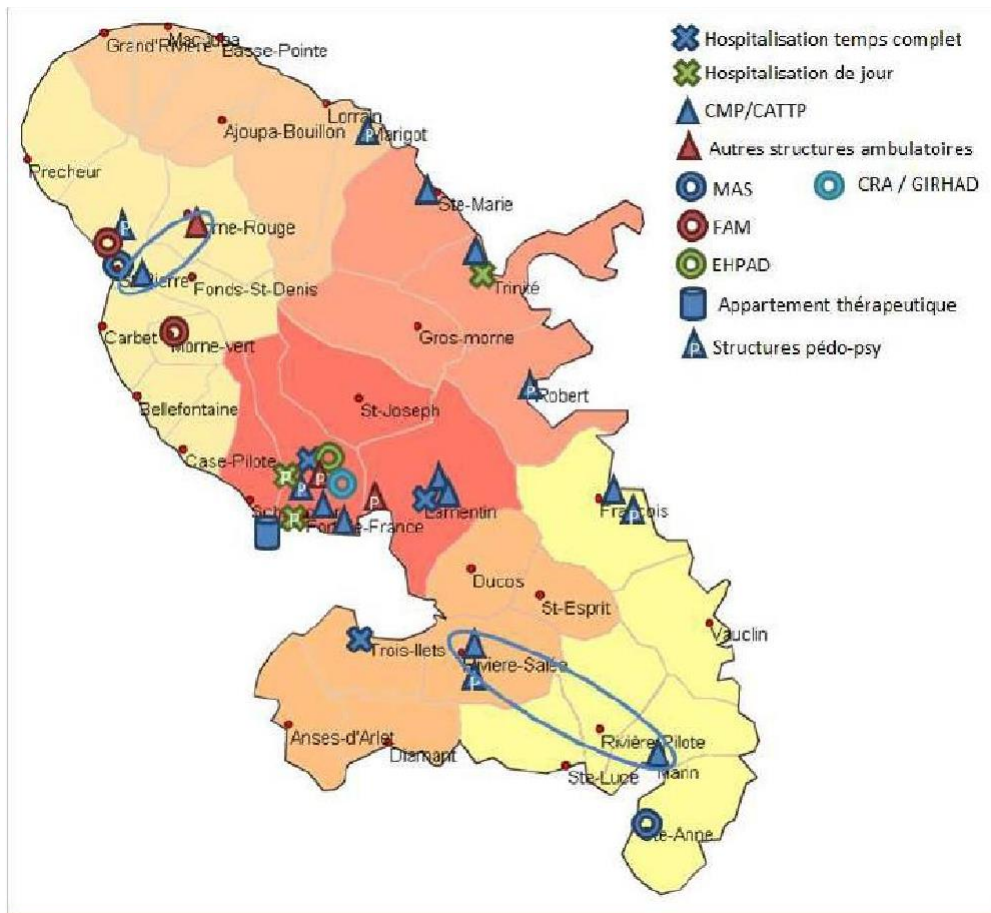


Figure 1 : Répartition des structures du sanitaire et du médico-social appartenant au CHMD

2.1 FILE ACTIVE

La file active globale du CHMD était d'environ 9 097 patients contre 9 195 patients en 2016 soit une diminution de 1 %.

La file active diminue depuis 2014 (environ – 672 patients : 368 en PG et 146 en PIJ) certainement à cause des fermetures successives de plusieurs CMP, de l'USP de courte durée des 3 Îlets et aussi à cause du sous-effectif médical.

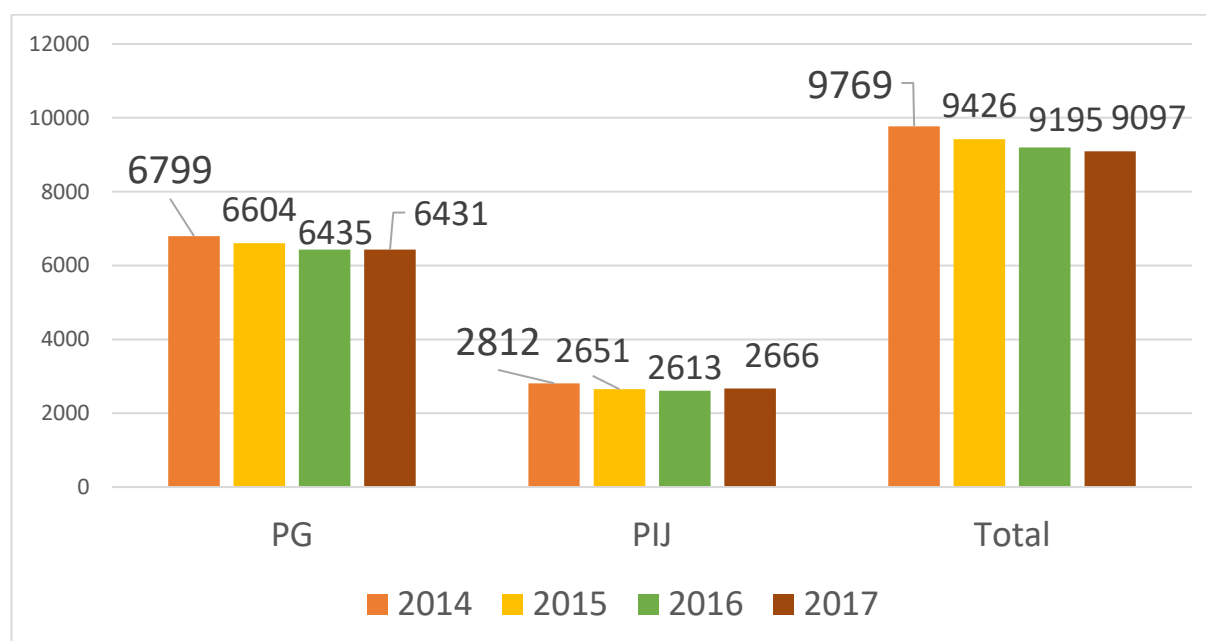


Figure 2 :

Répartition de la file active par type de patientèle de 2014 à 2017

La file active du temps complet en PG est en diminution constante depuis 2014, avec environ 962 patients pris en charge en 2017 contre 1212 en 2014.

La file active du temps partiel était en légère augmentation et devrait monter en charge en 2018 grâce à l'obtention de 2 agréments pour les hôpitaux de jour de Perrinon et du Lamentin en 2017.

La file active de l'ambulatoire était stable en 2017 autour de 6 200 patients adultes pris en charge en CMP/CATTP (cf. *Tableau 1*).

Tableau 1 : Répartition des files actives en PG de 2014 à 2017

	PG (pôles Nord, Centre, Sud et interpolaire)			
	2014	2015	2016	2017
File active - temps complet	1212	1066	984	962
File active - temps partiel	59	48	100	106
File active - ambulatoire	6496	6340	6205	6200
File active totale	6799	6604	6435	6446

Le temps complet comprend : l'appartement thérapeutique, les séjours thérapeutiques, les AFT et l'hospitalisation temps plein (TP). **Toutes les files actives du temps complet ont diminué en 2017 sauf le plein temps** stable avec 888 patients hospitalisés en 2016 et 2017.

L'effort pour diminuer le nombre d'AFT s'est poursuivi en 2017 avec pour conséquence, une diminution de 8 patients de la FA (cf. *Tableau 2*)

Tableau 2 : FA du temps complet par type d'activité de 2015 à 2017

	2015	2016	2017	Evolution
Séjour TH.	13	12	0	-12
AFT	87	88	80	-8
Appart TH	11	15	10	-5
Plein temps	979	888	888	0
Total	1066	984	962	-22

2.2 NOMBRE DE NOUVEAUX PATIENTS

Le nombre de nouveaux patients pris en charge diminue depuis 2015 (- 93 patients par rapport à 2016) surtout en pédopsychiatrie à cause de la fermeture de la psy de liaison à la MFME en cours d'année 2016.

Le nombre de nouveaux patients en PG était stable en 2017.

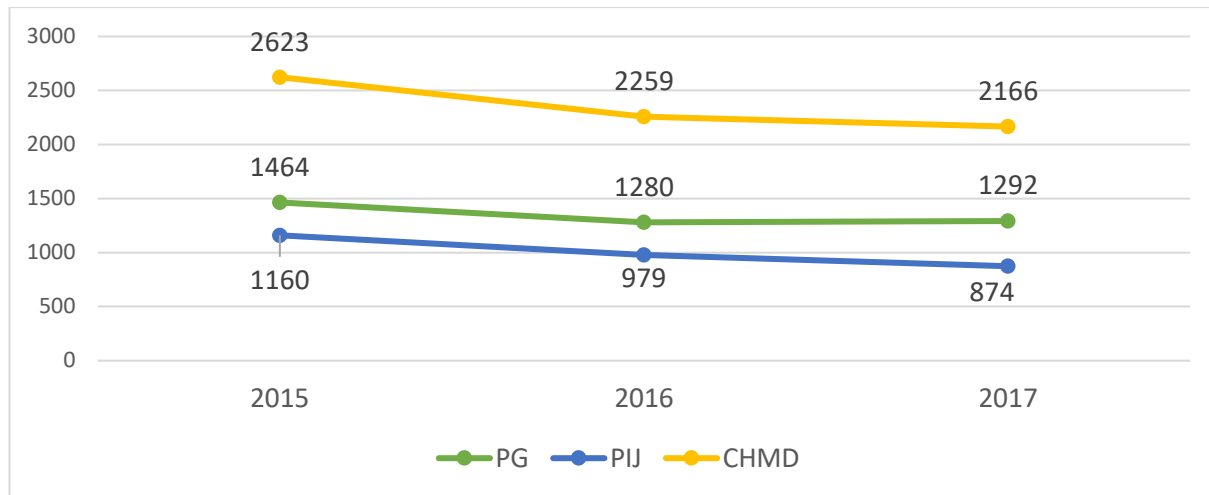


Figure 3 : Répartition des nouveaux patients par filière

Le nombre de nouveaux patients est stable en psychiatrie générale et continue de diminuer en 2017 pour la pédopsychiatrie (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des nouveaux patients par type d'activité

	2014	2015	2016	2017	Evolution
PG temps complet	196	159	135	120	-15
PG ambulatoire	1174	1323	1148	1174	26
PIJ ambulatoire	1200	1153	977	860	-117

Au total, les secteurs de psychiatrie ambulatoire ont pris en charge 8 810 patients en 2017 contre 8 914 en 2016 (-1 %).

Cette diminution est continue et plus marquée en PIJ puisque le nombre de nouveaux patients était d'environ 33 % en 2017 contre 39 % en 2014 (

Figure 4).

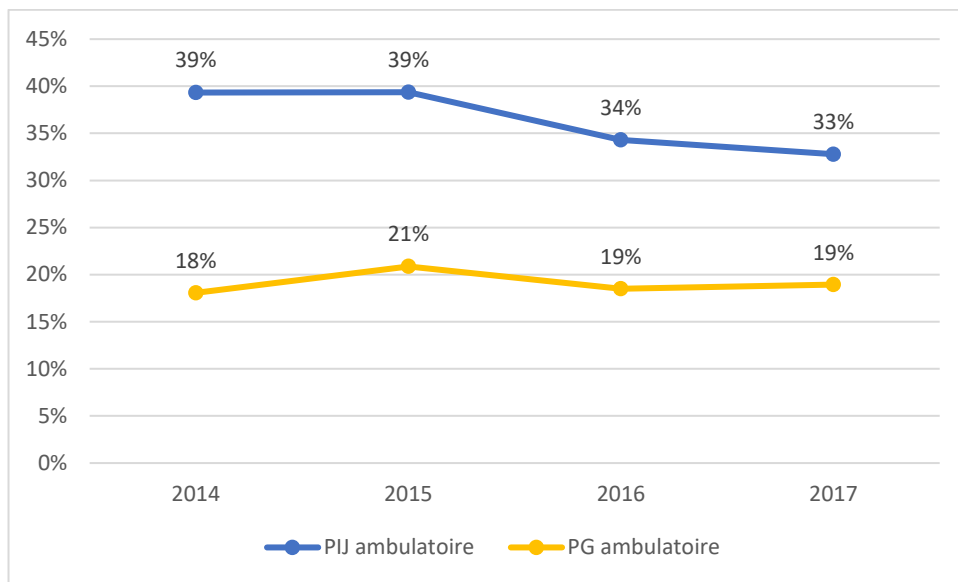


Figure 4 : Taux de nouveaux patients de 2014 à 2017 par type de prise en charge

2.3 TAUX DE RECOURS

L'examen des taux de recours standardisés par mode de prise en charge montrait, certains écarts de pratiques entre la région et le niveau national :

- **Le recours aux prises en charge à temps complet (hospitalisation temps plein ou autres prises en charge à temps complet) était de 51 % supérieur à celui de la France entière en 2017.** Le temps plein avait transféré une partie de son activité vers d'autres modes de prise en charge à temps complet (avec en particulier un accroissement de l'activité en accueil familial thérapeutique entre 2009 et 2015) faute de solutions médico-sociales pour certains patients.

- **le taux de recours aux alternatives (ambulatoire ou prise en charge à temps partiel) était aussi supérieur à la moyenne nationale** car les 2 demandes d'agrément pour 2 HDJ déposées à l'ARS en 2014 n'ont été validées qu'en fin d'années 2016.

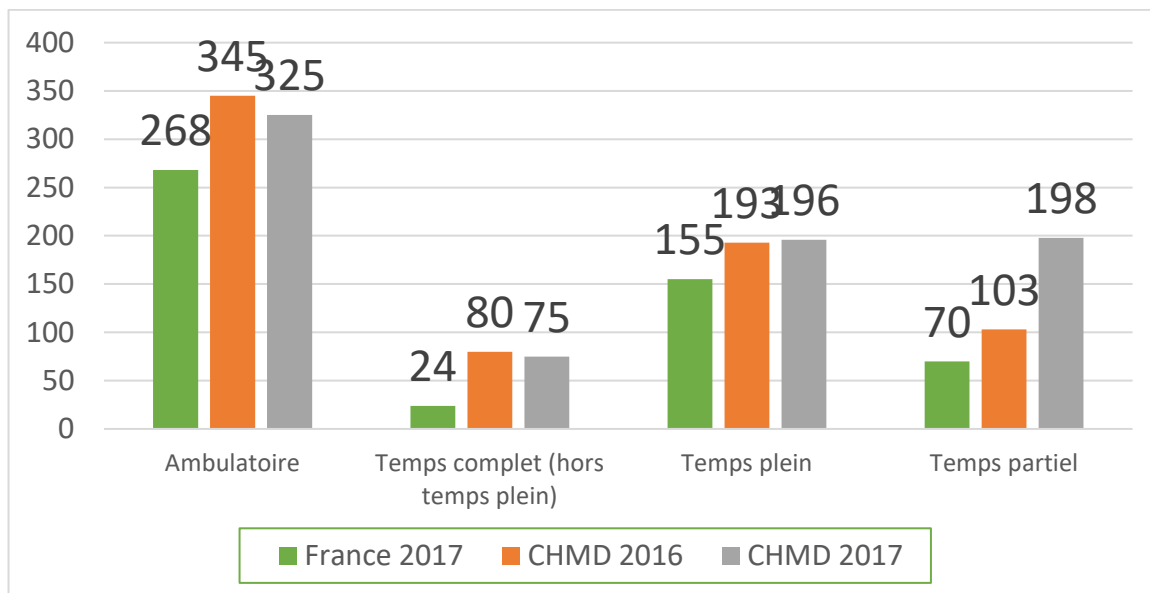


Figure 5 : Taux de recours 2016-2017 standardisé par mode de prise en charge

Type de diagnostics

Sur les 868 patients hospitalisés **63 % étaient liés à une décompensation psychotiques et 15 % à des troubles de l'humeur**. Ces prises en charge concentrent presque 85 % des journées de présence en psychiatrie. Le nombre moyen de journées de présence par patient est de 75 jours pour la schizophrénie, et de 27,5 jours pour les troubles de l'humeur.

En volume de journées d'hospitalisation, la schizophrénie et les troubles délirants représentaient 75 % des journées et les troubles de l'humeur 10 % (cf. Figure 6).

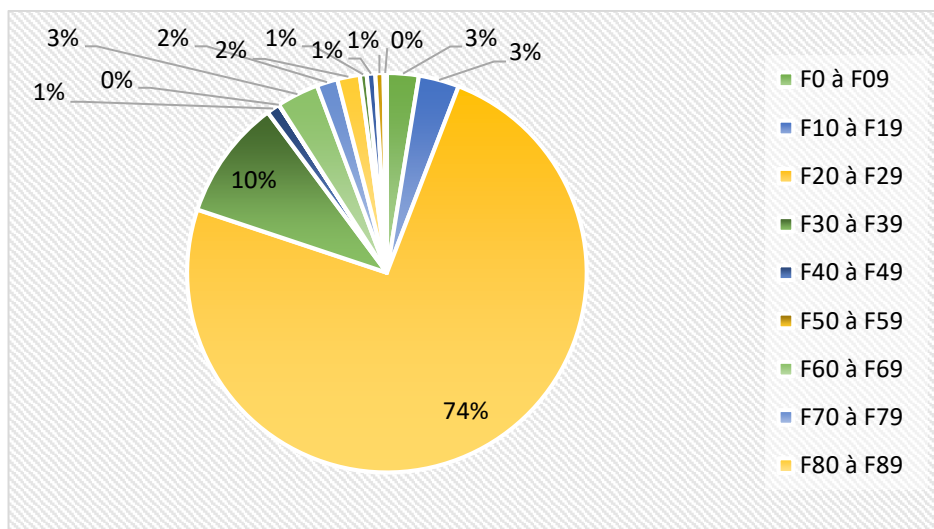


Figure 6 : Répartition des diagnostics principaux en fonction du nombre de journées d'hospitalisation en %

Entre 2016 et 2017, le nombre de journées de présence pour troubles schizothymiques et les troubles délirants **est en augmentation (74 % des journées contre 69 % en 2016 et 41 % au niveau National)**. Le nombre de journées de présence pour les troubles de l'humeur est plutôt stable autour de 10 % (contre 16 % au niveau National) (Figure 7).

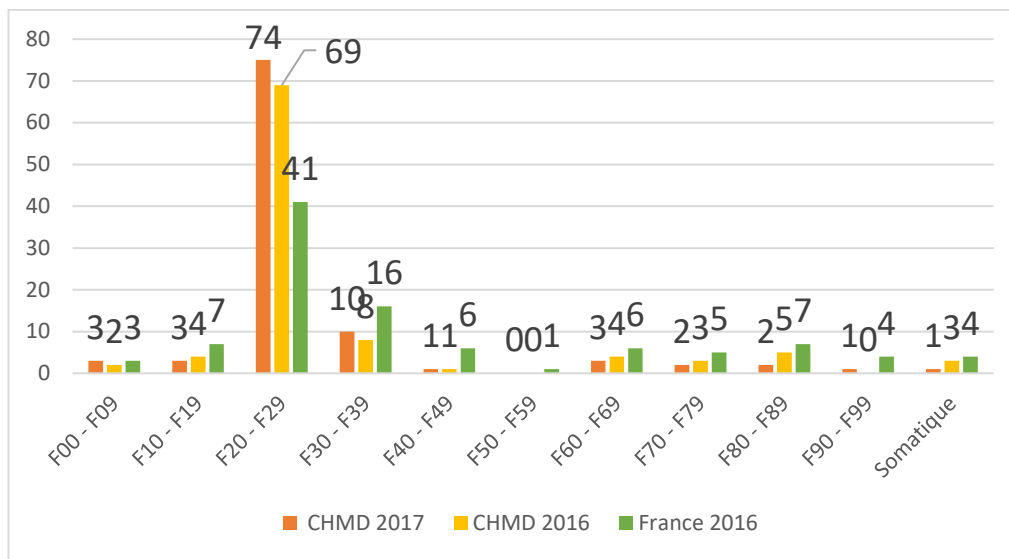


Figure 7 : Répartition des journées de temps plein par classe de diagnostique en % en Martinique et au niveau Nationale

Les motifs de recours sont plus importants chez les hommes. Ainsi, **deux tiers des journées de présence pour troubles de l'humeur concernent des hommes** ainsi que les deux tiers de celles pour schizophrénie, troubles schizothymiques et troubles délirants.

Modes de soins

Equipped in intensive care room and calming room

Il existe une unité de soin dédiée aux soins intensifs, l'USIP située sur le site de Mangot-Vulcin d'une capacité de 15 lits. L'unité Nord 2 dispose de 4 chambres d'isolement thérapeutique qui peuvent être utilisés comme des chambres selon l'état clinique du patient.

Les autres pavillons de MV disposent tous d'1 chambre d'isolement thérapeutique.

Pour le long séjour sur Balata, il y a 2 chambres d'isolement thérapeutique au SSP Sud, 4 au SSP Centre.

MODES DE SOINS

EQUIPEMENT EN CHAMBRE DE SOINS INTENSIFS

Il existe une unité de soin dédiée aux soins intensifs, l'USIP située sur le site de Mangot-Vulcin d'une capacité de 15 lits. L'unité Nord 2 dispose de 4 lits de soins intensifs qui peuvent être utilisés comme des chambres selon l'état clinique du patient.

Les autres pavillons de moyen séjour de MV disposent tous d'1 lit de soin intensif n'ayant pas vocation à être utilisé comme chambre.

Pour le long séjour sur Balata, il y a 1 chambre de soin intensif au SSP Sud, 2 au SSP Centre ainsi que 2 chambres d'isolement. Il n'y a pas de chambre de soin intensif en gérontopsychiatrie.

Tableau 10 : Répartition des lits de soins intensifs par pôle et par site

	Pôle Nord	Pôle Centre	Pôle Sud	Pôle intermédiaire	Pôle pédo-psy	Total lits
Site de MV : de moyen séjour	1 à N1 4 à N2	1 à C1 1 à C2	1 à S1 1 à S2		1*	
USIP		15				
Site de Balata : long séjour		2*	1	0	0	
Total lits	5	19	3	0	0	

*chambres d'apaisement

Le volume des journées en soins sous contrainte était important au CHMD et concernait 32 % des journées d'hospitalisation et plus des deux tiers des patients hospitalisés (cf Figure 9).

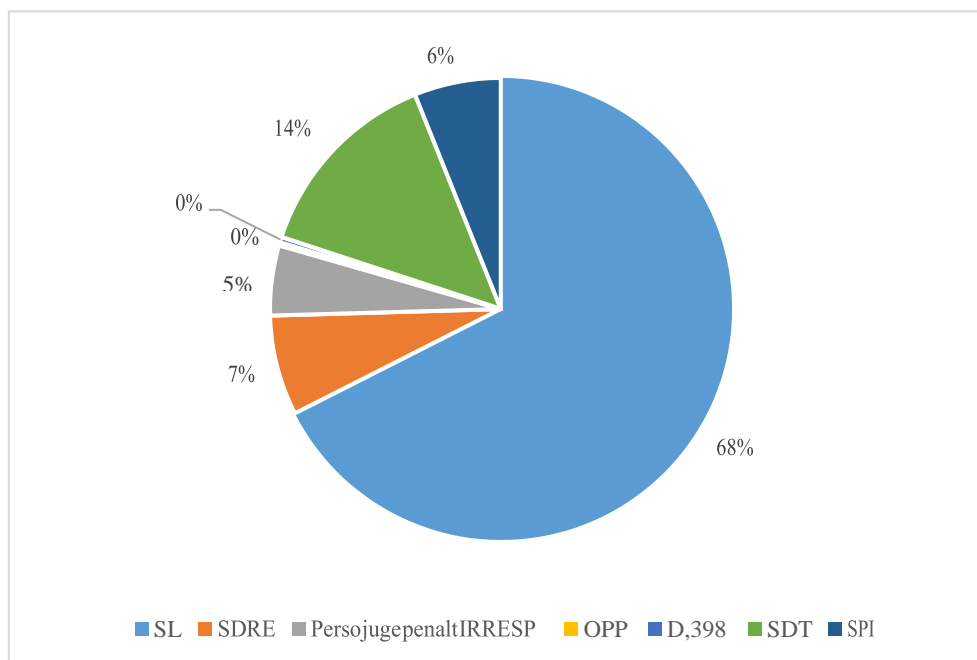


Figure 9 : Répartition des modes de soins en hospitalisation en volume de journées en %

SEJOURS SOUS CONTRAINTES

En 2017, **68 % des séjours avaient une mesure de contrainte** ce qui est très élevé par rapport à la moyenne nationale.

Les Soins à la demande du représentant de l'état (**SDRE**) **représentaient 12 %** des hospitalisations contre 4 % en 2013 pour la moyenne nationale. La proportion de soins à la demande d'un tiers était de **57 %** au CHMD contre 14 % pour la moyenne nationale de 2013.

Tableau 11 : Répartition des hospitalisés par mode légal de soin

Nombre de séjours		Nombre de journées	Nombre de patients	Age moyen	% Homme
1 Soins psychiatriques libres	649	39 711	545	45	62
3 Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état	128	9 662	103	39	89
7 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	636	28 495	559	42	60
SOUS-TOTAL: Soins psychiatriques sans consentement	760	38 157	653	41	64
TOTAL	1 108	77 868	894	43	64

En 2017, le volume de journées d'hospitalisation en SDT était en augmentation de 17 % quand le volume de journées en SDRE diminuait de 30 % (cf Figure 10).

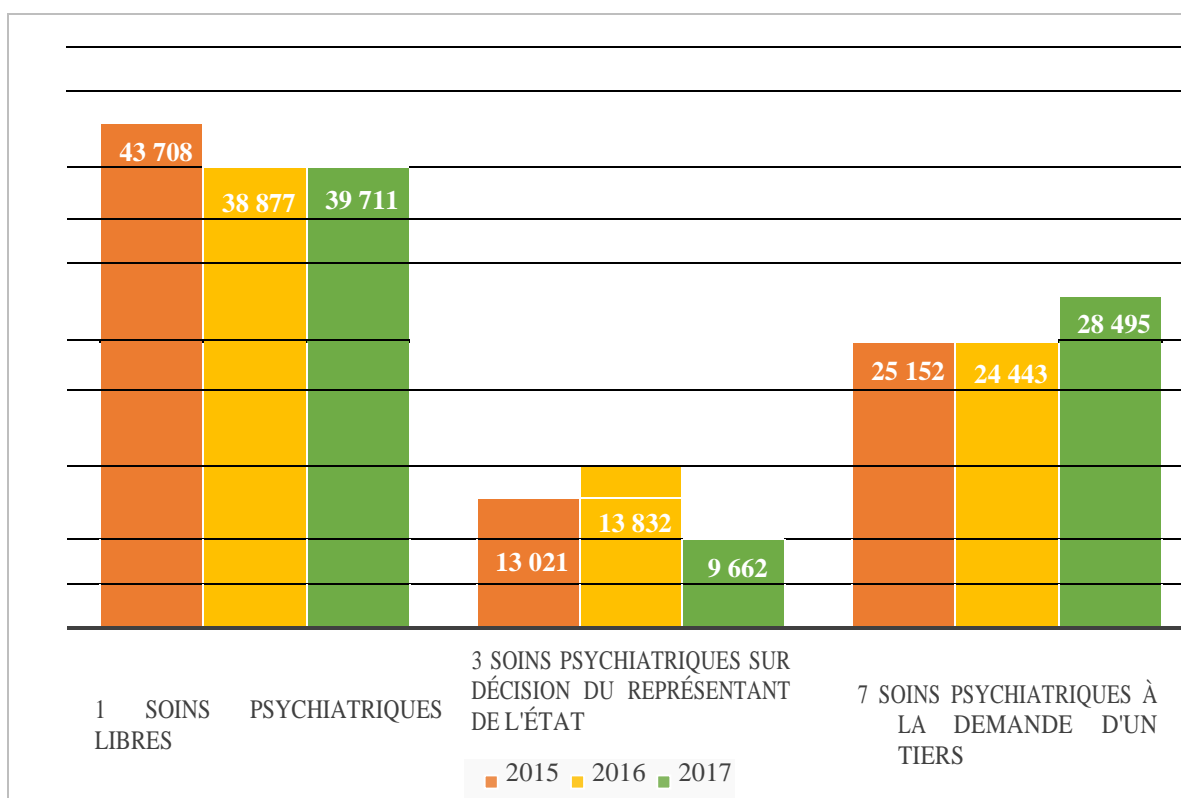


Figure 10 : Répartition des volumes de journées d'hospitalisation par mode de soins de 2015 à 2017

En moyenne, 89 % des patients concernés par les mises en isolement étaient des hommes et 95 % avaient entre 18 et 64 ans. Parmi les 888 patients hospitalisés à temps plein, environ 141 patients ont eu au moins une journée en isolement thérapeutique (16 %).

Ce nombre de patients en isolement est largement sous-estimé pour 2017 car le mode d'extraction ayant été modifié pendant 2017, ce ne sont plus les secrétaires qui enregistraient les journées d'isolement sur CIMAISE mais les prescripteurs.

Or, si la prescription initiale était souvent correctement renseignée dans CIMAISE, le maintien de l'isolement ne l'était pas toujours surtout lors des gardes réalisées par les psychiatres travaillant en CMP pour peu que le patient ait bien été créé par le cadre de permanence sur CIMAISE.

Il semblerait donc que le taux de patient mis en isolement soit plus proche des 27 % (chiffre de 2016). La durée de prise en charge en isolement thérapeutique était d'environ 19 jours par patient en 2016 (contre 15 jours pour le National).

Tableau 12 : Synthèse des indicateurs des séjours en isolement de 2015 à 2017

2015	2016	2017	
Nombre de séjours d'isolement	370	240	141*
Nombre de journées isolement	3892	4625	3360
DMS isolement	11	19	24
nombre de patients	305	213	138
age moyen	38	36	38
% d'hommes	81	86	89

*résultat sous-estimé en 2017

2.5 SYNTHÈSE DU TEMPS COMPLET : FILE ACTIVE

Le temps complet représentait moins de 11 % de la file active chez les adultes en 2016 et 2017.

Il est à noter que **91 patients sont hospitalisés depuis plus de 292 jours en 2017 contre 98 en 2016 dans** notre établissement (10 % des patients hospitalisés au CHMD).

Tableau 4 : Synthèse des files actives par type d'activité en PG et PIJ

	Pole adulte psychiatrie		Pôle psychiatrie Pédo-		CHMD	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
File active - temps complet	984	962	68	85	1054	1045
File active - temps partiel	100	106	44	39	172	208
File active - ambulatoire	6205	6200	2848	2623	8914	8810
File active totale	6435	6446	2887	2666	9190	9097

En journées

En 2016, le nombre national moyen de journées de présence par patient est de 58 jours. Ce nombre est variable selon les régions de 43 jours à la Réunion à 74 jours en Martinique.

Tableau 5 : Nombre de journées de présence par région en 2016 (source ATIH)

Région (17)	2016		
	Nombre de patients	Part en patients	Nombre moyen de journées de présence par patient
Auvergne-Rhône-Alpes	51,7	12,4%	59,5
Bourgogne-Franche-Comté	20,0	4,8%	52,0
Bretagne	31,4	7,5%	51,9
Centre Val de Loire	15,4	3,7%	66,6
Corse	2,0	0,5%	57,8
Grand-Est	33,7	8,1%	53,5
Hauts-de-France	35,2	8,5%	58,6
Ile-de-France	63,1	15,1%	60,9
Normandie	20,2	4,8%	56,5
Nouvelle-Aquitaine	45,0	10,8%	53,0
Occitanie	46,0	11,1%	55,6
Pays-de-la-Loire	21,9	5,2%	49,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	31,1	7,5%	63,5
Guadeloupe	1,6	0,4%	54,0
Guyane	0,6	0,1%	49,6
Martinique	1,5	0,4%	73,7
Réunion	4,8	1,1%	42,7
Total	416,6	100,0%	58,0
<i>Patients (ANO) en milliers</i>			

En 2017, les soins réalisés ont donné lieu à **115 447 journées (temps complet et temps partiel)**.

En prise en charge à temps complet, plusieurs formes d'activité existent : le temps plein, les séjours thérapeutiques, l'hospitalisation à domicile... **888 patients ont été accueillis à temps plein en 2017, correspondant à 77 868 journées d'hospitalisation.**

La baisse du nombre de journées de présence à temps complet amorcée depuis quelques années continue avec une diminution de -1509 journées sauf en hospitalisation (+716 journées) entre 2016 et 2017 (cf.

10).

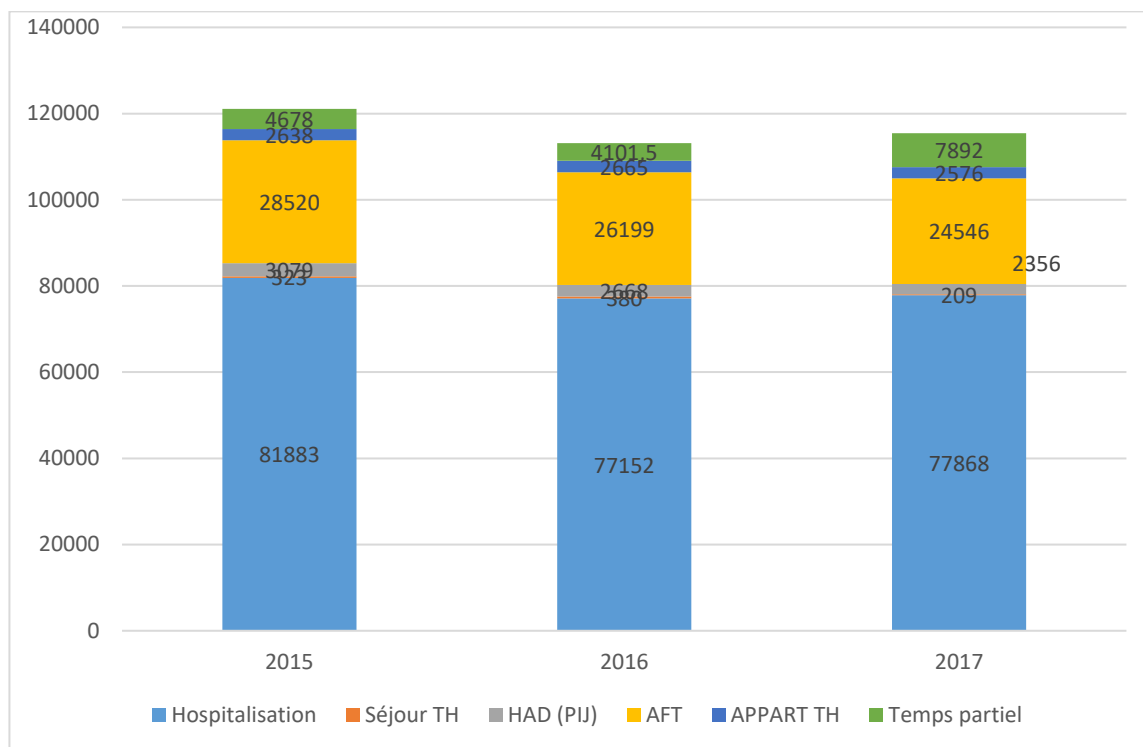


Figure 8 : Nombre de journées par type de 2015 à 2017 (source ATIH)

Tableau 15 : Nombre de journées au CHMD de 2015 à 2017

	2015	2016	2017	Différence	%
Hospitalisation	81883	77152	77868	716	1%
Séjour TH	323	380	209	-171	-45%
HAD (PIJ)	3079	2668	2356	-312	-12%
AFT	28520	26199	24546	-1653	-6%
APPART TH	2638	2665	2576	-89	-3%
Temps partiel	4678	4101,5	7892	3790,5	92%
Total Temps complet	116443	109064	107555	-1509	-1%
Total	121121	113165,5	115447	2281,5	2%

En moyenne, ces hospitalisations durent 58 jours par patient, 64 % des patients concernés sont des hommes et 88 % ont entre 18 et 64 ans.

La prise en charge psychiatrique concerne principalement des adultes de moins de 65 ans : les trois quarts des patients ont entre 18 et 64 ans et près de **la moitié des patients a entre 40 et 64 ans**. Plus de 99 % des journées de psychiatrie réalisées en 2017 en hospitalisation concernaient des patients adultes (de 18 ans et plus). **Les journées de présence des enfants (<18 ans) et des personnes âgées de plus de 65 ans représentent moins d'un quart de l'activité.**

Le nombre moyen de journées de prise en charge à temps plein par patient varie avec l'âge. Il est le plus faible chez les enfants (moins de 18 ans) et les personnes âgées

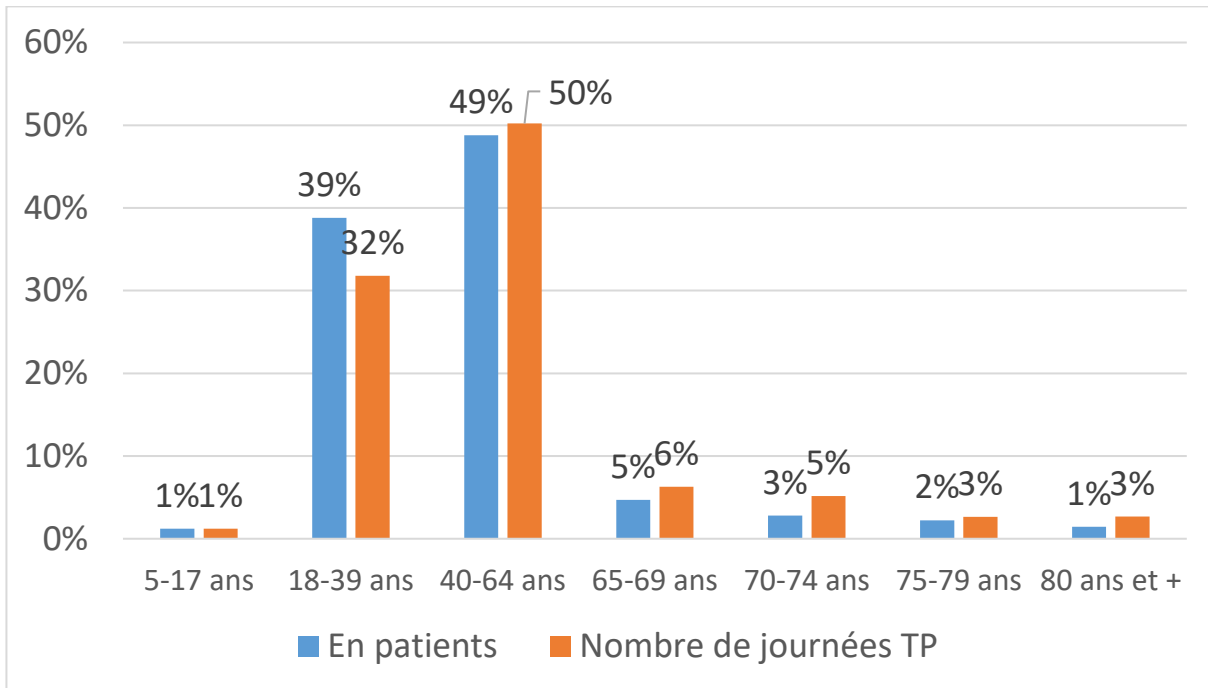


Figure 9 : Répartition de l'activité de psychiatrie (hors ambulatoire) selon l'âge du patient en 2017

En hospitalisation, 64 % sont de sexe masculin la durée de présence des hommes est en moyenne de 94 jours dépassant ainsi celle des femmes de 20 jours.

Séjours thérapeutiques

En 2017 : 64 patients de la pédopsychiatrie en ont bénéficié mais aucun séjour n'a été organisé en PG (contre 12 patients en 2016).

2.5.1 AFT

AU CHMD, 82 patients ont été pris en charge en accueil familial thérapeutique (AFT). **Les durées moyennes de séjour sont élevées mais en nette diminution en 2017. La reconfiguration des places d'AFT a été décidée en EPRD et s'est poursuivie en 2017 pour les pôles Nord et Sud.** Ces chiffres montrent aussi l'effort fait par les pôles pour favoriser le recours plus large aux placements séquentiels de certains patients pour éviter des hospitalisations, un suivi constant des projets des patients avec souvent une équipe dédiée aux AFT et des réunions mensuelles formalisées dans certains pôles. Seul le pôle Centre augmenté le volume de ses journées en AFT en 2017.

Ainsi la DMS moyenne au CHM a diminué de 42 jours entre 2016 et 2017 (cf *Figure 10*).

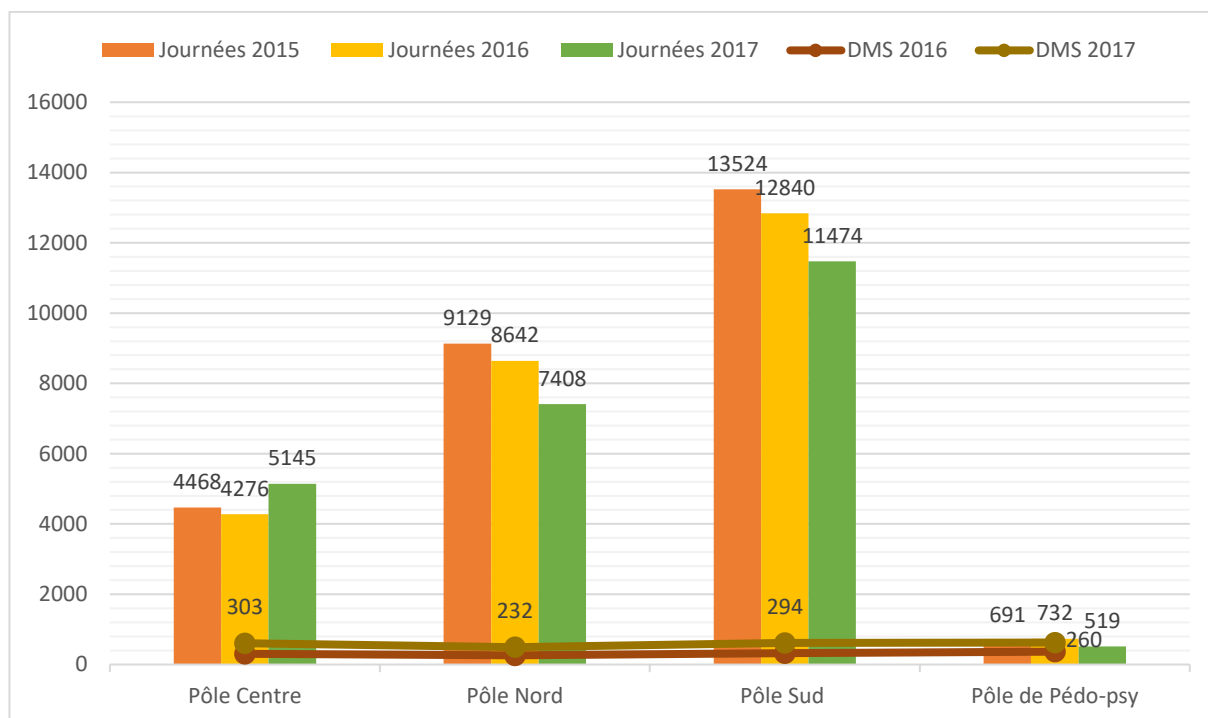


Figure 10 : Répartition du nombre de journées en AFT par pôle de 2016 à 2017

2.5.2 L'APPARTEMENT THERAPEUTIQUE DE CLUNY

AU CHMD, 11 patients âgés en moyenne de 40 ans ont été pris en charge en appartement thérapeutique pour des troubles schizophréniques dans leur majorité en 2017. **La durée moyenne d'hospitalisation est de nouveau en augmentation (234 jours)** pour des patients relativement jeunes (la moitié ont moins de 40 ans) (cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Il est à noter que sur les 12 places disponibles, seules 8 places sont ouvertes (problèmes d'insalubrité non résolus).

Tableau 17 : Analyse de l'activité de l'appartement thérapeutique de Cluny

	2015	2016	2017
Patients	11	15	11
Journées	2272	2568	2576
Séjours	13	16	11
DMH	191	171,2	234

TEMPS PLEIN OU HOSPITALISATION

Indicateurs socio-démographiques des patients du TP

Age des patients hospitalisés

Sur les 894 patients hospitalisés 64 % étaient de sexe masculin avec une moyenne d'âge à 45 ans.

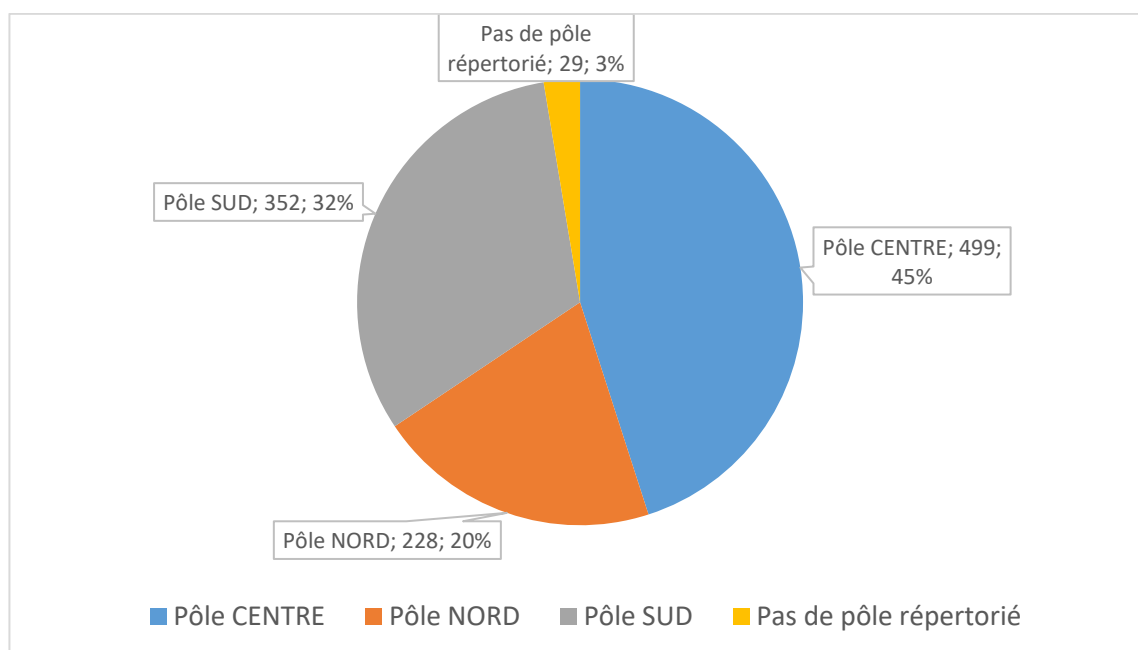
Les plus de 65 ans représentaient en 2017 : **11 % de la file active des patients hospitalisés**

En effet, le CH Maurice DESPINOY sera confronté au défi du vieillissement de la population attendu en Martinique. Le territoire est en effet amené à devenir d'ici 2030 le deuxième département le plus vieillissant de France. Les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront alors 36 % de la population (contre 23% en métropole) (données INSEE). La DMH chez les 65 ans et plus était de 51 jours en 2017.

En 2014, l'examen de la **répartition des durées de séjours chez les patients de plus de 60 ans pris en charge depuis moins de 2 ans montrait une part plus importante des séjours de plus de 6 semaines au CHMD** (41,7% contre 29,3% au niveau national)¹. Une étude² réalisée en 2014 avait montré que dans les territoires accueillant une densité supérieure de personnes souffrant de troubles psychiques dans le secteur médico-social, le taux de recours à l'hospitalisation au long cours est plus faible. L'un des éléments déterminant était les coordinations existant entre acteurs sanitaires et médicosociaux qui agissaient pour réduire le recours aux hospitalisations de longue durée.

2.5.3 SECTORISATION

Sur les 1108 séjours TP de 2017 : 45 % étaient des séjours relevant du pôle Centre, 32 % du pôle Sud et 20 % du pôle Nord (cf. *Figure 11*).



¹ Note ARS Martinique – COPERMO PRE CHS Maurice DESPINOY – Mai 2016

² L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale (DREES)

Figure 11 : Répartition par commune de résidence (n=1108 séjours)

Patients hors secteur

Les patients hors secteur (HS) des UF de Mangot-Vulcin ont été étudiés par journées d'hospitalisation.

Le pôle SUD est le pôle ayant reçu le plus de journées d'hospitalisation HS : 8761 contre 4 668 pour le pôle NORD et 2285 pour le pôle Centre (cf.

Figure 12).

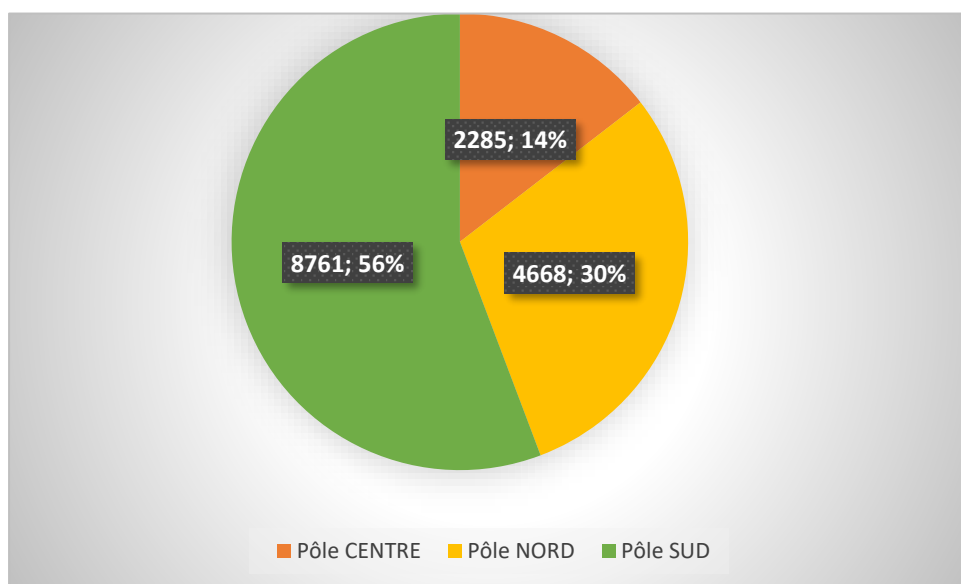


Figure 12 :

Répartition des journées d'hospitalisation hors secteur par pôle en 2017

Sur les 269 patients HS, 55 % relevaient du pôle Centre, 19 % du pôle Sud et 18 % du pôle Nord (USI non incluse).

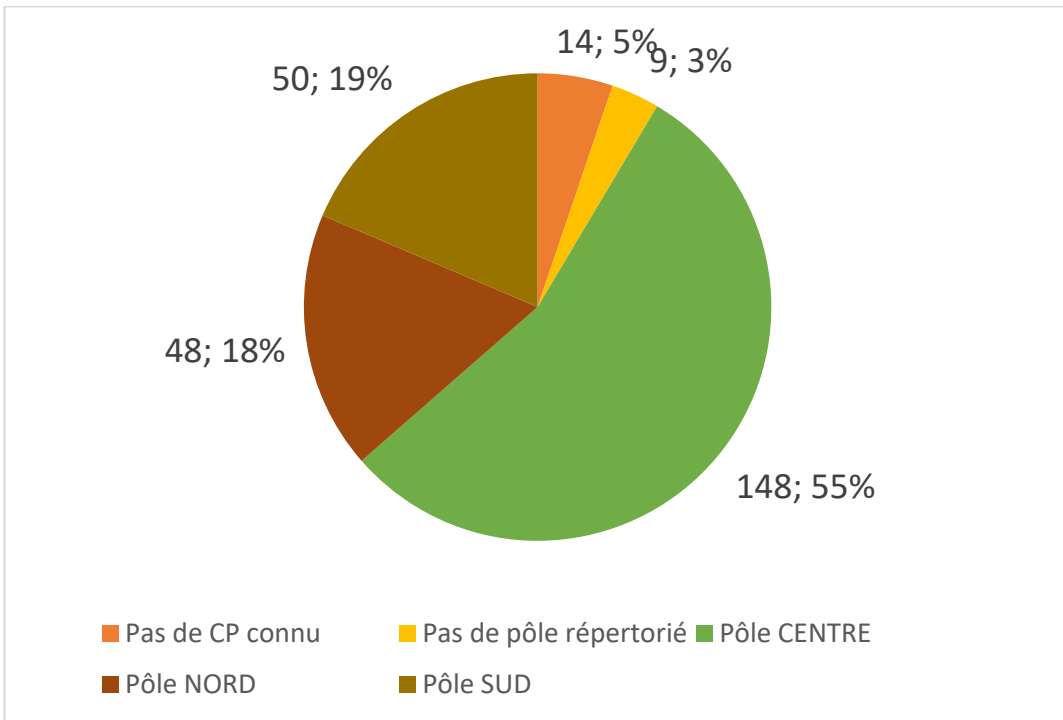


Figure 13 : répartition des 269 patients hors secteur par pôle d'appartenance (patients de l'USIP non inclus)

Tableau 67 : Répartition des patients hors secteur par pôle en journées en 2017

	Pôle Nord	Pôle Sud	Pôle Centre
Nombre de journées TP	17013	26212	23879
Nombre de journées TP HS	4668	8761	2285
% de journées HS	27%	33%	10%

L'analyse des journées à l'USI par pôle montrait que 51 % des journées de l'USI relevaient du pôle Centre (cf. Figure 14).

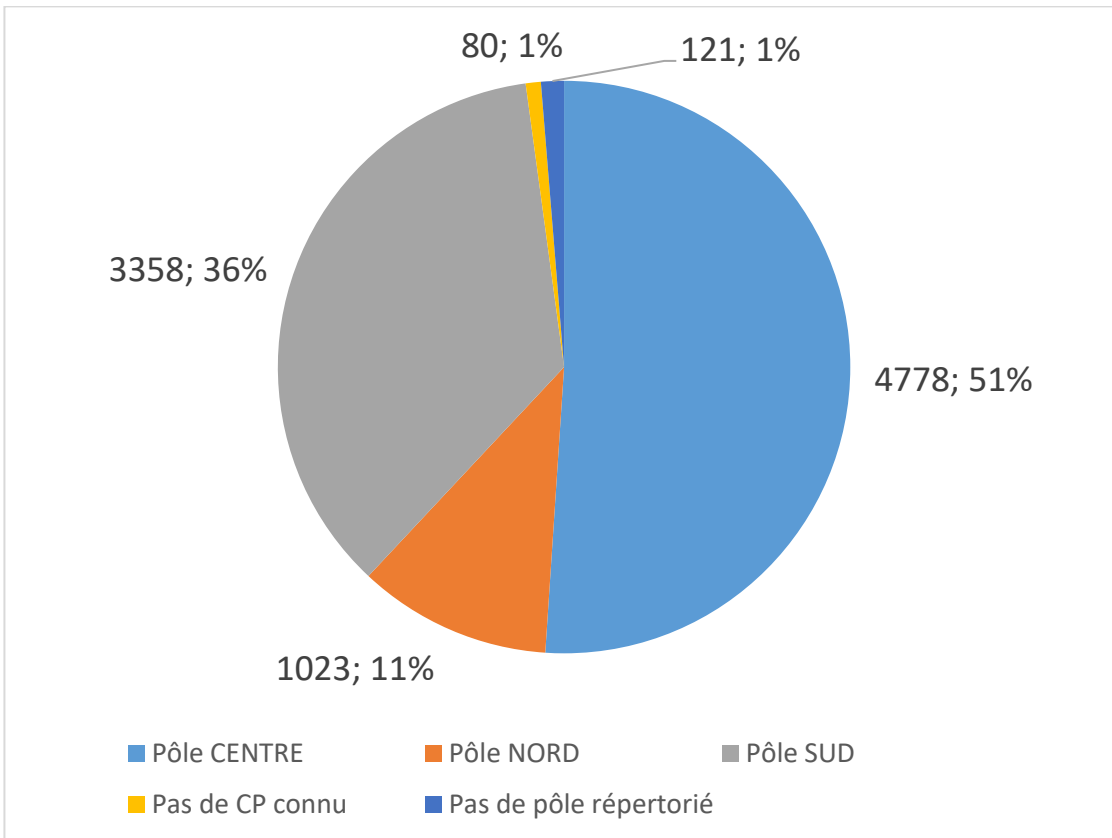


Figure 14 : Nombre de patients par pôle hospitalisés à l'USI en mvts (n= 300)

2.5.4 MODE D'ENTREE

C'est le CHU qui est la porte d'entrée au niveau régional des urgences psychiatriques. Ainsi, **81 % des hospitalisations du CHMD ont transité par le CHU et 17 % provenaient de leur domicile**. En effet, les patients hospitalisés directement au CHMD sont des patients connus des CMP, envoyés par le psychiatre du CMP après accord de l'équipe de soin de l'hospitalisation.

Certaines unités ont davantage l'habitude de faire des entrées directes depuis les CMP. C'est le cas de Nord 1 (36 entrées directes), Sud 2 (31) et des unités Centre 1 et 2 (27) (cf. *Figure 15*).

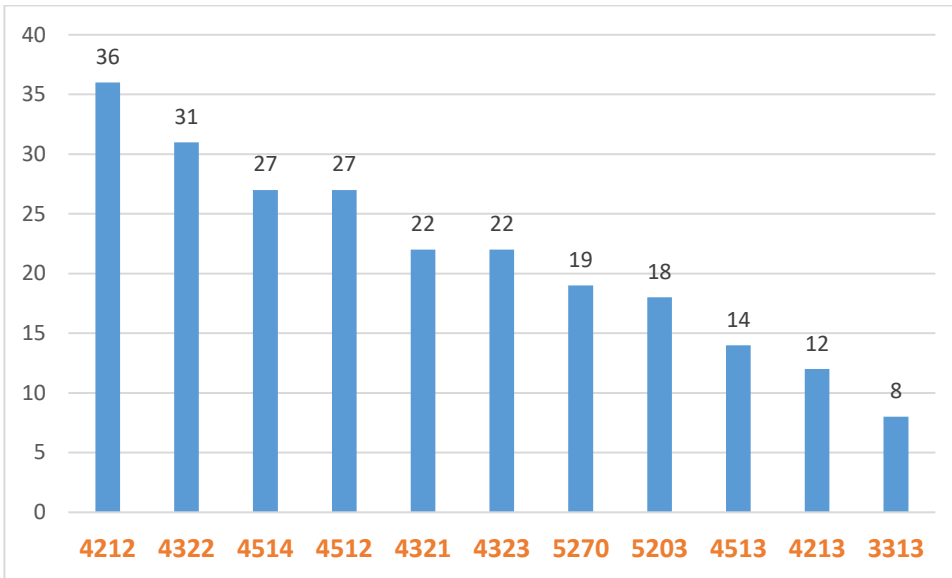


Figure 15 : Répartition des entrées directes par UF

La **durée moyenne d'hospitalisation (DMH) à temps complet** est le nombre de journées rapporté au nombre de patients hospitalisés **est stable autour de 103 jours** malgré la diminution de la DMH des AFT et de l'appartement thérapeutique.

La DMH temps plein (= hospitalisation) était stable autour de 87 jours malgré quelques tentatives de restructuration (transformation de 33 lits du sanitaire en lits médico-sociaux en 2015). La fermeture de l'USP des 3 Ilets a généré une baisse de FA et certainement aussi une augmentation de cette DMH très élevée par rapport à celle de métropole (environ 58 jours). Le type de prise en charge, majoritairement des troubles psychotiques accompagnées d'un grand nombre de mesures d'hospitalisation sous contrainte impacte fortement la DMH.

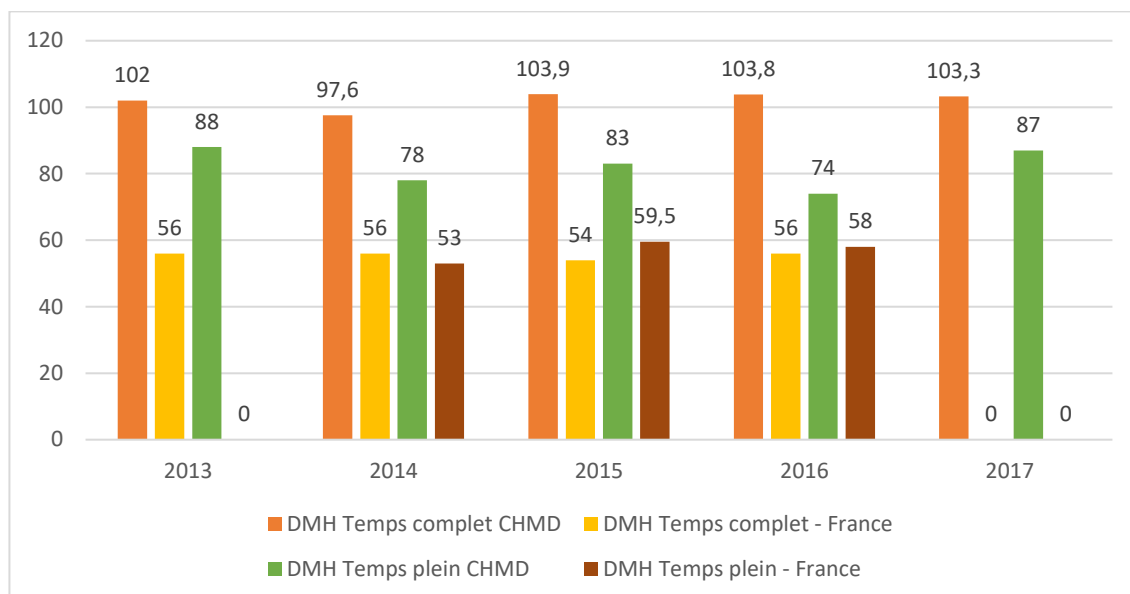


Figure 16 : Répartition des DMH et DMS au CHMD et au niveau Nationale de 2013 à 2017

2.5.5 TAUX D'HOSPITALISATION

Ce taux était stable sur les pôles de la PG, 14 % en moyenne en 2017 ; la prise en charge ambulatoire semblait donc satisfaisante malgré le sous-effectif chronique en psychiatre.

Tableau 7 : répartition des taux d'hospitalisation par pôle

	Pôle Centre		Pôle Nord		Pôle Sud		CHMD	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
File active	2603	2573	1444	1451	2452	2677	6330	6447
FA des hospitalisés	374	359	247	244	373	393	888	888
Taux d'hospitalisation	14%	14%	17%	17%	15%	15%	14%	14%

2.5.6 SYNTHÈSE

Au total, le CHMD montre des signes évidents de saturation liés principalement à un défaut de prise en charge alternatif et aussi par la faiblesse de l'offre du secteur médico-social (cf. [Tableau 22](#)) :

- Taux d'occupation stable (90 %)
- Taux de renouvellement de la FA en baisse depuis 2014
- Nombre d'entrées et FA de patients suivis en TP le plus faible depuis 2012
- DMH en hausse
- Taux de réhospitalisation 19 %

Tableau 22 : Synthèse des indicateurs du TP sur les 2 sites

	2013	2014	2015	2016	2017
FA globale CHMD	9883	9776	9435	9216	9097
CHMD Balata et MV en temps plein					
FA en hospitalisation	1069	1098	979	888	888
Nombre de lits	281	281	246	238	238
DMH Temps plein CHMD	88	78	83	74	87
Nombre de journées	94 549	86 186	81 883	78 849	77 861
Nombre de séjours	1 415	1 399	1 276	1326	1108
Taux d'occupation des lits	92%	84%	91%	91%	90%
Nombre d'entrées directes		1140	1026	894	873
Taux de 1ère hospitalisation			16%	15%	13%
Taux de ré hospitalisation		15%	17%	19%	19%
Taux de renouvellement de la FA en TP		18%	16%	15%	13%

Tableau 23 : synthèse des indicateurs pour le moyen séjour sur Mangot-Vulcin

CHMD MV en temps plein (7 UF)	2014	2015	2016	2017
FA MV	981	869	801	807
Nombre de lits MV	130	130	130	130
DMH temps plein	42	49	56	55
Nombre de journées	41 009	42 578	44 917	44 011
Nombre de séjours	1 162	1 024	999	997
Taux d'occupation des lits	86%	90%	95%	93%
DMS temps plein	35	42	45	44
Nombre d'entrées directes MV	1043	902	875	861

LE PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE 2018-2023 - GRANDS AXES

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique « d'aller-vers » et d'empotement.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant 37 actions selon trois axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

La stratégie nationale de santé constitue le cadre de la politique de santé en France. Elle est définie par le Gouvernement et se fonde sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'action envisageables.

La stratégie nationale de santé comporte quatre axes :

Axe 1 : Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Axe 2 : Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Axe 3 : Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge.

Axe 4 : Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Au sein de ces quatre axes, elle détermine onze domaines d'action prioritaires déclinés en 43 objectifs nationaux d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap. Elle comporte un volet spécifique à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, ainsi que des objectifs propres à la Corse et à l'outre-mer.

Pour décliner la stratégie nationale de santé, la Ministre a souhaité que soit élaboré un plan national de santé publique « Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie » comme plan cadre de référence pour les actions de prévention et de promotion de la santé dans une approche populationnelle tout au long de la vie.

Le plan national de santé publique devient ainsi le garant de la cohérence des actions portées par ailleurs dans les stratégies, feuilles de route et programmes répondant à la même logique de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie et dans tous les milieux de vie. La déclinaison de la stratégie nationale de santé s'opère également par les différents outils régionaux, et notamment les projets régionaux de santé sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS).

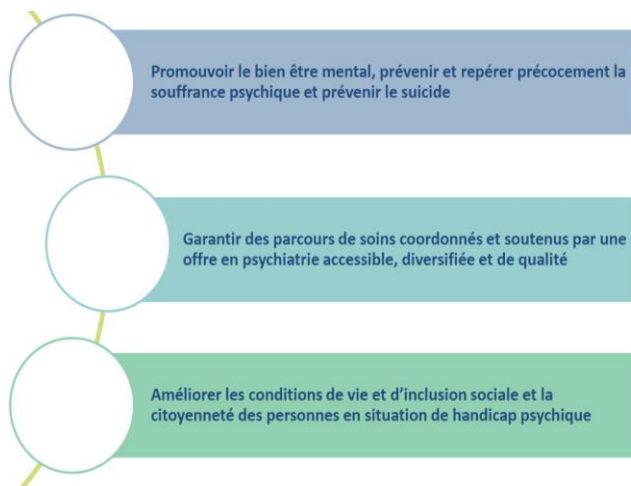
La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide.

Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empotement.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant **37 actions** selon trois axes :

- **Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;**
- **Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;**
- **Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.**



MA SANTÉ 2022 : UN ENGAGEMENT COLLECTIF LISTE DES 7 MESURES pour la SANTE MENTALE sur 54

Ministère des Solidarités et de la Santé septembre 2018

- ⇒ *Obligation de mettre en œuvre les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sur les territoires d'ici juillet 2020, en organisant le lien avec les soins de premier recours via le réseau territorial de proximité porté par les CPTS et les hôpitaux de proximité.*
- ⇒ ***Développement des stages en santé mentale pendant les études de médecine générale.***
- ⇒ *Soutien au développement de la réhabilitation-psychosociale en finançant des projets.*
- ⇒ *En 2019, engagement d'un rééquilibrage des dotations régionales des établissements publics de psychiatrie et intégration de la psychiatrie dans les travaux sur la réforme du financement du système de santé.*
- ⇒ ***Extension à la psychiatrie de la pratique avancée pour les infirmiers dès 2019.***
- ⇒ *Renforcer la discipline de pédopsychiatrie par la nomination prioritaire d'enseignants hospitalo-universitaires supplémentaires et le développement de la recherche en pédopsychiatrie.*
- ⇒ *Information du grand public sur la santé mentale (lutter contre la stigmatisation » action 3 de la feuille de route : évènement national, faire évoluer les missions des conseils locaux de santé mentale, actions envers les ados (programme « YAM »), création d'un site dédié à la SM avec Santé publique France.*

Il s'agira dans les 5 ans :

1. Améliorer la prévention et le repérage précoce des troubles en santé mentale
2. Améliorer l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques
3. Améliorer la coordination des acteurs en santé mentale à l'échelle régionale et locale pour améliorer le parcours de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques
4. Développer l'accès aux psychothérapies en CMP (enfants et adultes)
5. Améliorer les réponses aux situations de crise pour l'adulte et l'adolescent
6. Développer les alternatives à l'hospitalisation et les solutions de logement et hébergement intermédiaires et favoriser les liens avec les structures d'aval
7. Développer l'accès et les dispositifs de géronto-psychiatrie

Santé mentale

Liens avec les orientations nationales

 Axe 3 – A

Les principales évolutions de l'offre envisagées

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transfert des capacités de psychiatrie de Balata vers Mangot Vulcin (cf. 4.3.1) | <input type="checkbox"/> Hôpitaux de jour pour enfant |
| <input type="checkbox"/> Développement des alternatives à l'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Déploiement du dispositif CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) et du Plan Territorial de Santé Mentale (PTSM) |
| <input type="checkbox"/> Mise en place d'une consultation de post-urgence (IDE et médecin) | <input type="checkbox"/> Développement et structuration de la géronto-psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Réouverture de l'unité d'hospitalisation post-urgences du CHUM | |

AXE STRATEGIQUE 1 : FINALISER LE REGROUPEMENT DE TOUTE L'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN SUR LA CITE HOSPITALIERE DE MANGOT-VULCIN

Certains des enjeux de ce futur projet d'établissement sont en lien avec les impératifs économiques de notre PRE et du COPERMO. Ils impactent, en premier lieu, l'organisation de l'hospitalisation temps plein et notre capacité en lit avec un passage de 225 lits à une capacité de 191 lits soit une réduction de 34 lits. Ces impératifs imposent également des contraintes architecturales importantes. Cette future organisation permettra de finaliser le regroupement de toute l'hospitalisation temps plein sur la cité hospitalière de Mangot-Vulcin et l'abandon total du site de Balata.

Cette diminution capacitaire et ces restructurations architecturales reposent sur 3 éléments :

1. Densification des unités de soins existantes
2. Fermeture de certaines unités de soins
3. Construction de nouvelles unités de soins

Capacité en lits		Situation actuelle		Situation projetée		Réduction
Pôle Centre - Nord Caraïbe	Balata	SSP	40	Unité 1	25	
	Mangot Vulcin	Centre 1	20	Unité 2	25	
		Centre 2	20	Unité 3	25	
			80	75	-5	
Pôle Nord Atlantique - Sud	Balata	SSP	30	Unité 1	28	
	Mangot Vulcin	Sud 1	20	Unité 2	25	
		Sud 2	20	Unité 3	24	
		Nord 1	20	Unité 4	24	
		Nord 2	15			
			105	101	-4	
Pôle Intersectoriel	Balata	Géronto Psy	25	USIP	15	
	Mangot Vulcin	USIP	15			
			40	15	-25	
TOTAL LITS			225	TOTAL LITS	191	-34

Densification des unités de soins existantes

Sur les 6 unités de soins sectorisées, 5 ont une capacité de 20 lits ; Nord 2 ne dispose que de 15 lits.

Ces 5 unités vont bénéficier d'une densification en lit et passeront, pour quatre d'entre elles, d'une capacité actuelle de 20 lits + 1 chambre d'isolement à 25 lits et 2 chambres d'isolement et pour l'unité nord 1, elle passera de 20 lits à 28 lits

Fermeture de certaines unités de soins

Sur le site de Balata ces fermetures concernent les 2 unités SSP Nord Atlantique -Sud et Centre Nord – Caraïbe soit la fermeture de 30 et 40 lits ainsi que l'unité de Géro-psycho-geriatrie (- 25 lits) qui sera compensé par la création d'une équipe mobile de Géro-psycho-geriatrie et l'extension de l'EHPAD de 33 à 60 places

Sur le Site de Mangot-Vulcin, ces fermetures concernent l'unité de 15 lits de Nord 2 compensée par la densification des autres unités du site.

Construction de nouvelles unités de soins

La construction de 2 unités de 24 lits va permettre de retrouver des capacités en lits susceptibles d'absorber en partie le capacitaire actuel des 2 SSP. Le projet médical d'établissement en conformité avec les projets médicaux des 2 pôles adultes met l'accent sur objectifs de réhabilitation de ses deux unités, devenues Soins de Suite Psychiatrique et de Réadaptation (SSPR) et qui seront chacune adossées à une équipe mobile de réhabilitation et de liaison afin de « ré-amarrer » le projet de vie de l'usager, aux ressources communautaires de la cité et favoriser sa sortie de l'hospitalisation temps plein.

Au terme de cette réorganisation qui ne nécessitera pas de redécoupage des pôles actuels, les 2 pôles de psychiatrie adultes bénéficieront chacun d'une capacité d'hospitalisation légèrement diminuée à la marge et en rapport avec leur bassin de population.

Ces lits d'hospitalisation s'organiseront essentiellement autour d'une filière aigue de courts séjours complétée par une filière de réhabilitation psychosociale dédiée aux situations complexes et renforcée par des équipes mobiles d'intervention.

Le Pôle intersectoriel porte, quant à lui, l'essentiel des efforts de diminution capacitaire avec la fermeture de la Géro-psycho-geriatrie mais au profit de la création d'une équipe mobile dont les objectifs seront de permettre l'inscription et le suivi coordonné de nos patients âgés sur les EHPAD du département.

2.1 CMP AXES D'AMELIORATION

DEVELOPPER DES PROCESSUS DE GESTION EFFICACE DU CMP

Cela passe par un travail collectif sur tous nos CMP qui doit aboutir à une harmonisation de l'ensemble de nos dispositifs et la définition d'un socle commun de processus et de pratiques organisationnelles.

Ce travail comporte plusieurs étapes :

CLARIFIER LE PARCOURS DES PATIENTS AU SEIN DU CMP

Identifier les différents circuits possibles pour une nouvelle demande (dont la crise).

Définir un parcours de soin type (étapes successives, acteurs impliqués, échanges d'informations, délais optimaux).

FORMALISER LE DOSSIER DE SOINS

Formaliser le renseignement du DPI pour optimiser le partage d'informations. L'utilisation du dossier infirmier dans CIMAISE doit être adapté à la pratique en CMP, en lien avec son utilisation en intra hospitalier mais avec ses spécificités. Ce travail doit être entrepris avec l'expertise de la DSI et du DIM.

Systématiser l'utilisation de l'onglet « entretien et biographie » comme support obligatoire de l'entretien d'accueil infirmier duquel il s'inspire.

STRUCTURER LA PRISE EN CHARGE ET ORGANISER LA DISPENSATION DES TRAITEMENTS

- Assurer un avis médical rapide dans les suites des premiers entretiens infirmiers
- Faciliter l'accès à un avis médical pour tous les nouveaux patients de la file active
- Définir des critères d'évaluation et d'éligibilité pour une prise en charge en CATTP/Hôpital de jour
- S'assurer de la prise réelle du traitement et évaluer la tolérance, les effets thérapeutiques et secondaires

OPTIMISER L'ORGANISATION DES TEMPS COLLECTIFS AU SEIN DU CMP

Différencier temps d'échanges formel et informel (opportunité d'institutionnaliser certains échanges) et organiser les différentes réunions (coordination, clinique, synthèse)

FAVORISER L'ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

Nous devons, pour cela, organiser l'accueil et la prise de rendez-vous de telle manière à :

- Harmoniser sur tous les Pôles, les plages d'ouverture des CMP
- Apporter une réponse immédiate à toute demande de rendez-vous
- Dédier des plages horaires pour l'accueil de nouveaux patients
- Prévoir des RDV dans les 24h pour les urgences et les post-urgences
- Partager les agendas pour faciliter la prise de rendez-vous
- Assurer la traçabilité des nouvelles demandes et des premiers accueils
- Définir les modalités d'attribution des patients aux infirmiers/médecins/psychologues

Des indicateurs seront mis en place pour évaluer, tous les 3 mois, ce dispositif et les délais de RDV.

Il existe, un certain nombre de personnes relevant d'évaluation ou de soins qui n'ont pas accès à nos consultations dans la configuration actuelle de nos plages horaires : personne ayant une activité professionnelle ou d'apprentissage, milieu scolaire ou universitaire. Il existe déjà une demande de la part des psychologues des CMP pour mettre en adéquation les exigences de leur patientèle avec les horaires de CMP.

Pour une ouverture élargie sur les CMP la fréquence et l'amplitude horaire, le choix des CMP reste à déterminer. Une modalité « sur rendez-vous » avec une évaluation sur 6 mois du dispositif et analyse des résultats orientera sur la pertinence du dispositif.

Parallèlement, nous devons communiquer sur ces possibilités nouvelles auprès de nos partenaires naturels (médecins de ville, psychiatre libéraux et du CHUM)

Les visites à domicile (avec la présence du psychiatre autant que possible) doivent être développées d'abord pour les usagers les moins en mesure de formuler une demande d'aide ou pour ceux dont l'accès à nos CMP est la plus difficile. Cette activité doit être très rigoureusement tracée.

2.2 PREVENIR ET GERER LES SITUATIONS DE CRISES

La non-demande de la part des patients constitue une problématique majeure qui conduit le plus souvent à des recours tardifs en situation de « crise ». Ce sont des situations difficiles à prévenir et à gérer.

- Au titre de la détection des signaux précurseurs, il faut formaliser nos procédures de « perdu de vue » avec un système d'alerte permanent pour les RDV non honorés, la non présentation à un RDV pour l'injection d'un NAP, pour une ordonnance non renouvelée, etc. Invitation écrite, carte de passage et relance téléphonique doivent s'organiser à partir du secrétariat. Une Visite à domicile (VAD) pourra également être organisée le cas échéant.
- Une évaluation trimestrielle de ces procédures sera systématisée afin d'en vérifier l'efficacité.
- Un des enjeux importants de cette prévention réside aussi dans le repérage des patients à risques élevés de rechute et de ré-hospitalisation. Des expériences intéressantes en Hexagone sont source d'inspiration, comme à Marseille autour du programme DIVA (Dispositif de Vigilance Accrue) qui permet pour ce type de profil, un suivi différencié, spécifique et d'intensité variable par les équipes ambulatoires. Ce type d'approche existe déjà sur certain de nos CMP mais il manque de les formaliser (typologies de patient, modalités et fréquence des interventions, traçabilité), et de les systématiser à l'ensemble du dispositif pour en proposer une évaluation.
- Afin d'organiser des relais pour prévenir l'aggravation d'une situation connue ou détecter des situations en évolution nous proposons la réactivation des missions de l'EMRI(C) (et de l'équipe de l'EMUP). Ces équipes favorisaient une collaboration qui avait pu, à son époque, grandement améliorer la gestion de ses situations d'urgence par des VAD communes (dans le respect des précautions essentielles de sécurité du personnel) et un partenariat efficace avec le SAMU et les forces de police.
- L'amélioration de la concertation avec les urgences du CHUM participe au processus : il faut travailler sur une fiche de liaison à transmettre aux urgences psychiatriques en cas de transfert depuis un CMP d'un patient en situation de crise. De leur côté, les urgences doivent explorer, avec nous, sur les situations de consultation directe (hors adressage du CMP), les alternatives d'orientation et les possibilités d'accueil et de prise en charge immédiate en CMP, avant qu'une décision d'hospitalisation, qui peut s'avérer inadéquate, ne soit prise. Actuellement, les urgences ont très peu recours à l'expertise de nos CMP. Quels que soient les leviers utilisés, notre réponse dans les situations de crises renvoie à un travail de réflexion et d'harmonisation sur tous nos CMP sur la qualité de cette réponse, en particulier vis-à-vis des familles, qui en aucun cas ne peut être CMP dépendant et encore moins personne dépendante.

2.3 MIEUX SOUTENIR ET TRAVAILLER AVEC LES AIDANTS ET LES FAMILLES

Le travail avec les familles est un axe essentiel de notre projet de soin. Une écoute toujours plus attentive de « ce qui se passe et se vit autour du patient ». Ce travail d'alliance thérapeutique avec les familles doit permettre :

- D'intégrer la famille comme maillon du soin et de la légitimer dans le « prendre soin » auprès du patient, de l'institution mais également d'elle-même.
- Soutenir la famille mise en difficulté par les conséquences de la pathologie sur le fonctionnement de la cellule familiale. L'offre est essentiellement située sur le secteur Nord-Atlantique ou en fonction de l'évaluation de la demande et du besoin des familles en difficulté voire en souffrance, nous avons mis en place des réponses graduées :

Accueil et écoute infirmiers : si la famille formule une demande indépendante des échanges avec le psychiatre de son proche.

Groupe de parole famille : il s'agit d'un groupe ouvert qui se réunit une fois par mois. Lieu d'échange et d'étayage des familles entre elles sur leur vécu.

Consultation de thérapies familiales : au CMP animée par une thérapeute systémicienne et une co-thérapeute.

La question d'un programme structuré en direction des familles, (Pro-famille, ARSIMED, autre) sera également à l'ordre du jour puisqu'elle s'intègre à celle d'un projet d'Education Thérapeutique du Patient sur le Pôle.

2.4 DIVERSIFIER L'OFFRE DE SOINS

Les CMP sont également invités à développer des consultations spécialisées et des groupes thérapeutiques spécifiques afin d'élargir notre offre de soins et améliorer la qualité des prises en charge. Ils sont animés par des binômes de soignants variés (Psychiatre/IDE, Psychiatre/Psychologue, Psychologue/IDE, Psychologue/Psychologue, IDE/IDE)

2.5 AMELIORER LES ARTICULATIONS ENTRE LES UNITES FONCTIONNELLES DU POLE

L'une des clés de l'efficacité du CMP comme principal ordonnateur de soins est la qualité de ses articulations avec les autres structures (intra hospitalier et centres de jour). Cette approche permet de repérer l'ensemble des professionnels intégrés dans la coordination des actions de soin et d'organiser le partage de l'information. Ces principaux leviers sont :

- Des fiches d'orientation vers nos alternatives à l'hospitalisation (HDJ, CATTP, AFT) harmonisées et simplifiées, elles sont en cours de validation.
- Le DPI avec des pages supports dédiées (liaison, synthèse pluridisciplinaire, suivi de PEC pour l'HDJ et les CATTP, etc.). Un guide d'utilisation doit être prochainement proposé aux équipes.
- Des temps d'échanges entre les centres de jour et les CMP doivent être formalisés pour rendre compte régulièrement de l'évolution du Projet de soins personnalisé (PSP) du patient (fréquence et modalités à définir).

La participation systématique d'un membre de l'équipe soignante de chaque CMP :

Aux synthèses cliniques de l'intra hospitalier : l'IDE du CMP informe sur le contexte des hospitalisations et prépare, avec ses collègues de l'intra hospitalier

, les sorties (rencontre avec l'utilisateur dès l'intra pour préparer le futur RDV en CMP). Les objectifs élaborés par les équipes intra hospitalières sur les conditions et les projets de sortie doivent impérativement être partagés et validés avec le CMP qui en sera le porteur à la sortie du patient.

Aux équipes AFT. Il participe ainsi de par son expertise à la prise en charge du patient. Parallèlement l'équipe d'AFT vient régulièrement faire au CMP un point sur l'avancée du PSP du patient.

2.6 RENFORCER LA CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE LA PÉDOPSYCHIATRIE ET LA PSYCHIATRIE ADULTE

En dehors des situations de crise, il conviendra d'organiser systématiquement des synthèses cliniques préparatoires au transfert de prise en charge pour les jeunes passant à l'âge adulte et afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soins. Au titre des projets à réaliser avec la pédopsychiatrie, on pourrait imaginer de favoriser le partage de connaissances et de compétences entre les professionnels de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Une première piste pourrait être la mise en commun de professionnels impliqués dans les thérapies familiales et qui pourraient assurer le suivi de familles de jeunes patients « en transit » vers une prise en charge adulte.

2.7 DEVELOPPER LES SOINS SOMATIQUES EN AMBULATOIRE

FAVORISER L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES

Globalement, on constate une absence de liens organisés entre les psychiatres et les médecins de ville lors de décisions thérapeutiques prises par les uns ou les autres ; ceci affecte aussi bien la continuité de la prise en charge de la maladie psychiatrique que le suivi somatique. De plus, ce clivage ne facilite pas la prise en compte des conséquences somatiques des traitements psychotropes. La disponibilité des médecins de ville dans nos territoires sous médicalisés n'améliore pas les choses.

Nos points de vigilance seront sur le **repérage d'un médecin traitant déclaré pour chacun de nos usagers**. Cet indicateur sera évalué annuellement. Des **courriers types** devront être élaborés afin d'informer sur un état de santé ou sur une surveillance à exercer pour un patient donné. La lettre de **liaison** participera à cette information (taux de courrier de sortie édité dans les 24h). Un **bilan complémentaire** (ECG, Biologie, autres ? dont le contenu et la fréquence reste à discuter avec l'équipe somatique du CHMD) devra être adossé à chaque dossier d'utilisateur inscrit dans notre file active.

Tous les CMP devront être équipés d'un **appareil à ECG** afin d'éliminer une contre-indication cardiaque lors de l'initiation ou du changement d'un traitement psychotrope.

Par ailleurs, une stratégie devra être élaborée par nos CMP pour coordonner le suivi des patients présentant une comorbidité somatique lourde.

CONSULTATION ET COORDINATION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE AU SEIN DES CMP

Les personnes atteintes de pathologies mentales apparaissent globalement en plus mauvaise santé physique que le reste de la population.

Les enquêtes montrent une surmortalité, une sur morbidité et une importance significative des déficiences.

La surmortalité est plus importante chez les malades mentaux hospitalisés que dans la population générale (3 fois chez les hommes, 4 fois chez les femmes).

- Les principales causes de décès sont les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs, les traumatismes, les intoxications et les maladies du système respiratoire (enquête INSERM 1968-1982)
- La surmortalité augmente avec l'ancienneté de l'hospitalisation. Elle est maximale, multipliée par 10, lorsque le patient hospitalisé est issu d'une structure médico-sociale avec hébergement (enquête HID 1998-2001).

- Dans la sous population des schizophrènes, la surmortalité est 4,5 fois plus importante avec un taux de suicide 20 fois plus élevé et à un âge particulièrement jeune. L'espérance de vie des schizophrènes est diminuée de 10 ans (enquête INSERM 1993-2001).
- Les personnes suivies régulièrement pour troubles mentaux déclarent davantage de déficiences physiques, motrices et métaboliques que la population générale (HID 1998-2001 et Chapireau 2002)

C'est sur ce constat que le CHMD a fait de gros effort pour installer sur ses lits d'hospitalisation, une équipe de soins somatique de 5 ETP de médecins somaticiens et d'un ETP de diététicienne. (Voir projet axe transversal).

Néanmoins, 80% de notre file active n'est jamais hospitalisée, c'est cette population qui est la moins bien suivi en médecine générale.

Beaucoup de patients suivis au CMP ou Hospitalisés n'ont pas de médecin traitant ou ne le connaisse pas.

L'ARS a fait de l'amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux une de ses priorités dans le PRSS.

La certification a mis en évidence un déficit de suivi en soins somatique sur l'extrahospitalier.

Les psychiatres des CMP eux-mêmes sont en difficultés devant les problèmes de dépistage, de suivi, et de coordination des patients qu'ils suivent.

C'est pourquoi nous proposons la création d'un poste de médecin somaticien, coordinateur sur l'extra hospitalier.

Son intervention se fera dans un premier temps sur les CMP pivots des secteurs de psychiatries adulte.

Sa mission :

- Coordonner les soins généraux entre le CMP, l'hospitalisation, et les médecins généralistes quand il y en a.
- Favoriser l'orientation des patients sans suivi vers un médecin généraliste de son secteur.
- Dépister les risques liés aux traitements chez les nouveaux patients soit en prescrivant les examens complémentaires indispensable (ECG, biologique, Recherche des facteurs de risques) soit en orientant le patient vers son médecin généraliste pour qu'il prescrive ce bilan.

2.8 REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE (RPS) :

AMELIORATION DE L'EFFICIENCE DES HDJ ET CATTP ET CREATION D'UN ATELIER THERAPEUTIQUE SUR LE POLE NORD ATLANTIQUE SUD

Bien qu'il existe des définitions et des cadres règlementaires pour les HDJ ou les CATTP, ils semblent suffisamment flous et anciens pour avoir permis sur le terrain une multitude d'expériences, très différentes les unes des autres, parfois même au sein d'un même établissement. La revue des hôpitaux de jour psychiatriques et des thérapies institutionnelles notait cette diversité fondée sur une multiplicité de critères : modèles théoriques autour des neurosciences, de la réhabilitation psycho-sociale, du rétablissement ou de la psychothérapie institutionnelle, choix et nature des équipes thérapeutiques, tranches d'âges, programmes spécifiques par pathologie, recommandations de prise en charge précoce, demandes des patients, etc.

Nos propres structures ambulatoires HDJ / CATTP n'échappent pas à cette diversité toutefois elles ont résolument pris une orientation en faveur des actions de soins faisant la promotion de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement. L'utilisateur est au centre du dispositif avec l'idée de mettre à sa disposition un ensemble de services en fonctions de ses besoins et de ses attentes et de l'avancée, non plus uniquement de son projet de soins mais plutôt de son projet de vie.

Un service « à la carte », dans son milieu de vie, en associant soins, réadaptation et accompagnement social de manière coordonnée. Un service qui se propose d'aborder les domaines susceptibles de mettre les personnes porteuse d'un trouble de santé mentale chronique en situation de handicap :

Relation et interaction avec autrui, communication : Interventions sur les symptômes positifs et l'anxiété (Délires, hallucinations, déficit théorie de l'esprit, déficit métacognitif)

Vie domestique, entretien personnel et mobilité : Interventions sur les symptômes négatifs (Apragmatisme, aboulie, anhédonie)

Grands domaines de la vie - Tâches et exigences générales : intervention sur l'autonomie et la qualité de vie (budget, gestion du temps libre, etc.)

Apprentissage et application des connaissances : Interventions sur les fonctions cognitives (Mémoire/ Attention / concentration / Fonctions exécutives : planification actions)

Vie communautaire, sociale et civique : Accompagnement socio-professionnel, ré-amarrage aux ressources communautaires, réinsertion sociale et citoyenne.

Les hôpitaux de jour développent l'axe de la réadaptation avec des interventions de groupe, régulières et intensives et au regard des incapacités fonctionnelles de la personne. Fortement inspirés par les thérapies comportementales et cognitives, ils misent sur ses forces et le développement maximal des capacités de l'utilisateur, de ses habiletés sociales et de son autonomie par des procédures intensives d'apprentissage et de soutiens environnementaux. Les hôpitaux de jour développent également des programmes de psychoéducation en direction des patients et de soutien aux familles.

Les CATTP sont amenés à développer l'axe de la réhabilitation. Ils visent à amener la personne à franchir un pas de plus dans son développement, en la soutenant de façon pleine et entière dans son intégration sociale. Elle vise plutôt l'actualisation de ses compétences dans les situations concrètes, par sa participation active dans son milieu et l'aide à la réalisation de son projet de vie. Les moyens de mise en œuvre dans les CATTP consistent à accompagner la personne dans ses démarches d'intégration ou de participation sociale et dans l'utilisation de toutes les ressources communautaires mises à sa disposition : l'aider dans ses ressources d'hébergement, dans des programmes de préparation, d'entraînement et de soutien en emploi, ou encore l'inscription dans le tissu associatif et culturel du milieu. Ses actions se dérouleront en individuel mais aussi par le biais d'ateliers ou

d'accompagnements surtout les domaines d'accès au logement, à l'emploi ou l'apprentissage, à la culture, à l'actualité ou aux nouvelles technologies.

La finalité des prises en charge, conjointes ou successives en HDJ et en CATTP, est le rétablissement de l'usager et son installation dans une pleine citoyenneté. C'est un processus qui met l'accent sur la globalité de la personne et cherche à fournir, dans une approche compréhensive, les services nécessaires à l'adaptation en matière de ressources communautaires et de croissance personnelle. "

2.9 DEVELOPPER DES APPARTEMENTS DE TRANSITION SUR LES POLES ADULTES ET ETENDRE LES APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES AU POLE NAS

Un certain nombre de patients doivent bénéficier d'un soutien soignant plus important compte tenu de leur pathologie. La création d'appartements thérapeutiques (déjà installés au pôle Centre Nord Caraïbes), reste un des moyens utiles pour répondre au besoin de réinsertion des patients du pôle Nord Atlantique Sud.

Ils permettent à un certain nombre de patients, en situation clinique complexe, de quitter l'institution psychiatrique en bénéficiant, en sus d'un suivi ambulatoire au centre médico-psychologique (CMP), voire d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou d'un hôpital de jour.

Ils s'intègrent à d'autres solutions de logement avec soutien, à temps partiel ou à temps plein, d'une part dans le champ sanitaire (appartement thérapeutique, placement familial thérapeutique) ... » et d'autre part dans le champ médico-social (résidence d'accueil).

Constituant une alternative à l'hospitalisation complète, la prise en charge en appartement thérapeutique se place en intermédiaire entre l'hôpital et un hébergement autonome et permet une reprise en main du quotidien. Il s'adresse aux patients ayant une pathologie stabilisée, (majoritairement schizophrénies et troubles spécifiques de la personnalité), une capacité à s'adapter à l'absence des soignants et à affronter seul la vie quotidienne. C'est pourquoi, l'intégration d'un patient dans un appartement thérapeutique s'appuie sur un projet individuel de soins, élaboré par l'équipe soignante avec le patient. Cette démarche se formalise par le biais d'un contrat écrit et signé, à la fois par le patient et le médecin référent.

Il engage le patient au respect du règlement intérieur de l'appartement ainsi qu'aux modalités de soins qui lui sont proposées. L'appartement associe le soin et l'hébergement dans le but d'un projet de vie autonome.

Il est alors utilisé comme médiation thérapeutique et outil d'intégration. Cet hébergement thérapeutique est transitoire, limité dans le temps. Le séjour dans un appartement thérapeutique correspond à la situation d'hospitalisation avec un prix de journée et le paiement du forfait journalier. L'hébergement thérapeutique va articuler plusieurs fonctions pour lesquels le schéma organisationnel peut se résumer de la façon suivante : - fonction ré-adaptative – éducative

La réhabilitation dans les appartements va encourager les patients à reprendre, malgré leur maladie, une certaine autonomie :

- Responsabilisation pour la prise du traitement, toilette, ...
- Aide dans la gestion du budget, des démarches administratives,
- Action éducative dans la gestion du temps, de l'espace, des activités de la vie quotidienne (tâches ménagères, courses, repas, gestion du linge...), des relations sociales. - fonction d'hébergement.
- Fonction de transition l'hébergement thérapeutique assure une transition intermédiaire entre le « dedans » sécurisant et le « dehors » angoissant et déstabilisant. La durée du séjour doit être limitée dans le temps. - fonction psychothérapique Il s'agit d'un travail de « déchronicisation », pour éviter de recréer un nouvel asile. L'appartement thérapeutique représente un cadre

institutionnel rassurant, permettant le changement Dans le cadre du présent projet d'établissement, il est souhaité ouvrir 10 places en appartements thérapeutiques.

- Il appartiendra au projet du pôle Projet NAS –d'en fixer les modalités techniques et fonctionnelles.

2.10 AMELIORER L'EFFICACITE DES PRISES EN CHARGE EN AFT AVEC LE DEVELOPPEMENT DE SES INDICATIONS

AMELIORER LE CHEMIN CLINIQUE DU PATIENT PRIS EN CHARGE EN AFT

La saisie des informations cliniques relatives au suivi de l'utilisateur en AFT doit être systématisée dans le DPI afin d'améliorer la lisibilité de l'avancée de son projet de soin.

METTRE EN ADEQUATION LES INDICATIONS DES PLACEMENTS AFT

Il existe un certain nombre de placements inadéquats et d'accueillis totalement chronicisés au sein des UF AFT, héritage de placements de patients hospitalisés au long cours à Colson et non orientables dans les structures alternatives existantes à l'époque. Il nous faut travailler à trouver des solutions alternatives médico-sociales ou sociales à ces usagers. Nos objectifs sont de mettre tous nos placements en adéquation avec la vocation première des AFT, de faire diminuer les DMS en AFT afin de redonner un caractère actif et dynamique à cette alternative à l'hospitalisation très pertinente et bien adaptée à notre département.

SUSCITER L'IMPLICATION DES TUTELLES

Une meilleure implication des tutelles dans les projets de soin des patients en AFT est une condition importante à la réussite de ces projets. Nous devons travailler à leur mobilisation : réunion annuelle mandataires / familles d'accueil, séances de travail régulières avec l'équipe pour mener à bien le placement et les orientations post-AFT.

RECONSIDERER LE ROLE DE L'AAH DANS LE PROJET DE SOINS DU PATIENT EN AFT

Un placement en AFT est considéré administrativement comme une hospitalisation temps plein. A ce titre l'AAH est minorée après 60 jours d'hospitalisation. Cette mesure est contre-productive et inadaptée à la philosophie des AFT comme alternative de réhabilitation psycho-sociale décentrée de l'hôpital. Elle freine les projets d'autonomisation et de réinsertion des usagers. Nous avons pour objectif d'initier un travail avec les tutelles, les mutuelles et/ou directement avec la CAF afin de reconsidérer la situation des prestations sociales versées aux personnes bénéficiant d'un placement en AFT.

ELARGIR LES INDICATIONS DE L'AFT

Redonner un caractère encore plus actif et dynamique aux AFT passe également par une diversification des indications de placement : accueils séquentiels en lien étroit avec les familles d'origine, séjour de rupture dans les situations de crises, séjour post-hospitalisation, patient Co morbide (toxicomanie). Ces nouvelles indications passent par l'élaboration de procédures de placements courtes et rapides, par un soutien étroit des familles mais aussi par une nouvelle phase de recrutement (à l'occasion de départs à la retraite) au profit de nouveaux profils de familles (accueillant masculin, compétences éducatives, etc.).

2.11 DEVELOPPER LA PROMOTION DE LA SANTE ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE (ETP) A TOUTES LES ETAPES DU PARCOURS DE SOINS

Depuis la Charte d'Ottawa en 1986 jusqu'aux derniers arrêtés et décrets d'application (2010) de la loi HPST de 2009, les objectifs de l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de troubles chroniques s'inscrivent dans le parcours de soins du patient. Ils font la promotion d'actions de soins visant à rendre les patients plus autonome, à faciliter leur adhésion et leur participation à l'élaboration de leur programme de soins, à développer leurs capacités d'auto-soins et améliorer leur qualité de vie.

Le CHMD s'est donc intéressé, depuis plusieurs années, aux enjeux de l'éducation thérapeutique du patient au travers de la formation continue – notamment la sensibilisation à la psychoéducation des troubles bipolaires avec les centres experts de Fondamental Campus, le programme ARSIMED dans les troubles psychotiques, les programmes de Réhabilitation psychosociale – et par la mise en place des premiers ateliers thérapeutiques dans le champ de la prévention, de la réadaptation et de la psychoéducation comme par exemple : Groupe intersectoriel « accompagnement surpoids », Atelier « alimentation équilibrée », Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales (PRACS), Groupe psycho éducatif ou d'information sur la maladie et le traitement (PACT), Programme de psychoéducation « insight », IPT, TomRemed, Compétences.

Ces initiatives ont naturellement convergé vers le groupe EPP *promotion de la santé et ETP* en 2017. Cette EPP avait pour objectifs de développer un programme d'ETP et d'assurer la promotion d'une dynamique de coopération et de coordination entre les pôles autour de cette question. Il devait aboutir à la proposition d'une stratégie de développement de l'ETP sur notre établissement.

Ces objectifs n'ont été que partiellement atteints. Le groupe EEP s'est surtout concentré sur l'élaboration d'un programme d'ETP, aujourd'hui en cours d'évaluation, qui s'est directement inscrit dans une dynamique de mise en œuvre et dans une logique de proximité puisqu'il ne concerne que le secteur ambulatoire du Nord-Atlantique, même si au terme de son expérimentation fin 2019, il sera proposé au reste de l'établissement et à l'ARS pour validation.

Parallèlement, d'autres initiatives fortes ont été entreprises avec en particulier en 2019 la formation d'une équipe au programme PROFAMILLE au bénéfice des proches de personnes relevant de schizophrénie dont le recrutement va commencer au 2^{ème} semestre 2019 avec un lancement attendu du programme au 1^{er} trimestre 2020.

Malgré ces progrès, la pratique de l'ETP ne s'est pas encore suffisamment diffusée et nécessite de poursuivre un travail régulier de sensibilisation et de formation auprès des soignants. La politique de promotion de la santé de notre projet médical d'établissement tire également les conclusions de notre cartographie des risques en la matière et propose des actions d'amélioration.

Notre projet médical poursuit donc l'objectif d'élaborer une politique de développement de l'ETP sur notre établissement. Elle passe par :

- Une cartographie des moyens et des besoins en termes de formation des soignants autour de l'ETP, de la promotion de la santé et de la réhabilitation psychosociale.
- Un questionnaire et un audit sur les nombreuses actions de psychoéducation et de réadaptation actuellement à l'œuvre sur l'établissement.
- L'intégration de tous les pôles cliniques de l'établissement et de la Direction des Soins à l'EEP *promotion de la santé et ETP*.
- La mise en place d'une évaluation systématique des besoins éducatifs du patient en intra et extrahospitalier intégrée au PSI, lui-même intégré au DPI.
- La mise à disposition en accès libre et pour les professionnels de documents d'information en lien avec la santé mentale et la santé physique.
- Le développement de programmes de psychoéducation en intrahospitalier.

- La validation auprès de l'ARS du programme d'ETP pour les patients atteints d'un trouble relevant du spectre de la schizophrénie.
- La mise en place du programme PROFAMILLE sur le département.
- La création et la diffusion sur supports papier et sur le site internet du CHMD, d'une cartographie des programmes « *Promotion de la santé* » du CHMD à destination des usagers et leurs aidants dans le but de faciliter l'accessibilité à l'information et aux programmes de psychoéducation en Martinique.
- La diversification des pathologies concernées par les actions de promotions de la santé (pédopsychiatrie, addictions, dépression).
- La mutualisation des formations relatives à la promotion de la santé entre les Pôles.

INTRODUCTION :

Une fois de plus l'Etablissement est confronté à un challenge de taille :

Poursuivre la déshospitalisation dans un contexte de tension sur les lits en place.

La programmation de la fermeture de 34 lits supplémentaires nous oblige à poursuivre le virage ambulatoire déjà engagé avec les CMP, CATTP et hôpitaux de jour déployés sur le secteur.

Pour répondre à ce pari, les trois pôles adultes ont imaginé des équipes mobiles spécifiques pour répondre aux problématiques de leur bassin de population.

Le pôle inter sectoriel doit dès maintenant mettre en place ses équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (PPA) pour enclencher une déshospitalisation progressive de son service de gérontopsychiatrie qui doit fermer.

Le pôle Centre a choisi du fait de ses difficultés à contrôler un flux important d'hospitalisation sur son secteur, de mettre en place une équipe de soins intensifs dans le milieu. Celle-ci s'adresse au groupe de patients aux hospitalisations très fréquentes. L'EMSRIP doit répondre à cette mission de prévention et d'accompagnement.

Le Pôle Nord Atlantique Sud (NAS) a choisi d'orienter ses efforts sur les jeunes adultes psychotiques, qui du fait de l'éloignement des centres des soins sur ce pôle rural, ont des difficultés dans la mise en place de programmes spécifiques précoces.

Au total trois équipes mobiles pour répondre à la perte de lits d'hospitalisation temps plein mais aussi, pour apporter sur le terrain une offre de soins jusque-là absente.

3.1 L'EQUIPE MOBILE DE P.P.A

Elle offrirait une prise en charge spécifique pour les personnes âgées de plus de 60 ans présentant une souffrance psychologique ou des troubles psychiatriques. Une équipe qui déplacerait son expérience géronto-psychiatrique médicale et infirmière, qui permettrait d'être au plus près de la personne âgée dans son environnement quotidien pour évaluer, conseiller, accompagner, soigner...

Chaque accompagnement fera l'objet d'un programme individualisé, gradué et adapté en complémentarité et en partenariat avec tous les intervenants.

Cette équipe offrira une alternative à l'hospitalisation et permettra dans la mesure du possible le maintien du patient dans son milieu. Elle a pour objectif :

- D'évaluer l'autonomie du patient et ses difficultés à domicile,
- De le soutenir psychologiquement lui et sa famille,
- De l'accompagner dans son projet de vie et de soin.

L'équipe mobile de P.P.A travaillera en lien avec les CMP et les intervenants à domicile, avec le médecin traitant et les structures sanitaires ou médico-sociales...

Elle favorise le Dépistage précoce et l'amélioration de la prise en charge des sujets âgés, avec une Aide au diagnostic et à la décision pour les thérapeutes sur toute la Martinique.

Revenons encore aux structures médico-sociales, à l'HAD : l'équipe mobile sera très à l'écoute de ces partenaires, agir en amont de manière proactive à travers la diffusion des connaissances, l'aide et le soutien des équipes sanitaires et médico-sociales,

Sans oublier les aidants en leur offrant un espace d'écoute et de partage à travers des groupes de parole,

des GEM...Le rôle de l'équipe mobile ne sera rempli qu'après la Mise en place des réseaux sanitaires et sociaux (gériatrie, EHPAD, HAD...), un rôle simple et primordial qui est de Rendre sa place de citoyen à la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques. Afin d'aborder le futur avec plus de sérénité et de sécurité.

Cette équipe sera une alternative à l'hospitalisation complète et à l'institutionnalisation.

3.2 L'EQUIPE MOBILE DE SOINS INTENSIFS ET DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE DU POLE CENTRE (EMSIRP)

LES FONDEMENTS DE LA DEMARCHE

Au sein d'un réseau psychiatrique moderne, diversifié et adapté aux besoins évolutifs des personnes en difficultés, s'impose une équipe mobile psychiatrique ayant vocation à effectuer sur le territoire du pôle et singulièrement en son centre, un travail de terrain en soins intensifs et de réhabilitation, pour préparer et accompagner les sorties de certains patients hospitalisés, pour lesquels les équipes des unités sont en très grandes difficultés pour effectuer des sorties maîtrisées.

C'est ainsi que leurs séjours se prolongent compte tenu de leurs profils cliniques, familial et social. Profils vécus comme inquiétants et entretenant un rejet massif du milieu de vie, s'estimant victime de violences, de traumatismes, exprimant ainsi sa peur et son impuissance devant des tableaux récurrents.

Profils favorisant des rechutes rapides sur lesquels l'organisation ordinaire des CMP est inopérante, avec son modèle consultations, entretiens, VAD, soins programmés ; très satisfaisant mais pour d'autres profils. En dehors de phases d'hospitalisation ces profils problématiques nous sont signalés par les familles ou les équipes, le risque de crises avec hospitalisation est alors élevé.

Pour ces profils il faut un modèle de soins adaptés avec une équipe spécialisée dédiée.

Il s'agit de travailler au domicile ou dès la phase d'hospitalisation, pour créer les conditions d'une alliance thérapeutique avec cette population très instable quasiment toujours en comorbidité psychiatrique/addictions.

Patients en rapides ruptures de soins à leurs sorties habituelles et qui présenteront à plus ou moins brèves échéances des états de crises alimentant le cycle sans fin de ré-hospitalisations psychiatriques entretenant le problème d'occupation des lits disponibles.

Dans le système actuel, ces profils de patients sont en surconsommation de lits psychiatriques, faute de modalités de suivi adaptées à leur cas.

Ce constat est fait par toutes les équipes psychiatriques en Europe et en Amérique du nord notamment, où ce concept d'équipe mobile de soins intensifs psychiatriques fonctionne depuis plusieurs dizaines d'années avec satisfaction.

Cette équipe mobile doit avoir pour particularité de travailler en transversalité dans toutes les structures hospitalières et extra hospitalières du pôle, devant s'attacher à coller au plus près des parcours de vie de cette population instable, insaisissable souvent.

L'équipe mobile doit donc déployer son action en fonction des besoins des patients et agir en lien avec les différentes équipes intéressées autour de projets individuels discutés et validés en réunion de synthèse élargie.

L'objectif est la réinsertion par l'accompagnement et la réhabilitation psychosociale, en préparant cette réinsertion à MV dans les unités, par un travail individualisé propre à l'EMSIP, en lien avec les unités, entretien médical, infirmier, éducatif, accompagner dans la cité les patients dans leurs démarches autant que de besoin, sans impacter la continuité des soins dans les unités, travailler à dédramatiser et renouer

des liens avec les familles, travailler à régulariser sa situation sociale, développer ses compétences dans les gestes de la vie quotidienne, prévention et éducation à la santé etc....

C'est le même type de prise en charge qui est mis en place au domicile lorsqu'il fait suite à un signalement.

Un fois le patient sorti, l'EMSIRP assure son suivi intensif et sa réhabilitation psychosociale dans son lieu de vie.

La durée du suivi par L'EMSIRP est décidée par l'équipe au vu de l'évolution du patient.

Dès que son état le permet son suivi est pris en relais en coordination avec le CMP de proximité.

ORGANISATION DE L'EMSIRP

L'équipe travaille en trinômes Infirmier/ Assistant social/Educateur spécialisé disposant de bureaux dédiés à Centre 1 et 2 pourvus de postes informatiques, de trois portables et de trois véhicules, l'équipe joue un rôle d'interface dynamique entre l'hospitalisation et l'extrahospitalier.

Les documents et dossiers tenus par l'équipe seront mis en sécurité dans des armoires.

Le planning retenu sur la base de 7h30 s'étend en 3 équipes une le matin, une l'après -midi et une en intermédiaire, de 7h30 à 18h30 du lundi au vendredi avec une astreinte téléphonique le WE.

Le service se prend dans les unités d'hospitalisation pour travailler en très étroites liaisons avec les équipes. Les véhicules doivent être positionnés à MV.

Le temps en psychologue est déterminant pour le travail avec les familles et l'analyse des pratiques. Il nécessite une formation poussée sur la prise en charge des systèmes familiaux L'équipe se réunira autant que de besoin dans l'une des salles de réunion en C1 et C2 et rend compte régulièrement du suivi des patients en réunion de synthèse avec les unités.

La réhabilitation psychosociale qui utilise de multiples approches est un moyen et non une fin en soi. Ses méthodes de prise en charge des conséquences de la maladie, sont mises en œuvre dans diverses structures du pôle, pour répondre au mieux aux besoins évolutifs des usagers, sans rupture entre les différentes unités de prise en charge. C'est un modèle psychodynamique qui s'appuie sur les ressources propres des personnes pour les faire progresser sans cesse dans leur parcours de vie.

Cette cohérence dans le projet du pôle centre a pour but de faire sens pour le patient et l'aider à (re)construire, à travers la diversité des lieux et des temps, le lien intérieur brisé ou tourmenté, qui fait son histoire personnelle

3.3 EQUIPE MOBILE PSYCHOSE DEBUTANTE DU POLE NAS

LES JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES : ETAT DES LIEUX

Les troubles psychotiques font partie des troubles mentaux sévères et touchent environ 3 % de la population. Ils débutent le plus souvent chez les adolescents et les adultes jeunes et peuvent être ignorés pendant plusieurs mois, voire plusieurs années.

La psychose est un trouble du cerveau qui amène une altération du contact avec la réalité. Les changements peuvent survenir au niveau des perceptions, des pensées, des émotions et des comportements.

Lorsqu'elle est non traitée, la psychose occasionne beaucoup de souffrance et son impact se répercute à divers degrés sur le fonctionnement social, familial, scolaire et professionnel.

Ce pronostic sombre de la psychose est contredit par des études récentes qui montrent qu'un nombre non négligeable de patients évoluent positivement après un premier épisode de psychose.

Un des facteurs prédictifs majeur d'une bonne évolution serait la durée de la psychose non traitée (DUP).

La prise en charge d'un premier épisode psychotique (PEP) doit être le plus précoce possible afin de limiter au maximum l'impact de la psychose sur la vie du sujet. Birchwood et al. (1993) ont déterminé une période critique, correspondant aux 2 à 5 premières années après un PEP qui seraient les plus vulnérables aux rechutes et aux développements de handicaps durables. C'est aussi ce que laissent suggérer les études de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ainsi, des programmes spécialisés dans l'intervention précoce et intensive pour les patients présentant un PEP ont été développés depuis une quinzaine d'années. Ils visent à faciliter l'accès aux soins et à déstigmatiser la psychose auprès des jeunes patients et de leurs familles, souvent réticents à établir un lien avec les services de psychiatrie.

L'intervention précoce a pour but de réduire le délai entre la survenue du PEP et la mise en place de soins, afin d'améliorer le pronostic. Les objectifs sont de promouvoir la rémission, tant sur le plan clinique que fonctionnel, et de prévenir les rechutes. Les principes de prise en charge reposent sur l'utilisation d'interventions psychosociales (psychoéducation du patient et de la famille, thérapie familiale, traitement ambulatoire intensif, emploi assisté ou aide au retour à l'emploi, thérapie cognitivo-comportementale et entraînements aux habilités sociales) et de traitements pharmacologiques (faibles doses d'antipsychotiques associés si nécessaire à des traitements régulateurs de l'humeur ou anxiolytiques).

Plusieurs programmes ont montré des bénéfices par rapport aux traitements habituels délivrés par les services de psychiatrie générale, dans des essais contrôlés randomisés :

- Meilleure observance à la prise en charge et nombre d'hospitalisations moins élevé à 18 mois, pour les patients traités dans le programme anglais the Lambeth Early Onset team (LEO) (Craig et al. 2004),
- Meilleure évolution clinique à 12 et 24 mois, meilleure observance et meilleure satisfaction au traitement, pour les patients traités dans le programme d'intervention intensive et précoce danois (programme OPUS) (Petersen et al. 2005),
- Meilleur rapport coût-efficacité, pour les patients traités par le programme australien Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC) (Mihalopoulos et al, 2009) mais également pour les patients traités par l'équipe LEO (McCrone et al., 2010).

En Martinique, la prévalence des troubles psychotiques est trois fois supérieure à celle observée en métropole (enquête OMS-INSERM de 2000), ce qui accroît l'intérêt de pouvoir développer un programme spécifique d'évaluation et de prise en charge adéquate des psychoses émergentes.

On pourrait ainsi diminuer à terme le poids considérable, sanitaire et économique que constituent les psychoses chroniques sévères lourdement invalidantes.

INTERVENTION INTENSIVE PRECOCE DANS LES PSYCHOSES DEBUTANTES

Plus l'intervention est offerte tôt dans la psychose, plus elle permet d'être sécuritaire, acceptable, efficace et peu coûteuse, relativement aux interventions offertes dans les stades plus tardifs et sévères du trouble.

Un repérage et la prise en charge précoce des patients présentant des troubles psychotiques débutant sont donc nécessaires. Un tel objectif passe par l'amélioration de l'accessibilité des soins à un service approprié aux jeunes adultes psychotiques.

Pour cela, une équipe destinée aux jeunes adultes psychotiques doit clairement être identifiée par tous les intervenants travaillant avec les jeunes, mais aussi par toute personne (famille, patient) en demande.

Un réseau doit être créé entre les différentes structures de soins de premières lignes que ce soit les urgences, les CMP, les médecins généralistes pour permettre un contact rapide avec cette équipe spécialisée.

Le premier contact doit être rapide et facile. Une équipe mobile doit pouvoir se déplacer rapidement à la rencontre du jeune s'il ne peut venir par ses propres moyens (en cas d'hospitalisation par exemple). Un premier rendez-vous devra être lui être donné rapidement (dans la semaine, voir dans la journée).

OFFRIR DES METHODES DE SOIN DANS LA PRISE EN CHARGE DES SUJETS PRESENTANT UNE PSYCHOSE DEBUTANTE

Des thérapeutiques biologiques adaptées au stade de la psychose, avec l'utilisation d'antipsychotique à faible dose au cours des premiers stades.

Des outils psychothérapeutiques performants :

- L'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour permettre une meilleure adaptation du fonctionnement cognitif, comportemental et affectif. Certaines seront orientées vers la correction des déficits cognitifs de base, alors que d'autres viseront la modification des symptômes psychotiques (délires, hallucinations) au cours des premiers stades de la psychose.
- L'utilisation des entretiens motivationnels, soit pour favoriser l'engagement dans les soins et l'observance du traitement, soit pour favoriser l'établissement et la réalisation d'objectifs de vie appropriés (par exemple dans le domaine professionnel, relationnel, de l'autonomie, etc.), soit pour la prise en charge des conduites addictives associées.

Des outils de réhabilitation psychosociale : ces approches spécifiques se fondent sur le modèle stress-vulnérabilité. Selon Fallon (1996), les nouvelles stratégies psychosociales visent à atténuer l'impact des facteurs de stress environnementaux sur les personnes vulnérables au plan biologique, tout en encourageant leur intégration à la société. Elles aident les jeunes à retrouver leur équilibre mental, social, professionnel et à améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, elles ont recours à la psychoéducation et à la participation de la famille. En pratique, les principales méthodes utilisées sont :

- La psychoéducation à la maladie et au traitement auprès du jeune psychotique et de sa famille pour permettre une meilleure observance du traitement, la gestion des effets secondaires du traitement et des symptômes de la maladie.
- Apprentissage des habiletés de la vie quotidienne et de la vie sociale (réadaptation)
- Méthodes de remédiation cognitives plus récemment, ciblant les déficits cognitifs presque toujours présents dans les pathologies psychotiques. Elles se font sous forme d'apprentissages ou d'entraînements en ateliers spécifiques individuels ou en groupe.

Une intervention efficace et conforme aux bonnes pratiques comporte certaines exigences spécifiques :

- Procéder à un diagnostic rigoureux des troubles et de leur retentissement grâce à une évaluation multidimensionnelle portant notamment sur la psychopathologie, le retentissement fonctionnel et social et les déficits cognitifs.
- Etablir, dès le premier contact, une alliance thérapeutique avec le jeune et sa famille. Cette démarche est perçue comme la clé d'une relation thérapeutique continue et productive.
- Assurer la continuité et la cohérence des soins en mettant en place un suivi individualisé par « un référent » et en assurant la réactivité aux situations de crise et de rupture de soins par une équipe pouvant se déplacer. Le référent devra être attribué au jeune adulte, dès le début de sa prise en charge et ceci jusqu'à la fin.
- Garantir le traitement optimal des symptômes psychiatriques par des stratégies médicamenteuses adaptées, la psychothérapie de soutien et la thérapie cognitivo-comportementale orientée sur l'expérience psychotique.
- Permettre l'acquisition de diverses compétences adaptatives concernant la maladie et le traitement, la vie quotidienne, l'adaptation sociale et les relations interpersonnelles, la gestion du stress et des émotions (psychoéducation et réhabilitation psychosociale)
- Permettre le maintien et la récupération des capacités cognitives (remédiation cognitive)
- Conserver un environnement familial soutenant, une situation matérielle stable et sécurisante et une insertion scolaire ou professionnelle satisfaisante. Les moyens utilisés comporteront des interventions familiales, un accompagnement pédagogique et professionnel, des mesures d'assistance sociale et à la vie quotidienne (ressources, hébergements...). Il s'agit de limiter l'impact souvent catastrophique du premier épisode psychotique sur l'environnement psychosocial du patient ;
- Traiter et prévenir les addictions Co morbides. Il est nécessaire de les prendre en compte dès le début de la prise en charge des jeunes adultes psychotiques, en raison des réponses souvent plus lents à la médication dans ces cas. Cette prise en charge se fera (sauf cas extrêmes) sur la même structure, afin de permettre de conserver l'alliance thérapeutique créée.
- Engagement à maintenir les gains à long terme. La psychose constitue une grave atteinte physiologique dont le rétablissement exige beaucoup de temps. Les connaissances actuelles sur la période critique, les observations cliniques et la recherche donnent à penser que les personnes atteintes pourraient avoir besoin d'intervention précoce en consultations externes pendant cinq ans.

EVALUATION ET DIAGNOSTIC APPROFONDI

Le plus tôt possible, un premier contact doit être établi afin de déterminer si la personne présente des signes probables d'un début de psychose. Cette première évaluation clinique avec le patient et le cas échéant avec la famille permettra de détecter si le patient présente ou non des éléments de risque de psychose et permettra aussi de programmer les évaluations complémentaires en hospitalisation de journée ou encore de planifier une hospitalisation de semaine rapidement.

- S'il ne présente aucun signe et que sa prise en charge relève d'une autre structure, il peut être orienté dès ce stade vers la structure la plus appropriée (par exemple le secteur, le centre de soin pour adolescent, un psychologue libéral).
- Si le diagnostic de psychose débutante est posé, un bilan complet sera fait avec :
- Recueil d'information clinique (histoire développementale personnelle, familiale) fonctionnelle et social
- Évaluation diagnostique (CIM10)
- Evaluation de la symptomatologie grâce à des échelles (par exemple échelle Calgary dépression scale (CDS), positive and négative scale (PANSS)...))
- Evaluation neuropsychologique avec évaluation intellectuelle, évaluation des fonctions neuro cognitives
- Imagerie cérébrale (IRM ou scanner cérébral)
- Bilan biologique et électrocardiogramme
- Une consultation cardiologique

Le dernier temps de l'évaluation consistera à la restitution des résultats avec élaboration d'hypothèses diagnostiques, de propositions thérapeutiques et de cadre de soins. Ceci sera discuté en équipe, au cours d'une réunion de synthèse hebdomadaire, en présence des différents intervenants sollicités.

La restitution de cette synthèse est faite au patient et à sa famille.

SUIVI INDIVIDUEL

Suivi individuel intensif par le psychiatre traitant, pouvant s'étendre jusqu'à 5 ans. Il devra faire une évaluation et diagnostic de la psychose, une détection des troubles Co morbides, une détection des répondeurs lents à la médication, une planification du traitement psychosocial conjointement avec le référent, adapter le traitement à la phase de la maladie, assurer la continuité des soins de l'hospitalisation à l'extra. Durant la phase aigüe, le psychiatre verra toutes les semaines le patient, parfois avec son référent puis espacera les rendez-vous en phase de stabilisation.

Suivi individuel intensif par le référent, s'étendant jusqu'à la fin du suivi du patient sur la structure. Dès le premier contact du patient avec la structure le référent doit être identifié par le patient. Ce référent fait partie des professionnels de la santé mentale (infirmier ou travailleur social ou ergothérapeute). Il a un rôle pivot dans la prise en charge du patient. Il doit être formé à la relation d'aide et doit avoir une bonne connaissance de la psychose. Il est le contact psychothérapeutique principal pour le patient ; Il accompagnera le patient dans l'atteinte de différents objectifs identifiés lors du bilan initial puis réadaptés en fonction de l'évolution du patient. Ce référent assurera un suivi sous forme de consultations ambulatoires (sur une base hebdomadaire) mais également si besoin par téléphone et en se déplaçant sur le lieu de vie du patient.

Suivi psychothérapeutique individuel avec 3 orientations principales :

- Relation d'aide et de soutien
- Entretien motivationnel : style d'intervention brève visant à aider l'individu à trouver sa motivation pour modifier un comportement problématique, tel que des conduites addictives.

- Thérapies cognitivo-comportementales centrées sur les symptômes psychotiques
- Selon les compétences des différents intervenants, ces éléments peuvent être plus ou moins complètement intégrés dans le suivi psychiatrique et dans le travail du référent.

HOPITAL DE JOUR ET CATTIP : INTERVENTIONS DE GROUPE POUR LES JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES

Thérapies de groupe spécialisées

Ils seront animés par deux intervenants (un référent du groupe et un intervenant « tournant »).

Groupes de psychoéducation les objectifs du groupe sont :

- De fournir de la psychoéducation sur la psychose et son traitement
- D'aider les patients à apprendre à vivre avec la psychose et à mieux gérer les stress
- De reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute
- De renforcer le support des pairs
- De réfléchir à son rétablissement et identifier des projets de vie.

2 groupes :

- Un groupe de patients atteints de troubles bipolaires. Ce groupe est fermé et durera un certain nombre de semaines selon un programme prédéfini, avec les mêmes participants stabilisés du début à la fin.
- Un groupe ouvert de patients atteints de psychose. Un thème différent sera abordé chaque semaine (la psychose, le stress, les habitudes de vie, les médicaments, les rechutes, le rétablissement). Dès que le patient pourra être intégré à un groupe, il en fera partie.

➤ Groupe d'habilités sociales et de résolution de problèmes interpersonnels : groupe TTC

Ce groupe vise à enseigner aux patients des habilités relationnelles pour améliorer leur fonctionnement social, tant sur le plan des savoir-faire comportementaux (habilité de communication verbale et non verbale), que des savoir-faire cognitifs (habilité à résoudre des problèmes), au moyen du jeu de rôle. Ce groupe ouvert accueillera des patients stabilisés.

➤ Groupe « abus de substances » : groupe de parole permettant de donner un espace aux jeunes pour réfléchir sur leur consommation et leur permettre de retrouver un nouvel équilibre de vie sans toxique. Des thèmes seront proposés pour favoriser les échanges autour de la consommation. Une approche type entretien motivationnel sera utilisée ;

GROUPE D'ACTIVITES AYANT VALEUR DE MEDIATION THERAPEUTIQUE

Activité poterie, activité de médiation corporelle, activités sportives. Activités qui peuvent avoir lieu à l'extérieur du site.

Un référent principal (personnel soignant) de ses activités sera secondé par un intervenant extérieur spécialisé dans chaque activité et par un intervenant « tournant ». Une évaluation précise pour chaque patient devra être faite après chaque activité.

Ces groupes visent à :

- Evaluer le fonctionnement cognitif, affectif et social
- Offrir des activités structurantes avec des horaires réguliers, un certain effort de réorganisation en vue d'un retour à la vie scolaire ou professionnelle.
- Travailler les habilités sociaux
- Augmenter l'alliance thérapeutique par l'activité au quelle le référent et l'intervenant participe au même niveau que le patient ;
- Favoriser une bonne hygiène de vie et éviter l'apparition des troubles métaboliques grâce au groupe sport.

Interventions familiales

Les familles doivent être impliquées activement pour prendre part au traitement de leur proche. L'intervention familiale débute par le contact initial et l'évaluation du patient. Durant la période de suivi, les familles sont invitées à rencontrer régulièrement les référents et le psychiatre pour recevoir information, conseil, soutien et collaborer pour améliorer les résultats du traitement.

Un groupe psycho-éducatif leur sera proposé, sur la forme d'un groupe fermé, hebdomadaire sur 6 semaines, animé par deux intervenants, avec des thèmes prédéfinis.

L'objectif de ce groupe sera d'informer la famille sur la psychose et ses traitements, la manière de soutenir le rétablissement de leurs proches mais aussi de leur donner de l'opportunité et de rencontrer d'autres familles traversant les mêmes difficultés.

Hospitalisation temps plein

L'hospitalisation est parfois nécessaire afin de traiter un premier épisode psychotique et de traiter les rechutes. Les soins donnés en unité d'hospitalisation visent principalement à améliorer l'état du patient pour qu'il puisse rentrer chez lui le plus rapidement possible. Il est encouragé à prendre une part active à ce processus.

Il sera accompagné tout au long de son hospitalisation par l'équipe mobile et son référent.

Annuelle des patients

Les données recueillies au moment du premier entretien d'évaluation seront de nouveau recueillies tous les ans.

Les critères d'évaluation comprendront des données cliniques, psychosociales et cognitives afin de permettre d'évaluer :

- **L'évolution sociale et fonctionnelle :**
 - Autonomie à l'hébergement
 - Statut occupationnel
 - Autonomie au niveau des revenus
 - Capacité à gérer ses biens et sa personne
 - La responsabilité parentale
 - L'avancement des études
 - Échelle d'évaluation des fonctions psychosociales et professionnelles (GAS)

- **L'évolution symptomatique :**
 - Échelle des symptômes (PANSS, CDS, CGI)
 - Quantification des rechutes (détérioration marquée de l'état clinique avec résurgence des symptômes psychotiques) par :
 - Nombre d'hospitalisation
 - Nombre de jour d'hospitalisation
 - Nombre de rechute
 - Durée des rechutes
 - Nombre de consultations aux urgences
 - Durée de séjour aux urgences

Recommandation n° 6 : La mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire doit faire partie des priorités organisationnelles afin de donner une meilleure cohérence à l'offre de soins psychiatrique.

Recommandation n° 3 : L'organisation actuelle de la prise en charge des urgences doit absolument être revue. Elle implique une coopération étroite entre la psychiatrie universitaire et la psychiatrie de secteur. Celle-ci doit en effet retrouver sa place au sein du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques sur le site du C.H.U. au-delà d'une simple participation des praticiens aux gardes. Elle doit en effet pouvoir disposer d'un accès aux lits actuellement dédiés à ces urgences et pour cela y installer une équipe d'infirmiers de secteur mieux à même d'assurer une bonne fluidité entre les urgences et la psychiatrie sectorisée.

Recommandation n° 4 : Mettre fin à la situation actuelle de simple coexistence entre une psychiatrie universitaire et la psychiatrie de secteur, une collaboration sur le plan de la pratique clinique est aussi indispensable. En effet, si chacun doit garder sa spécificité, à l'heure de la mise en place des communautés psychiatriques de territoire, l'offre de soins pour la population de la Martinique impose cette collaboration qui doit au moins porter sur l'organisation de la psychiatrie dite de liaison, sur les relations avec le S.M.P.R., l'addictologie et par ailleurs sur l'accueil des internes afin de mieux fidéliser les futurs praticiens en psychiatrie dont le territoire a absolument besoin.

4.1 CONVENTIONNER LA COUVERTURE SOMATIQUE DE MANGOT VULCIN SUR LES TEMPS DE GARDES.

Recommandation n° 5 : Sur le site de Mangot Vulcin un protocole de prise en charge des urgences vitales en psychiatrie doit être mis rapidement en place avec les services somatiques du site. Le recours actuel au 15 paraît à la fois absurde, compte tenu de la proximité des soins somatiques, et il représente par ailleurs une perte de chance pour les patients, compte tenu du délai de mise en œuvre de la réponse.

Au-delà de l'urgence vitale, une bonne intégration de la psychiatrie à l'hôpital général passe par des collaborations formalisées avec les services somatiques en fonction des attentes de chacun, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison au sein du site de Mangot Vulcin.

4.2 REOUVERTURE D'UNE UNITE POST-URGENCE (TYPE U72)

Création d'une unité d'hospitalisation post-urgences pour l'accueil des patients sous contraintes

Objectifs :

- Permettre un accueil adapté aux patients adressés aux urgences qui nécessite une prise en charge de très courte durée, sous-contrainte.
- Protéger les lits d'hospitalisations sur le site de MV en créant une alternative de prise en charge très courte durée.
- Accueillir ces patients pour une durée maximale de 72 H
- Disposer d'un temps d'observation suffisant dans des conditions de prise en charge adaptées pour orienter au mieux le patient, et de préférence vers un retour au domicile.
- Confirmer le rôle de l'USIP, dans la prise en charge des cas les plus lourds.

- Etre en conformité avec les dispositions législatives, concernant l'hospitalisation sous-contrainte.
- Eléments de diagnostic justifiant cette action. Il existe une tension permanente sur les lits d'hospitalisation en psychiatrie à MV qui nécessite de les réserver au cas les plus graves.
- Les locaux dévolus à la psychiatrie au sein du NPT ne sont pas adaptés à un hébergement de plus de 24H et la place disponible est très insuffisante (2 box)
- Certains patients en crise sont orientés vers une hospitalisation de plusieurs semaines, alors qu'une prise en charge de moins de 72H en unité spécialisée pourrait suffire.
- L'absence de période d'évaluation des patients en amont se traduit par des orientations inadéquates.

Contenu du projet :

Créer une unité dédiée à la prise en charge des patients sous-contrainte pour des durées de prise en charge de moins de 72H :

- L'unité doit être située dans les locaux du CHUM afin de travailler de façon continu et complémentaire avec le service des urgences psychiatriques.
- Bénéficier de la couverture de la garde psychiatrique aux urgences.
- Capacité 5 à 10 lits
- Ouverture H 24

Ce projet participe d'une optimisation de la rotation des lits en hospitalisation il permet de réduire la durée de passage aux urgences qui constitue un facteur de risque pour les patients sous-contraintes. Ce service était déjà ouvert et validé par l'ARS en 2010

Le but recherché :

- Améliorer la fluidité de la filière de soins en facilitant l'aval des urgences
- Mettre en place des modalités de prise en charge les plus adaptées et diminuer les risques pour les patients.
- Renforcer le décloisonnement des structures urgences et hospitalisation
- Conforter le CHMD comme coordinateur du dispositif de soins en santé mentale.

4.3 REMISE EN PLACE DE L'EQUIPE DE L'EMUP AU SAMU

Il s'agit de remettre en place cette équipe et de la rétablir dans ses fonctions :

Pour rappel, l'Equipe Mobile d'Urgence psychiatrique était une équipe de 2 infirmiers psychiatriques par jour, avec un véhicule léger, intégrée à l'équipe du SAMU, sous l'autorité conjointe du régulateur du SAMU et du psychiatre des urgences.

Son rôle : régulation en concertation avec le régulateur du SAMU, des appels au 15, pour tout ce qui concernait les troubles mentaux.

Son rôle de régulation, son accès au dossier informatisé de psychiatrie et la connaissance du réseau, permettaient d'orienter avec pertinence les demandes de prise en charge (Urgences, CMP, ville, social, association, etc.) désamorçant les passages inutiles aux urgences et favorisant la fluidité globale du système.

De par son caractère mobile, elle permettait d'évaluer sur place les situations complexes, adaptant les moyens à mobiliser en fonction des cas.

En lien avec les CMP, les médecins de ville, les forces de l'ordre et le SAMU, elle organisait les interventions sur le terrain, favorisant la conformité des procédures d'hospitalisations sous contrainte.

Recommandation n° 14: COPERMO

« Le développement de la pédopsychiatrie doit continuer à être accompagné notamment en ce qui concerne les futures réimplantations des sites extra hospitalier. Si le projet d'universitarisation de la pédopsychiatrie doit se concrétiser il est indispensable que cela se fasse pour la partie clinique en étroite collaboration avec la pédopsychiatrie de secteur afin d'éviter de reproduire les clivages préjudiciables observés au niveau de la psychiatrie adulte ».

La souffrance psychique des enfants et des adolescents est devenue un enjeu majeur de santé publique. Si une part des demandes est directement adressée au secteur pédopsychiatrique (CMP et CSA), une grande partie arrive directement aux urgences pédiatriques. La réponse classique à cette situation est la mise en place d'antennes de « Psychiatrie de Liaison ». Mais cette notion apparaît très limitée pour une structure comme la MFME au regard des enjeux.

A son origine, environ quarante ans, la Psychiatrie de Liaison avait comme but de créer des liens entre monde médical et monde psychiatrique, jusque-là plutôt étanches l'un à l'autre. Aujourd'hui la communication et l'interaction entre ces univers est un fait accompli.

A l'époque, une autre fonction de la « Liaison » était de créer une culture psychothérapique auprès de la population, ce qui n'est plus le problème actuellement. Au contraire, de nos jours, la demande de prise en charge psychologique des usagers est fréquente. Pour des raisons diverses, culturelles et organisationnelles, cette demande passe très souvent par les urgences et les unités de pédiatrie de la MFME et non directement les CMP. Quand la demande n'est pas directement exprimée, elle l'est par le corps ou le comportement des enfants et des adolescents. La pédiatrie joue alors un rôle pivot central.

Désormais l'attention est portée sur le « parcours » du patient : son devenir à l'intérieur de l'offre de soins, de plus en plus complexifiée.

HISTORIQUE

Durant des années le service de Pédiatrie de la MFME a travaillé avec les équipes du CHS. A partir de 2005 l'inter secteur centre, alors dirigé par le Dr Billon, avait mis à sa disposition des équipes qui se sont progressivement renforcées et qui, en pratique, avaient abouties à un CMP « intra-service » qui avait, sur sa fin, l'une des plus fortes activités du pôle pédopsychiatrie du CHS Maurice Despinoy. Cette unité, qui rendait d'immenses services à la population a été supprimée pour des motifs budgétaires. Elle a été remplacée par une équipe mobile d'hospitalisation adolescent (EMHA) aux moyens (un passage 3 matinées par semaine) et aux missions beaucoup plus limités puisqu'elle ne s'occupe ni des enfants ni de « psychologie médicale », distinction qui nous semble artificielle.

Grace à cette osmose, le personnel de Pédiatrie a cependant développé et conservé un savoir-faire et des compétences spécifiques pour travailler avec des « psys » membres à plein titre de l'équipe. Avec les patients aux psychismes et aux comportements perturbés, le personnel de la Pédiatre montre un très bon niveau de patience et d'écoute, sans aucune attitude de fuite ou de rejet de la souffrance psychologique et de ses manifestations, parfois lourdes pour qui s'en occupe. Cette expertise gagnerait à être renforcée par un nouveau compagnonnage avec des professionnels formés à la prise en charge de la souffrance psychique des enfants et adolescents. A défaut de cet accompagnement, le personnel, se sent en danger et pourrait perdre son empathie, sans compter les problèmes légaux que cette absence de permanence des soins pédopsychiatriques soulève.

DOMAINES D'ACTIVITES

Il semblerait donc souhaitable de garder le modèle mis en place dans les dernières années, plutôt performant, d'une équipe psychiatrique intégrée dans les réalités de la MFME.

LES AXES D’ACTION de cette unité fonctionnelle seraient :

- Les urgences de la MFME
- La périnatalité et les troubles du lien parent-enfant.
- Les anorexies du nourrisson et de l'adolescente
- Les maltraitances, abus, allégation de viol et d’agression sexuelle, les grossesses précoces.
- Les tentatives de suicide.
- Les somatisations et sémiologies floues des adolescents
- Les troubles du comportement et les addictions
- La psycho traumatologie et les « adolescents difficiles »
- Le soutien psychologique des enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique indispensable aux enfants diabétiques, épileptiques, drépanocytaires et à tous ceux atteints de maladies rares gérés par nos centres de compétence.
- La psycho-oncologie et les soins palliatifs, qui compléteront le développement institutionnel de ces 2 activités par le pôle.
- La prise en charge de la douleur de l'enfant.
- En complément du CAMSP, particulièrement après 6 ans, l'évaluation psychométrique et cognitive, les troubles des apprentissages, la prise en charge des enfants épileptiques, cérébro-lésés ou traités pour tumeur cérébrale, ce qui complètera le projet de développement de l'oncologie et de la neurochirurgie pédiatrique.

PEDIATRIE

Dans l'enfance et l'adolescence, la maladie se manifeste souvent autant dans le somatique que dans le psychique. Cette intrication s'exprime au niveau de la symptomatologie, mais aussi au niveau de la demande. Dans beaucoup de cas les adolescents évitent d'exprimer leur souffrance psychologique à une première consultation hospitalière. L'Hospitalisation en Pédiatrie est alors un moment privilégié pour les aider à un meilleur insight et à une prise de conscience de la nature de leurs troubles, pour permettre la mise en place d'un projet thérapeutique. On n'est pas dans la « liaison » (coup de fil au CMP pour RDV) mais dans un vrai travail psychothérapeutique qui structure les parcours de santé du patient et donne à la famille, ou aux tutelles, la certitude qu'une prise en charge « psy » a bien démarré.

La prise en charge en Pédiatrie s'impose pour les anorexies, du Nourrisson comme de l'adolescente, les troubles somatoformes, l'expertise de la douleur et des soins palliatifs, l'étayage des enfants et adolescents atteints de maladies chroniques. Mais pour la majorité des autres troubles psychiques, l'hospitalisation en Pédiatrie de la majorité des enfants et des adolescents est la seule modalité adaptée à notre échelle insulaire qui ne permet pas la multiplication de services dédiés à chaque surspécialité pédiatrique. Lorsqu'elle est possible, cette modalité permet, de surcroit, d'éviter un impact négatif dû à la stigmatisation d'une hospitalisation identifiée comme psychiatrique.

URGENCES

Actuellement il passe aux urgences MFME en moyenne chaque jour un enfant ou adolescent pour un motif immédiatement identifié comme « psy » : tentative de suicide, trouble du comportement, alcoolisation ou autre toxicomanie.

La consultation psychiatrique aux Urgences pédiatriques ne se fait presque jamais avec l'enfant ou le jeune tout seul. Il est souvent accompagné par la famille, assez souvent par du personnel socio-éducatif, parfois par les forces de l'ordre. Ces situations sont donc nécessairement complexes. Un « décodage » de la nature de l'urgence en pédopsychiatrie nécessite une réflexion approfondie.

Il faut souligner qu'en ce moment les avis psychiatriques des Urgences à la MFME sont assurés par les Psychiatres des Urgences pour adultes, ce qui comporte deux graves problèmes :

- La presque totalité n'a jamais travaillé en pédopsychiatrie et n'a aucune qualification en ce sens. Certains refusent tout déplacement.
- Fréquemment ces psychiatres sont débordés.

La reconstitution d'une équipe intramuros permettrait de reconstruire un circuit patient digne de ce nom. Idéalement une astreinte partagée pourrait être mise en place avec les pédopsychiatres, actuellement peu nombreux, de Maurice Despinoy. Ceux-ci devraient alors être dégagés de la garde de psychiatrie adulte.

PERINATALITE

Depuis longtemps la périnatalité était assurée par le Dr Marchand, mais avec toutes les limites de son emploi du temps, principalement dédié à la Psychiatrie de Liaison adultes à PZQ et MV. A la MFME, elle n'assurait que deux demi-journées par semaine, ce qui est largement insuffisant pour répondre correctement à la demande, des patients et des équipes.

La cellule de périnatalité à la MFME a rebondi depuis 2 ans grâce à l'arrivée d'un pédopsychiatre, le Dr Seridi, qui y consacre l'essentiel de son temps de travail. Le Dr Seridi suit ses patients dans les différents moments de leur parcours de santé (maternité, néonatalogie, consultation externe, etc.).

Enfin la néonatalogie dispose d'une psychologue, Mme Larbi.

Pour raisons logistiques, mais aussi cliniques et « culturelles », cette cellule devrait faire partie intégrante de l'U.F. Psy « MFE »

CONSULTATIONS EXTERNES

Les indications pour la consultation externe « psy » à la MFME sont les troubles psychologiques intriqués avec des troubles somatiques, les troubles alimentaires, les pathologies somatiques chroniques, TOC, TAG, phobies, sémiologie floue de l'adolescent, etc.

ARTICULATIONS

En plus de sa couverture des urgences pédiatriques, l'unité de pédopsychiatrie de la MFME pourra répondre aux demandes d'hospitalisation exprimées par les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins ou les psychologues de l'éducation nationale, les psychologues libéraux, l'ensemble des professionnels de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, la maison des adolescents (MDA).

L'articulation avec le pôle pédopsychiatrie de Maurice Despinoy fera l'objet d'échanges réguliers que ce soit pour répondre à des demandes d'hospitalisation indiqués par les pédopsychiatres des CMP ou du CSA ou pour protocoliser la place respective de l'hospitalisation en pédiatrie ou en pédopsychiatrie. L'ouverture récente d'une unité (UHPSA) de 5 places d'hospitalisation à temps complet et de 5 places d'hospitalisation séquentielle a, en effet, enfin permis la PEC des épisodes de décompensation psychotique, des troubles du comportement et des pathologies de la personnalité qui ne peuvent trouver leur place en pédiatrie. Le projet de l'UHPSA ne concerne toutefois que les adolescents de 12 à 18 ans et ne prévoit pas d'entrée directe à partir des urgences ce qui peut mettre le service de pédiatrie en difficulté.

A la sortie, la majorité des pathologies sera dirigée vers le pôle de pédopsychiatrie de Maurice Despinoy, CMP ou CSA. Les somatisations et les pathologies chroniques ont vocation à être suivies à la MFME.

5.1 PROJET DE PÉDOPSYCHIATRIE

5.1.1 ETAT DES LIEUX

Fonctionnement général

La pédopsychiatrie en Martinique relevait depuis de nombreuses années d'un fonctionnement quasi-exclusivement ambulatoire en CMP/CATTP polyvalents, jusqu'à l'ouverture récente d'une unité d'hospitalisation pour adolescents.

Cette prise en charge ambulatoire reste organisée sur 3 secteurs géographiques, au plus près des usagers et de leur famille, de façon à préserver le lien social et à maintenir l'enfant le plus possible dans ses activités ordinaires.

De par ce fonctionnement ambulatoire, les liens avec les partenaires se doivent d'être forts et restent encore à développer pour améliorer les articulations, notamment avec la médecine de ville.

Les points positifs (réalisations) :

- Ouverture de l'unité d'hospitalisation pour adolescents (9 lits) en juin 2017
- Création d'une équipe mobile rattachée à l'hospitalisation en amont (décembre 2016)
- Extension du CSAPA avec des postes de psychologues supplémentaires pour des missions de prévention des conduites addictives et à risque : consultations jeunes consommateurs et « points écoute » en collèges et lycées
- Les points négatifs (carences) :
 - Par le faible effectif de rééducateurs, les CMP ne peuvent pas faire face à toutes les demandes de rééducations (orthophonie, psychomotricité, ergothérapie)
 - Les problèmes récurrents de transport sur le territoire Martiniquais compromettent l'accessibilité aux soins, leur régularité, leur efficacité
 - Les capacités d'accueil en structures médico-sociales pour les enfants souffrant de Troubles Envahissants du Développement (dont Autisme) sont nettement insuffisantes, notamment en ce qui concerne les adolescents et jeunes adultes
 - On note une augmentation du nombre d'adolescents en difficulté : mal être, carences parentales, troubles du comportement ... notamment ceux qu'on appelle « ados difficiles » pour lesquels on se retrouve confronté à l'inadéquation d'apporter une réponse sanitaire à un problème socioéducatif (désordres psychiques rendant leur hébergement difficile)
 - On relève également une augmentation de la population des tous petits qui posent problème tôt dans les écoles (abaissement de l'âge de 1^{er} contact avec la pédopsychiatrie)
 - Les difficultés de recrutement de familles d'accueil par la DPPEF (Direction de la Prévention et de la Protection de l'Enfance et de la Famille) impactent sur nos relations avec les familles ainsi que nos possibilités de recrutement sur les places AFT budgétées non pourvues.
 - Le nécessaire redéploiement dans le pôle des équipes dédiées à la psychiatrie de liaison à la MFME a généré un manque certain au sein des services de pédiatrie avec une réduction conséquente des évaluations proposées
 - L'aggravation annoncée des problèmes de démographie médicale nous obligera à repenser l'ensemble du dispositif de soin en pédopsychiatrie sans pour autant devoir en altérer la qualité, ni augmenter le délai d'accès aux soins

- Globalement, la poursuite de nos objectifs serait :
- De conserver notre pratique de secteur avec des accompagnements au plus près des lieux de vie et d'activités des usagers et de leur famille
- D'augmenter les articulations entre les structures et d'améliorer la coordination entre les partenaires
- D'encourager le développement d'équipes mobiles et soutenir leur spécialisation
- D'intensifier le travail avec les familles : parentalité, guidance ...

5.1.2 LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES DU PÔLE PÉDOPSYCHIATRIE

1. Développer et adapter l'offre de soins à l'environnement et aux besoins du territoire et mettre en œuvre les projets restructurant inscrits au CPOM et au PRE
2. Améliorer le processus d'entrées/sorties des patients
3. Améliorer la qualité des soins et la gestion des risques
4. Promouvoir le dialogue social au sein du pôle
5. Optimiser la gestion des ressources humaines
6. Assurer l'équilibre financier du pôle dans le cadre du PRE
7. Améliorer l'efficacité en se conformant aux principaux indicateurs nationaux (DMS, ratio activité, moyens)
8. Assurer un enregistrement fiable et exhaustif des données d'activité dans le cadre du PMSI.

5.1.3 LES OBJECTIFS MAJEURS DÉCLINÉS PAR LE PÔLE

1. Le parcours de soin du patient

Améliorer le Parcours de soin du patient au sein du pôle / développer et renforcer les articulations entre les différents acteurs

Les différents axes d'évaluation et d'amélioration :

- gestion de l'urgence et de la crise ; réactivité (délai de la première évaluation après la prise de contact)

- adapter l'offre aux besoins :

* spécialisation pour certains profils (actions de formation pour des accompagnements adaptés à des populations spécifiques)

* intervention précoce (pour les petits avant 6 ans présentant des problèmes de conduite)

* actions vers les adolescents en rupture

* travail avec les familles

- favoriser la mobilité pour des interventions de proximité (équipes mobiles)

- s'assurer de la continuité du suivi lors du passage à l'âge adulte (éviter les ruptures)
- le travail en réseau (se faire connaître, circulation et transmission de l'information)
- partenariats (consolider la complémentarité par des conventions ; chercher des solutions adaptées aux problèmes d'hébergement)

2. Le Dossier Patient Informatisé (DPI)

Finaliser le DPI récemment développé à l'ensemble du pôle pédopsychiatrie pour :

- Améliorer et sécuriser la circulation des informations, traçabilité, recueil de l'activité optimal (le plus exhaustif possible)
- Assurer l'adéquation et la confidentialité des informations transmises à l'intérieur et à l'extérieur du pôle
- Tenter d'apporter une solution au problème d'archivage des dossiers de pédopsychiatrie (faute de place aux archives centrales du CHMD, les anciens dossiers sont gardés dans les CMP)

3. La Qualité des soins et la Gestion des Risques

- S'intégrer à la démarche qualité de l'établissement
- Etablir une cartographie des risques
- S'inscrire dans une démarche d'EPP
- Fiabiliser et sécuriser le DPI
- Soutenir la formation du personnel pour une meilleure efficacité (analyse des pratiques)
- Prendre part au programme d'éducation thérapeutique de l'établissement

4. Les projets restructurant

Finaliser les regroupements de CMP prévus :

- CMP Marigot et CMP adulte à Sainte-Marie
- CMP Acajou et CSA
- CMP Pédo. et adulte au François
- CMP Hibiscus et LANBELI à FDF

5.2 LE DISPOSITIF DE SOIN EN PEDOPSYCHIATRIE ET LES ACTIONS À MENER

5.2.1 LA FILIERE AMBULATOIRE : CMP/CATTP

PRESENTATION DES CMP/CATTP

Ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile

8 CMP/CATTP sont répartis sur le territoire :

- au nord : St Pierre pour la côte Caraïbe / Marigot et Robert pour la côte Atlantique

- au centre : Hibiscus et LANBELI

- au sud : Acajou (Lamentin), Cotonnerie (François), Rivière Salée

* Le CMP est et doit rester le pivot du dispositif de soin en pédopsychiatrie pour assurer les missions premières d'accueil, évaluation, orientation, coordination, et appuyer une dynamique de travail en réseau

* Le CATTP est le complément indispensable au CMP en permettant l'accueil régulier, à temps partiel, de patients relevant d'une prise en charge globale

Cet accompagnement se fait dans le cadre d'ateliers thérapeutiques complétant les rééducations et/ou les suivis thérapeutiques individuels délivrés dans le cadre du CMP ; ateliers thérapeutiques de groupe intra ou extériorisés, parfois avec prestataires, séjours thérapeutiques de quelques jours à temps plein

Les pratiques d'accueil tendent à être harmonisées dans l'ensemble des CMP du pôle : ouverts en semaine, 5 jours sur 7, sur une fourchette horaire limitée (#8h-16h), ils reçoivent tous les enfants avec troubles psychiques de 0 à 18ans

Afin de réduire les délais d'attente et de proposer une réponse rapide aux inquiétudes que suscitent toujours les perturbations psychiques, les infirmiers proposent un entretien d'accueil pour une 1ère évaluation dans un délai moyen de 2 à 3 semaines.

Les situations sont présentées en synthèse hebdomadaire pour valider les orientations préconisées par l'équipe pluridisciplinaire

Dans notre configuration actuelle, CMP et CATTP ont des moyens mutualisés pour ces 2 modalités de prise en charge ce qui entraîne quelques lacunes :

- Insuffisance de rééducateurs : un peu partout l'offre est inférieure à la demande : on manque d'orthophonistes, (difficultés de recrutement, la pratique libérale est privilégiée mais il manque de places) ; il y a peu de professionnels en psychomotricité, (exercent principalement en structures, le libéral requérant un financement par la famille)
- Le temps de psychologue est insuffisant pour couvrir les différentes facettes du travail clinique et de la supervision institutionnelle (cumul d'activité CMP + CATTP + CSAPA), d'où des délais de prise en charge souvent excessifs
- Il n'y a que 2 assistantes sociales pour l'ensemble du pôle ; elles doivent assurer dans les UF où elles sont affectées les articulations avec les services sociaux de secteur, la continuité avec la DPPEF du suivi des enfants placés (en famille d'accueil, en foyers), et peuvent être sollicitées pour l'accompagnement social d'un parent en difficulté. Leurs missions sont encore étendues

au lien avec le nouveau service d'hospitalisation qui ne bénéficie que d'un ½ temps redéployé à partir du secteur depuis son ouverture en juin 2017.

2 autres problématiques méritent une attention particulière :

- Celle des transports comme cités plus haut
- Et la particularité des adolescents dont la prise en charge nécessite une « accroche » aussi bien du jeune que de sa famille ; or on a souvent des parents désinvestis, des adolescents peu autonomes, ou pour lesquels la continuité de la scolarité est primordiale. Dans ces situations, pour éviter toutes sortes de ruptures, il est important de favoriser les accompagnements de proximité et réserver les orientations vers le Centre de Soins pour Adolescents aux cas nécessitant une prise en charge institutionnelle et structurée

a. Actions à mener :

- Adapter l'offre aux besoins : répondre de manière adéquate aux demandes de consultations pédopsychiatriques en favorisant la proximité (sectorisation, mobilité) et/ou la spécificité de certains profils (TSA, ados, tout petits...)

- ❖ Développer et professionnaliser les interventions à domicile auprès des patients et de leur famille

Proposer des actions de formations pour la spécialisation des soins psychiques en VAD et des interventions en réseau adaptées à des populations spécifiques :

- Interventions auprès des adolescents, des adolescents en rupture, des « ados difficiles » au parcours de soin complexe :

Les adolescents sont souvent en opposition « à tout » donc aussi, bien évidemment, aux soins ; aller à leur rencontre, créer une relation de confiance, une alliance thérapeutique, les soigner dans leur milieu de vie, travailler le lien en guidance parentale, peut aider à prévenir la crise qui survient quand les parents sont à bout et ne savent plus quoi faire pour sortir du conflit.

Quand l'ado est dans une situation de rupture familiale telle qu'il n'est plus possible de l'y maintenir, le placement alternatif dans un milieu substitutif (AFT, substitut familial ou foyer) est une option difficile à mettre en œuvre à cet âge ; les soins psychiques au substitut du domicile seront le moyen de travailler ce placement provisoire, tout en restaurant les liens familiaux en parallèle. L'intégration des proches dans le parcours de soin est un gage de cohérence du dispositif.

De même, c'est une intervention qui peut se concevoir au décours d'une hospitalisation, afin de ne pas prolonger un séjour qui deviendrait alors contre-productif (ce que nous avons pu constater au vu de l'expérience de la première année de fonctionnement de l'UHPSA)

- Cette mobilité peut se concevoir dans différents milieux de vie des enfants, comme par exemple pour des interventions précoces auprès des petits enfants qui posent des problèmes de comportement dès l'école maternelle :

Des problèmes de conduite de survenue précoce chez des enfants d'âge préscolaire font de plus en plus fréquemment l'objet d'appel à des professionnels de santé mentale.

Le comportement agressif et perturbateur s'il n'est pas traité, peut perturber des processus développementaux et entraînera fréquemment des conséquences à long terme pour l'enfant, sa famille et la société : agressivité chronique, problèmes de conduite, abus de substance, faible régulation émotionnelle, échecs scolaires, problèmes avec les pairs, délinquance

La perturbation des relations avec les parents et les pairs engendre des processus qui vont maintenir ou exacerber les problèmes comportementaux

Les facteurs de risque incluent des facteurs propres à l'enfant, ainsi qu'à la famille et à l'environnement, notamment certaines pratiques parentales qui contribuent au développement des comportements agressifs chez le jeune enfant. D'où l'intérêt des interventions très précoces (par ex. en milieu préscolaire ou à la maternelle) pour interrompre le processus

- ❖ avec l'appui du CRA, renforcer les compétences des professionnels de terrain (CMP) par des actions de formation et conseils appropriés axés sur les troubles du spectre autistique ; le nombre de places en HDJ et au GIR étant actuellement insuffisant pour répondre à tous les besoins des enfants autistes, il faut donc pouvoir proposer à ces enfants des solutions d'accompagnement spécialisé intermédiaires de proximité (CMP), sans se substituer aux structures médico-sociales, mais pour pouvoir faire le lien et éviter les ruptures de soins
- Développer le travail avec les familles ;
 - Un programme de formation en thérapie systémique et familiale a été mis en place sur le pôle pédo depuis 2016 ; il s'agit d'une formation certifiante sur 4 ans qui bénéficie à 20 agents de différentes catégories professionnelles, ouvrant sur un projet de création d'une unité de thérapie familiale et d'aide à la famille dédiée et d'activité étendue à l'ensemble du département (impliquant la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte)
- Travail en réseau
 - Réfléchir l'accueil, la gestion de la crise et des urgences avec le CHUM (Voir projet MFME)

Concernant la gestion des urgences psychiatriques des mineurs, un diagramme d'intervention (arbre décisionnel) a été établi et proposé aux urgentistes et aux pédiatres.

Il serait cependant nécessaire de cibler 1 ou 2 lits « de crise » pour des évaluations de 24 à 72h de mineurs ne pouvant pas être gérés par la pédiatrie (corpulence, comportements instables et potentiellement dangereux pour les plus petits, problèmes d'hébergement ...)

La majorité des comportements agressifs des ados cédant rapidement lors de la séparation du milieu où ils se sont produits.

- Soutenir les pédiatres dans leur demande de psychiatrie de liaison intra-pédiatrie à la MFME : (Voir projet MFME)
- Intensifier les actions auprès des partenaires du réseau :
 - Connaître et se faire connaître, faire circuler l'information (« publicité », signalisation) ;
 - Assurer la coordination des suivis (médecin traitant, écoles, partenaires de secteur, structures médico-sociales, ASE...), éviter les ruptures, le regroupement des informations éparses permettant d'affiner le diagnostic et les soins
 - Renforcer la collaboration avec les équipes de CMP adulte dans certaines situations :
 - Pour anticiper la continuité des soins lors du passage de l'adolescent à l'âge adulte
 - Pour évaluer la nécessité de soins pour l'enfant ou de travailler le lien mère/enfant dans les cas de mères suivies en psychiatrie adulte

De plus, aller au-devant des partenaires dans leur milieu d'action auprès des jeunes permet de mieux appréhender leurs difficultés, écouter leurs demandes et consolider les liens et la cohérence des actions complémentaires

5.2.2 LA FILIERE SPÉCIALISÉE POUR L'AUTISME

En raison de la multiplicité des actions aussi complexes et spécialisées que : le dépistage, le diagnostic précoce, le soutien aux familles, l'accompagnement thérapeutique et l'insertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de TSA (Trouble du Spectre Autistique), la prise en charge de l'autisme (aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte) doit s'intégrer dans un réseau territorial global, une véritable filière autisme médicosociale, dont la coordination relève des missions du CRAM (Centre Ressource Autisme Martinique)

On retrouve de nombreux acteurs locaux autour de l'autisme : en 1^{ère} ligne PMI, médecins généralistes, puis CMP de pédopsychiatrie, acteurs du champ médico-social (CAMSP, CMPP, SESSAD, IME), associations de familles et d'usagers

Le diagnostic précoce simple est fait par les professionnels de 1^{ère} ligne ; les diagnostics complexes relèvent des missions du CRA qui ne fait pas de suivi, mais peut préconiser des orientations.

Selon la complexité des troubles autistiques : on peut recourir à des prises en charge sanitaires (par ex. en HDJ), puis intégration en milieu ordinaire pour la plupart avec accompagnement spécifique ponctuel (Sessad) ou prise en charge continue dans des établissements d'éducation spécialisée (IME)

Le CMP de proximité reste référent de la coordination des soins, mais ne peut développer toutes les solutions d'accompagnement ; des formations spécialisées des différents acteurs avec l'aide du CRA sont indispensables.

Parallèlement, il est important de soutenir la demande de création de places supplémentaires en structures médico-sociales.

a. **Présentation :**

2 UF sanitaires (HDJ, GIRHAD) et une structure médico-sociale adossée au pôle (le CRAM qui bénéficie d'un budget annexe)

Ces 3 entités ont été récemment regroupées sur une même plateforme

HOPITAL DE JOUR POUR ENFANTS AUTISTES :

L'HDJ a une capacité de 20 places pour les enfants autistes de 2 à 10 ans qui nécessitent des prises en charge plus intensives que celles proposées en ambulatoire

Le choix de cette tranche d'âge privilégie une prise en charge précoce, intensive, individuelle et de courte durée avec comme objectif l'intégration de l'enfant en milieu ordinaire ou son orientation rapide vers des établissements d'éducation spécialisée

La liste d'attente reste cependant importante, d'autant plus compte tenu de la saturation du secteur médico-social qui ne peut plus assurer le relais des enfants pour lesquels la fin de prise en charge en HDJ est programmée (orientation validée en structure médico-sociale, admission en attente)

GIRHAD : GROUPE D'INTERVENTION RESEAU, HOSPITALISATION À DOMICILE

Missions principales : apporter un soutien adapté à la famille et à son environnement relationnel tout en restant dans une dynamique de soins intensifs avec comme objectif la limitation du handicap par la stimulation en bas-âge. La structuration du temps et de l'espace ainsi que l'adaptation de l'environnement apaisent les angoisses des personnes souffrant de troubles autistiques.

Par conséquent les interventions se font dans tous les milieux de vie de l'enfant et permettent d'adapter le milieu naturel à sa pathologie autistique et de formuler des propositions de stratégies éducatives et thérapeutiques.

Parallèlement, la prévention de la stigmatisation attachée à l'autisme est assurée par le travail en réseau et le soutien aux professionnels non spécialisés (enseignants...)

C'est une équipe de 2 binômes (3 éducatrices et une infirmière) + ½ temps de psychologue

Le choix a été fait de prise en charge précoce, spécialisée et intensive ; les 10 places autorisées permettent le suivi de 20 enfants de 3 à 7ans sur la base de 2 à 3 interventions par semaine pour chaque cas (interventions à domicile, en école, sur les lieux de vie et d'activités...). Les interventions se font donc au plus proche du réseau d'origine, spécialisées et individualisées, pour le progrès rapide de l'enfant, et mobilisant la responsabilité et la participation des parents.

Ce type d'accompagnement mériterait d'être élargi et bénéficier à un plus grand nombre d'enfants

LE CENTRE DE RESSOURCE AUTISME MARTINIQUE

RAPPEL DES MISSIONS DU CRAM :

Missions auprès des enfants, adolescents et adultes présentant un TSA, leur entourage, les professionnels qui assurent leur suivi et toute personne intéressée

- Accueil, information, conseil aux personnes et à leur famille
- Promouvoir et diffuser l'information et les recommandations de bonnes pratiques en direction des professionnels et des familles
- Apporter appui et expertise à la réalisation de bilans diagnostiques auprès des équipes pluridisciplinaires de 1^è et 2^è lignes
- Réaliser des évaluations approfondies dans les diagnostics de cas complexes
- Formation des aidants familiaux et des professionnels de terrain
- Développement d'études et de projets de recherche
- Animation d'un réseau régional des acteurs
- Apporter expertise et conseil aux instances

La mission diagnostique doit être réservée aux cas complexes (en 3^è ligne)

Au-delà de transmettre des outils diagnostiques au plus grand nombre de professionnels de terrain de 1^è ligne, il importe donc que le CRAM mène une activité continue de formation et d'information qui s'adresse à un large public de professionnels (santé, Education Nationale, Médico-Social), mais aussi aux familles et à la population générale.

Avec l'extension de ses missions aux populations adultes et la création du Conseil d'Orientation Stratégique, l'individuation du CRAM en groupement autonome vers une véritable filière autisme serait indiquée.

b. Actions à mener

Si la prise en charge précoce est un élément fondamental dans le TSA, il existe une réelle carence pour l'accompagnement des ados et jeunes adultes

→ Améliorer la formation avec l'aide du CRAM au sein des différentes unités de terrain (CMP) en vue de réaliser les diagnostics simples et adapter les prises en charge de 1^{er} niveau des enfants en attente d'orientation. (Les CMP ne peuvent pas pallier au manque de places dans les structures médico-sociales, mais ils restent les référents de coordination)

→ Étendre les interventions en milieu ordinaire (GIRHAD) à des tranches d'âges plus larges

Augmenter le nombre de places (+10 et 2 binômes : 2 IDE et 2 ES) permettrait de répondre aux demandes croissantes notamment pour les enfants qui sortent du circuit de l'HDJ et qui ne bénéficient pas de places en structures médico-sociales.

Les prises en charge des enfants plus âgés peuvent être plus ponctuelles et de courte durée si elles sont intensives, notamment pour remédier aux problèmes d'adaptation lors des changements liés à la période difficile de l'adolescence, aux modifications familiales ou dans la scolarité (inclusion en collège, lycée...) Les prises en charge en HAD favorisent le maintien en milieu ordinaire tel que préconisé par le plan national autisme

Parallèlement l'intégration des binômes au sein des équipes de secteur dans les CMP permettrait des interventions de proximité plus rapides et plus adaptées, voire plus nombreuses (réduction des temps de déplacement), ainsi que l'apport de l'expertise de ces binômes spécialisés au sein du CMP.

→ Ici aussi dans le domaine des troubles autistiques le travail avec les familles est primordial ainsi que la continuité du suivi à l'âge adulte qu'il sera nécessaire d'anticiper en coordination avec les secteurs de psychiatrie adulte

5.2.3 LA FILIERE DÉDIÉE À LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Présentation

CSA : CENTRE DE SOINS POUR ADOLESCENTS

Structure de soins intensifs de jour à temps partiel, de fonctionnement intermédiaire entre le CATTP et l'HDJ, à vocation intersectorielle ; associe une consultation spécialisée à un accueil institutionnel

Accueille des jeunes en décompensation psychologique avec des symptômes propres à l'adolescence et à détermination évolutive ouverte, ou s'inscrivant dans une évolution annonciatrice d'une pathologie adulte

Les objectifs sont ceux de prise en charge intensive, soutenue, adaptée à chaque cas

Public visé : les adolescents à partir de 13ans

Pathologies : maladies psychiatriques et troubles psychopathologiques apparaissant à l'adolescence : troubles psychotiques, troubles névrotiques graves, troubles de l'humeur, troubles sévères et de l'adaptation liés à l'environnement familial, scolaire et social, ainsi que les troubles importants liés au processus même de l'adolescence nécessitant une prise en charge intensive.

Le CSA n'est pas adapté aux psychopathies et sociopathies, aux toxicomanies avérées, ni aux suites de pathologies infantiles comme les déficiences mentales, l'autisme et les troubles envahissants du développement qui requièrent d'autres modes de prise en charge.

Les modalités d'intervention sont diversifiées : accueil institutionnel, consultations spécialisées, travail avec les familles, travail avec les partenaires multiples intervenant dans la vie de l'adolescent, réinsertion scolaire et sociale, accompagnement pédagogique

Les activités thérapeutiques se déroulent en interne et hors structure, avec parfois des intervenants extérieurs ; des séjours thérapeutiques de quelques jours peuvent être organisés

Le maintien d'une activité cognitive est souvent nécessaire et mériterait un temps d'enseignant

Chaque projet de soins est individualisé et adapté aux besoins du jeune.

L'accueil institutionnel ne suffit pas, il faut aussi instaurer un travail avec les familles in situ ou en VAD, ainsi qu'un travail de concertation et de collaboration avec les partenaires de la vie de l'adolescent dans tous les domaines (social, médical, médicosocial, scolaire, voire judiciaire)

Ce travail nécessite du temps et des déplacements en dehors de la structure d'accueil

Sans cette approche globale, ainsi que le souplesse et l'adaptabilité des interventions, tout travail avec des adolescents en grande difficulté est illusoire

Comme pour toutes les autres structures, l'accessibilité des jeunes au CSA est fortement entravée par des problèmes de transport, d'autant plus qu'il s'agit d'une structure intersectorielle censée accueillir des adolescents de l'ensemble du département

Quand les adolescents ne relèvent pas d'un suivi institutionnel spécifique, notamment s'il n'y a pas de rupture scolaire, la prise en charge en CMP de proximité doit être privilégiée

ELIA : ÉQUIPE DE LIAISON-INTERVENTION POUR ADOLESCENTS

Equipe mobile créée depuis 2002, rattachée au CSA, qui peut avoir des missions indépendantes de la structure

Composée de 2 infirmières et un mi-temps d'Éducateur Spécialisé ; historiquement, elle avait été créée avec également un ETP de psychologue et un ½ temps médical

Les missions :

- pour les jeunes suivis au CSA :

- ✓ Aller à domicile à la rencontre du jeune et de sa famille :
- pour compléter l'évaluation avec une meilleure compréhension de la dynamique familiale et des problèmes afférents

-pour éviter une rupture de soins, garder et/ou reprendre le contact

- ✓ Guidance familiale
- ✓ Accompagnements socio-éducatifs ; réinsertion scolaire et/ou professionnelle
- ✓ Liens avec les partenaires du réseau : établissements scolaires, DPPEF, foyers, structures médico-sociales
- ✓ Passage de relais (vers une autre structure de pédopsychiatrie, un CMP adulte, une structure médico-sociale) ou travail de coordination en cas de prise en charge conjointe (ITEP...)

- pour des jeunes non suivis au CSA :

- ✓ Participer à la régulation des demandes de consultation (notamment pour des situations nécessitant une réponse rapide, des déplacements et démarches multiples...) en proposant un 1^{er} entretien d'évaluation avec la famille, recherche des ATCD, lien avec l'adresseur, les partenaires ...
- ✓ Aller au-devant de jeunes signalés en difficulté et ne pouvant se déplacer (VAD) : évaluer la situation, créer un lien, proposer l'orientation et les soins adaptés à la situation (CMP, CSA, hospitalisation...)

- pour des jeunes hospitalisés :

- ✓ En unité adulte :
- > créer ou garder une relation avec le jeune afin de favoriser l'alliance thérapeutique
- > faire le lien entre le service adresseur, l'UF adulte et l'UHPSA
- ✓ À l'UHPSA : participer au projet de sortie vers le CSA pour en garantir la cohérence

C'est un outil indispensable à la prise en charge des jeunes accueillis en raison des possibilités multiples qu'il offre, sa mobilité et sa réactivité

Le travail est diversifié en étroite synergie avec le CSA (consultations et activités) et l'UHPSA

Les liens en réseau sont primordiaux avec tous les partenaires d'accompagnement, d'intervention auprès des ados (sanitaire, ville, Education Nationale, médico-social, services sociaux, ASE, PJJ, ...)

La régulation de cette équipe justifie une permanence médicale identifiée 5j/7 (à remplacer pendant les congés)

A l'heure actuelle, le temps médical, pris sur le temps du CSA, est insuffisant pour mener à bien toutes les actions et se contraint surtout à de la régulation

L'élargissement récent des missions avec l'ouverture de l'unité d'hospitalisation mériterait d'étoffer cette équipe, d'y réintégrer un temps de psychologue et d'y associer notamment un temps d'assistant socio-éducatif

EMHA : ÉQUIPE MOBILE RATTACHÉE À L'HOSPITALISATION POUR ADOLESCENTS

Récemment créée (décembre 2016) en amont de l'ouverture de l'UHPSA à partir de moyens humains propres au pôle, elle est composée de : 1 psychologue - 1 infirmière - 1 éducatrice spécialisée - 1 mi-temps de Praticien Hospitalier

Les interventions se font en binôme, sur appels téléphoniques, sur le site de la MFME dans les services de pédiatrie

Toutes les interventions sont coordonnées et validées par le médecin régulateur

La gestion des urgences relevant de missions propres au CHUM, l'EMHA n'intervient pas aux urgences pédiatriques, ni aux urgences psychiatriques du CHUM

Public : adolescents de 12 à 18 ans, hospitalisés en pédiatrie, se trouvant dans des situations aiguës de souffrance psychique, avec risque de passage à l'acte auto et/ou hétéro agressif

L'intervention inclut le soutien aux équipes soignantes

La régulation de cette équipe est assurée par une permanence médicale identifiée 5j/7 (remplacée pendant les congés)

❖ **Missions globales :**

- Aller à la rencontre des partenaires en amont de l'hospitalisation dans le but de préparer la réponse aux situations de crise à défaut de les éviter.

Le nombre d'agents affectés à l'équipe est insuffisant pour réaliser l'ensemble de ces missions extérieures à la MFME qui ne sont que partiellement réalisées (par le pédopsychiatre)

- Rôle intermédiaire entre les services de pédiatrie et les structures d'amont et d'aval (CMP, structures médico-sociales, UHPSA, professionnels libéraux)

❖ **Mission d'évaluation :**

- Évaluer cliniquement les risques ; risque suicidaire ou hétéro-agressif
- Instaurer une relation thérapeutique avec le patient et proposer des stratégies d'intervention dans le service de pédiatrie
- Proposer un traitement médicamenteux si besoin en accord avec les pédiatres
- Évaluer l'indication d'une hospitalisation en psychiatrie et présenter la situation à l'équipe de l'UHPSA le cas échéant

❖ **Mission de coordination, transmission des infos :**

- Identifier les intervenants concernés par la situation de l'adolescent (IME, DPPEF, ITEP, PJJ...) afin d'assurer les transmissions et les relais nécessaires au renforcement de la coordination entre ces différents intervenants, les CMP et l'UHPSA
- Participer au travail d'élaboration clinique continu avec les partenaires repérés lors de l'évaluation clinique (CMP, CSA, UHPSA)
- Faire le lien avec un CMP ou le CSA afin de coordonner le relais ambulatoire, ainsi qu'avec les professionnels de ville (médecin généraliste, psychologue libéral...)
- Assurer les transmissions à partir de la Pédiatrie (lettre de sortie)

UHPSA : UNITE D'HOSPITALISATION PROGRAMMÉE SEQUENTIELLE POUR ADOLESCENTS

Dans le traitement d'un certain nombre de pathologies psychiatriques de l'enfant, l'hospitalisation trouve son indication dans la mise en observation de l'adolescent en vue d'une évaluation diagnostique et de l'élaboration d'un projet thérapeutique

Environ 97% des enfants et adolescents soignés par les services publics de psychiatrie de l'enfant en France ne sont jamais hospitalisés mais suivis en ambulatoire. L'hospitalisation à plein temps est utilisée lorsque l'état de santé du patient nécessite des soins et/ou une surveillance 24 heures sur 24.

Le traitement d'enfants présentant un accès psychotique ou un trouble majeur d'adaptation nécessite un encadrement sécurisant, une surveillance et une médication qui ne peuvent être réalisées qu'en milieu hospitalier.

L'hospitalisation permet l'évaluation des troubles ainsi que la mise en œuvre du traitement dans des conditions adéquates de surveillance. Elle permet également le temps nécessaire d'acceptation pour la famille d'une pathologie avec laquelle elle devra composer ainsi que l'élaboration d'un projet de soin qui sera poursuivi ensuite par les équipes de secteur.

Elle ne représente pourtant qu'une étape dans le parcours de l'enfant malade et doit s'intégrer dans le dispositif général de la pédopsychiatrie de secteur afin de prendre tout son sens.

Par ailleurs, la séparation rendue nécessaire dans un contexte familial devenu conflictuel et délétère, en raison de l'importance des troubles psychiques et de l'épuisement des aidants familiaux, peut-être une autre indication

Mais l'hospitalisation est une réponse inadéquate aux problématiques socio-éducatives et doit donc être pensée avec discernement afin d'éviter les risques d'occupation prolongée de lits par des enfants sous ordonnance de placement judiciaire pour des troubles aigus du comportement sans pathologie psychotique associée, faute d'option d'hébergement dans le département

L'unité pour adolescents propose 9 lits d'hospitalisation selon 2 modalités : hospitalisation temps plein et hospitalisation séquentielle

❖ Profils :

L'âge des jeunes accueillis est de 13 à 18 ans (avec une tolérance pour les moins de 13 ans dont le processus pubertaire est amorcé)

Les problématiques sont celles habituellement rencontrées en pédopsychiatrie :

- Troubles de l'adaptation avec risques majeurs de passage à l'acte,
- Décompensations psychotiques,
- Dépressions avec risque suicidaire (personnalités limites dont les prises en charge nécessitent un accompagnement au long cours),
- Anorexie mentale
- Troubles de l'humeur et état limite

Tout comme le CSA, l'UHPSA n'est pas adaptée aux profils type psychopathie, sociopathie, aux toxicomanies avérées, ni aux troubles envahissants du développement dont les problématiques requièrent un accompagnement spécifique. Il sera primordial de réfléchir en amont aux modalités et au cadrage de ce type d'hospitalisation si elles se révèlent nécessaires, en s'appuyant sur un travail de collaboration étroite avec les partenaires du réseau.

❖ Modalités d'admission :

Il n'y a pas d'admission directe ; la présentation du projet de soin à l'équipe et l'entretien préalable d'admission avec un pédopsychiatre de l'unité d'hospitalisation sont obligatoires

La présentation est faite :

- Si le jeune est connu et suivi en CMP : le pédopsychiatre du CMP pose l'indication et l'équipe du CMP présente la situation lors d'une réunion avec l'équipe de l'UHPSA
- Si le jeune est hospitalisé en pédiatrie : présentation par l'EMHA avec le cas échéant l'équipe du CMP s'il est connu du CMP
- S'il n'est pas hospitalisé et non connu d'un CMP, la présentation sera faite par les partenaires adresseurs, en coordination avec l'EMHA

Dans tous les cas, un lien sera fait rapidement avec la structure d'aval susceptible d'assurer le suivi en post-hospitalisation.

En hospitalisation séquentielle : l'objectif est de pouvoir intervenir rapidement pour traiter la crise dans sa phase de constitution. Les admissions des jeunes déjà connus pourraient se faire dès que l'évaluation par un pédopsychiatre aura été réalisée, dans un délai de 24 à 72 heures. Ce type d'intervention doit être limité dans la durée, le relais devant être pris par les structures de secteur CMP, CATTP, CSA, qui travaillent sur le long terme.

La prise en charge est globale et comporte plusieurs aspects tels que l'accompagnement psychologique, le traitement médicamenteux, et d'autres types d'aide (accompagnement social, activité socio-éducative etc.).

Sur le plan clinique, l'organisation de l'hospitalisation devrait se faire autour de deux axes, le rôle de l'équipe évoluant dans le temps :

- Au début de l'hospitalisation, celui de l'observation et du traitement ; il consiste à traiter, stabiliser et construire un projet pour le patient.
- En fin d'hospitalisation, celui de la coordination avec la famille, avec les structures du secteur géographique dont relève le patient, avec le réseau d'adressage : il se définit comme facilitant les liens et garantissant la continuité des soins.

La couverture somatique est assurée par les médecins de l'UF somatique du CHMD

❖ Modalités de sortie :

- . L'objectif de l'équipe d'hospitalisation est de faciliter le lien avec les structures de soins de proximité lors de la préparation de la sortie, de façon à ce qu'elles soient prêtes à assurer la poursuite du suivi de l'enfant, dès la décision de sortie d'hospitalisation.
- . En ce qui concerne les hospitalisations à temps partiel, les liens avec le réseau d'adressage seront maintenus pendant toute la durée des soins et des conventions (contractualisation formalisée) seront passées dès l'admission pour faciliter sans équivoque la sortie du patient et son retour dans son hébergement d'origine en fin de traitement.
- . Une convention générale (CHMD, DPPEF, PJJ) visant à protéger au mieux cette unité du risque d'hébergement abusif devra être étudiée et mise en place.
- . Une place particulière doit être faite aux possibilités d'accueil familial thérapeutique comme ouverture dynamique aux sorties d'hospitalisation.

AFT : ACCUEIL FAMILIAL THERAPEUTIQUE

Actuellement le pôle pédo dispose de 2 places dans une seule famille d'accueil

❖ Indications de l'AFT pédo

L'AFT s'adresse à des enfants et adolescents pris en charge par le pôle pédopsychiatrie, dont les troubles psychiques invalidants dans la vie sociale et familiale, nécessitent une rupture momentanée avec le milieu ordinaire de vie. Le projet d'AFT peut se concevoir au décours d'une hospitalisation ou en prévention d'une hospitalisation.

C'est un outil complémentaire indispensable de l'hospitalisation en structure temps plein, qui évite la rupture du lien social de l'enfant.

En fonction de l'expression plus ou moins bruyante des troubles, différents modes de prise en charge en famille, séquentiel, à temps partiel ou à temps plein peuvent être imaginés.

L'AFT n'est qu'une étape dans le parcours de soins de l'enfant, il ne peut se définir comme un mode de placement permanent.

❖ Modalités :

L'AFT est un mode d'hospitalisation alternatif à temps plein qui se décline de la façon suivante :

- Placement séquentiel ou continu
- Durée inférieure à 18 mois (6 mois renouvelable 3 fois)
- Âge limite de prise en charge en AFT fixé à 18 ans révolus.
- Nécessité d'un hébergement parallèle

Un contrat d'accueil thérapeutique est établi entre les différents partenaires (l'accueilli et ses représentant légaux, l'ASE, la Famille d'Accueil Thérapeutique, le CMP d'origine et la cellule AFT).

L'admission définitive n'est validée qu'après la signature d'une convention avec l'ASE et désignation d'un référent ASE.

- ❖ Une « cellule AFT pédo », composée d'intervenants exerçant dans différentes structures du pôle, a pour mission principale de réguler les placements

Composition :

- ✓ Un médecin coordonnateur
- ✓ Un cadre de santé
- ✓ 2 travailleurs socio-éducatifs (Assistante Sociale et Éducateur Spécialisé)
- ✓ Un psychologue
- ✓ Un infirmier

Missions :

- L'évaluation du profil des familles candidates et de leur adéquation à l'AFT pédo
- L'accompagnement des Familles d'Accueil Thérapeutiques (FAT) (formation, suivi, supervision)
- L'étude des dossiers d'admission, évaluation des indications, adéquation du profil de l'enfant par rapport à la FAT
- La coordination du placement avec les instances administratives et les équipes de soins
- Garantir le respect du projet d'accueil par
 - Des interventions en FAT et en structure de soins
 - Des réunions institutionnelles et cliniques

CSAPA : CENTRE DE SOINS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE

Les CSAPA sont des structures Médico-Sociales pouvant être gérée par les EPS avec pour objectif la prévention des conduites addictives et à risque

Ils font partie intégrante du réseau addictions.

Le siège du CSAPA pour adolescents est situé au CSA mais les interventions sont déployées sur la quasi-totalité du territoire

Il s'agit d'un dispositif à l'interface de la prévention et du soin, dont les activités de consultations jeunes consommateurs (CJC) répondent à une stratégie d'intervention précoce, dès les 1ers stades de la consommation, pour l'ensemble du champ des addictions : accueil, information, évaluation clinique, orientation, prise en charge.

Ces CJC sont développées dans certains CMP de secteur (Saint-Pierre, Marigot, Robert, FDF, Rivière-Salée et au CSA), ainsi que dans différents lycées et collèges du territoire, sous forme de points écoute s'appuyant sur les besoins et la demande des établissements.

Ces consultations sont assurées par des psychologues répartis sur l'ensemble du territoire et déployés sur plusieurs sites : au total 4,5 ETP de psychologues,

- 2ETP pour le nord (1/2 à St-Pierre, 1/2 au Robert, 1 pour le Marigot et le grand Nord)
- ETP pour le Sud (1/2 à Rivière-Salée, 1,5 au CSA au Lamentin)
- 1/2 ETP seulement pour le centre à FDF
- Un temps médical pris sur le pôle assure la régulation des actions

Public, missions :

Les personnes accueillies sont dans des conduites à risques, de dépendance ou de consommation à l'égard des drogues illicites, de l'alcool, des médicaments ou d'une pratique ou d'un comportement (jeux, internet, sexualité, anorexie/boulimie...).

Des consultations de proximité et un accompagnement élargi à l'entourage (amis, famille) favorisent la continuité de la prise en charge. Le travail de prévention ne peut pas être uniquement ciblé sur les addictions avec ou sans substance.

C'est donc dans la globalité des conduites à risques que se situe le travail clinique et de prévention auprès de cette population. Les adolescents présentant des conduites addictives et à risques font l'objet d'une écoute, d'une orientation, d'un soutien psychologique et d'une aide à l'accès aux soins.

Si besoin, ils peuvent être orientés vers d'autres structures ambulatoires du pôle pour une prise en charge plus longue et plus soutenue.

C'est donc une organisation souple et mobile qui doit s'appuyer sur un réseau de professionnels et de structures à savoir : le cadre scolaire (médecine scolaire, assistante sociale), les services sociaux et éducatifs (AEMO, PJJ), les services médicaux, les associations.

Actions à mener

- Etoffer les équipes mobiles déjà en place

Renforcer les moyens de l'ELIA et de l'EMHA afin qu'elles puissent remplir toutes les missions qui leur incombent

Pour assurer la continuité des projets de soin et donner une cohérence aux actions thérapeutiques et/ou socioéducatives initiées en hospitalisation, il serait intéressant d'associer les équipes intra hospitalières de l'UHPSA à des actions « de terrain » en collaboration avec les équipes mobiles, (dans la mesure où les contraintes des plannings le permettent).

Néanmoins, les temps complémentaires d'assistante sociale et de psychologue sont des éléments incontournables au vu de leur nombre insuffisant déjà actuellement (il n'y a que 2 assistantes sociales seulement pour l'ensemble du pôle) et de la nécessité pour les psychologues d'assurer de plus en plus de missions de supervision/régulation

- Secondairement, après un temps d'observation et d'évaluation de ce mode d'intervention, on pourra réévaluer l'intérêt d'une HAD pour adolescents :

La formule d'HAD nous paraît pertinente pour certains adolescents que ce soit en préparation à une hospitalisation, en alternative à l'hospitalisation, ou en sortie d'hospitalisation.

En effet, chez des adolescents qui commencent un processus schizophrénique avec repli et retrait social, le refus d'hospitalisation est très fréquent. Comme ce peut être aussi le cas de certains syndromes dépressifs.

Dans ce cas, les hospitalisations de force se révèlent en général catastrophiques ainsi que l'attente sans moyens d'action et le retard apporté aux soins.

L'HAD permettrait, selon le cas, d'établir, de reprendre, de garder le contact et de mettre en place un traitement permettant de différer voire d'éviter une hospitalisation stigmatisante. De même en sortie d'hospitalisation ou en cas de rechute elle nous paraît être particulièrement adaptée dans la continuité entre l'hospitalisation et les prises en charges ambulatoires offertes sur le secteur.

L'HAD est une modalité thérapeutique temporaire permettant une prise en charge précoce et personnalisée dans un projet de soins global.

Elle garantit une continuité des soins et favorise la coordination en travaillant en collaboration avec l'ensemble des professionnels extérieurs.

➤ Formation

Proposer des formations de spécialisation des infirmiers pour assurer des soins de qualité centrés sur les besoins des patients ; spécialisation aux troubles psychiques chez les ados, leur reconnaissance et leur évaluation, ainsi qu'aux spécificités des relations à établir, de la distance à instaurer.

La spécialisation des infirmiers leur permettra d'effectuer des tâches complexes dans des situations complexes

Parallèlement la notion d'infirmier référent d'un jeune fait sens pour coordonner une prise en charge centrée sur la personne et l'accompagner dans un parcours de soin cohérent (case management)

➤ Réseau / partenariat

A la lumière de toutes ces considérations générales, nous voyons donc que la psychiatrie infanto juvénile est obligée de fonctionner en réseau avec un grand nombre de partenaires faisant partie de domaines très différents.

Il est donc nécessaire, si elle veut garder son identité et rester dans sa mission sanitaire (le soin et la prévention des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent) qu'elle ne se disperse pas et qu'on ne lui demande pas de se substituer à ses partenaires médicosociaux, sociaux et scolaires qui doivent assurer les fonctions médicosociales, sociales et pédagogiques qui ne sont pas celles de la pédopsychiatrie.

- Il sera nécessaire d'établir des conventions entre le CHMD, la DPPEF et la PJJ réglementant les responsabilités d'hébergement aux sorties d'hospitalisation afin de ne pas servir de

solution d'accueil permanent à des ados présentant des troubles du comportement non lié à des troubles psychiatriques actifs ; mener une réflexion commune à des solutions alternatives

➤ Familles / AFT

❖ Augmenter le nombre de places en AFT (+2) :

Dans l'optique d'utiliser ce dispositif en relai d'une hospitalisation afin de ne pas prolonger inutilement un séjour ne nécessitant plus des soins constants mais plutôt un accompagnement « serré » vers une reprise d'autonomie, la socialisation ...

❖ Mettre en place des actions de formation spécifiques pour les familles accueillant les enfants. Ces actions de formation concernant la clinique pédopsychiatrique viendront compléter les formations de base proposées par la CTM.

➤ CSAPA : augmenter la couverture du département en ce qui concerne le réseau des addictions (les CJC du CSAPA) :

Ouverture de points écoute supplémentaires dans les établissements scolaires (pour répondre à une forte demande des établissements) avec renforcement de l'effectif des psychologues (+1ETP), notamment sur FDF où il n'y a qu'un ½ temps de psychologue.

6.1 LES PERSONNES AGEES

Introduction :

Le développement de projets ciblés, sur des troubles spécifiques ou des tranches d'âges particulières, apparaît comme seul moyen de réinvestissement par la psychiatrie du soin aux personnes âgées en association avec les autres spécialités médicales les plus concernées. Il s'agit bien sûr de la gériatrie, mais aussi la neurologie, ...

À l'origine une seule unité de gerontopsychiatrie du département comptant 25 lits. En 2016, la population psychiatrique âgée de plus de 60 ans représentait 14,99%, en 2017, nous avons noté une hausse à 18,25% cette augmentation est exponentielle.

Chiffres du DIM CHMD

Parallèlement, la population générale martiniquaise est vieillissante. En 2030, 1 Martiniquais sur 4 sera âgé de plus de 60 ans et plus de 37 000 personnes auront plus de 75 ans.

Le vieillissement de la population martiniquaise, l'allongement de la durée de vie, le niveau de vie et la protection des personnes âgées sont au cœur des préoccupations de la société.

Intérêt du projet :

- . - De nouvelles pathologies psychiatriques peuvent se déclarer au cours du vieillissement comme des troubles délirants chronique ou ce que l'on appelait autre fois la PHC récemment rebaptisée en schizophrénies tardives.
- . - Que les symptômes des jeunes patients psychiatriques s'amenuisent avec l'âge mais que la lourdeur de l'étiquette psychiatrique rend difficile leur placement en EHPAD, en raison de quoi, ils étaient orientés en gerontopsychiatrie dans l'attente d'une éventuelle place en médico-social.
- . Les maladies neurodégénératives s'accompagnent fréquemment de pathologies, de symptômes ou de troubles du comportement qui nécessitent l'intervention d'un psychiatre. Une simple dépression peut être un prodrome de la maladie d'Alzheimer par exemple et que des personnes âgées avec : insomnies, fugues, exhibitionnisme ou même troubles délirants consultent régulièrement aux urgences psychiatriques alors que tous ces troubles ne sont que l'annonce d'un trouble démentiel précoce. Ces patients vulnérables se retrouvent parfois hospitalisés sous contrainte en psychiatrie générale avec des patients jeunes et parfois agités. La prescription rapide de neuroleptiques, la perte des repères, sont des facteurs précipitants de leurs troubles démentiels et parfois même aggravant. Avec l'âge, toute pathologie organique (diabète, Déshydratation, processus néoplasique ou même une fracture) peut induire des troubles mentaux et réciproquement.

Une approche thérapeutique particulière est nécessaire c'est ce qui a donné naissance à une idée différente de la psychiatrie de la personne âgée.

Sur un plan théorique, la P.P.A correspond simplement à la psychiatrie de la personne âgée, dans une approche globale, continue et pluridisciplinaire.

De façon plus concrète, elle propose une prise en charge spécifique qui place la personne âgée au cœur d'une collaboration entre psychiatres et gériatres avec un objectif de meilleure efficacité thérapeutique.

Elle exige du psychiatre d'être une interface permanente avec la médecine interne gériatrique, la

neurologie, les structures médico- sociales ainsi que les aidants, pour permettre une approche globale du patient et
Coordonner les actions thérapeutiques et sociales.

Projet :

Aujourd'hui, nous proposons un nouveau projet de gerontopsychiatrie.
Un projet en deux volets:

1) Une équipe mobile de P.P.A et un hôpital de jour dédié aux patients psychiatriques âgés.
(Cf. projet équipe mobile page 64)

2) Hôpital de jour :

Dans la même optique : il est fort dommageable pour certains patients n'ayant pas d'aidant disponible la journée ou trop isolés de recourir à une hospitalisation complète, c'est en cela qu'un hôpital de jour de 20 places de P.P.A, trouve toute sa place dans notre projet :

- Une consultation d'évaluation des manifestations dites psychiques et comportementales située sur un site proche de la gériatrie qui permet d'intervenir dans certains domaines ciblés tels l'approche de la douleur ;
- Une consultation généraliste plus ouverte sur tous les aspects de la psychiatrie du sujet âgé dite d'orientation concernant l'ensemble des plaintes antidépressives, les signes psychotiques, l'agir pathologique et les conduites à risque, les situations de refus de soins, d'alimentation ou de prise en charge dans leurs divers aspects.

Le tout dans le cadre d'un dispositif d'accueil temps partiel font lien entre ces différentes consultations et l'hôpital de jour.

Moyens humains : L'équipe HDJ/ Équipe mobile

Elle sera composée d'un praticien hospitalier psychiatre des hôpitaux, titulaire d'une capacité en gériatrie, un cadre de soin infirmier, sept infirmier(e)s, dont deux travaillant exclusivement sur l'extrahospitalier (équipe mobile) deux aides-soignantes une AMP et un agent des services de soins hospitaliers auxquelles il faut ajouter une secrétaire médicale une assistante des services sociaux ainsi que des professionnels plus spécialisés : une psychologue formée à la neuropsychologie de la personne âgée , une orthophoniste, une psychomotricienne, un kinésithérapeute, podologue en vacation.

Moyens matériels :

Locaux adaptés aux personnes âgées et à mobilité réduite.2 véhicules .3 téléphones portables dont 1 pour le médecin. 1 ordinateur portable avec accès à cimaise.

Et Idéalement :1 appareil à sismothérapie avec une convention avec le Chum (anesthésistes/réanimation) pour procéder à la sismothérapie pour les cas le nécessitant.

L'hôpital de jour et l'équipe mobile seront ainsi un dispositif de soin original, pour aborder la prise en charge des problèmes psychiatriques des personnes âgées.

Mais un séjour en psychiatrie peut toutefois être abordé quand il s'avère nécessaire.

- (Extension de l'EHPAD Kay Gran Moun de 33 à 60 places)

6.2 JEUNES ADULTES PSYCHOTIQUES (CF. AXE 3 EQUIPES MOBILES PAGE 66)

6.3 LES DETENUS : PROJET INTER REGIONAL DE CREATION D'UNE UHSA ADOSSEE A UNE UMD

OBJECTIFS : Création au sein du Centre hospitalier Maurice Despinoy de deux unités inter-régionales :

UNITE D'HOSPITALISATION SPECIFIQUE ADAPTE (UHSA)

20 lits adossée à une **Unité pour Malades Difficiles (UMD)** de 20 lits également.

Les UHSA accueillent exclusivement des personnes détenues des deux sexes souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation, avec ou sans consentement.

Les UMD (Unité pour malades difficiles) occupent une place particulière dans le dispositif de soins psychiatriques. En effet, si elles proposent une alternative pour les unités de secteur se retrouvant dans une impasse en envisageant un « séjour de rupture », chaque projet de soins est construit en concertation avec ces mêmes unités de sorte que la prise en charge en UMD ne soit qu'une parenthèse dans le parcours du patient.

Aucune de ces deux structures n'existe dans les 3 régions, Guadeloupe, Martinique, Guyane et depuis toujours, nous sommes contraints de transférer, en France hexagonale, les patients qui nécessitent ce type de prise en charge.

En plus de cette contrainte organisationnelle très lourde, ces transferts en métropole imposent de fortes ruptures du lien familial et social qui obèrent les chances de réhabilitation sociale de cette population déjà fragile.

Par ailleurs, il est possible d'envisager une mutualisation architecturale au sein d'une seule grande zone sécurisée permettant de répondre aux cahiers des charges en matière de sécurité de ces types de structures

UNE UHSA INTER-REGIONALE EN MARTINIQUE

La Loi de programmation et d'orientation de la Justice du 9 septembre 2002 prévoit la construction d'unités ayant pour vocation de prendre en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques. Le programme de construction des UHSA, débuté en 2010, prévoit la construction de 17 unités pour un total de 705 places réparties en 2 tranches. Une première tranche de construction est en cours de finalisation et comprend 9 lieux d'implantation.

Une seconde tranche de construction comprenant 265 places restantes doit débiter. Il en demeure que les lieux d'implantation de ces éventuelles unités ne sont, à ce jour, pas encore déterminées.

Le 5 juillet 2017, la **Commission des affaires sociales du Sénat** a présenté un **rapport d'information sur les UHSA** car elle estime que ces unités sont un dispositif très spécifique destiné à apporter une réponse à un problème grave : la prise en charge psychiatrique des personnes détenues. La deuxième vague devrait apporter 300 places supplémentaires et voir notamment la création de trois établissements dans les outre-mer.

Bien qu'il n'existe pas d'inter-région pénitentiaire Antilles-Guyane mais une « Mission Outremer Pénitencière », les besoins dans nos territoires que sont la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane

existent.

Sur le territoire Antilles-Guyane comprenant 3 régions, il y a, 7 établissements pénitentiaires : 4 maisons d'arrêts et 3 centres de détentions. Pour nos patients et nos prisonniers, jusqu'à présent, le seul recours est un transfert en métropole.

Pourtant, le CHMD (Centre hospitalier Maurice Despinoy) a su développer, depuis des années, des compétences dans la prise en charge des patients-détenus. Il a géré pendant des années le SMPR (Maison d'Arrêt et Centre de Détention de Ducos) et accueille, depuis 2013, dans son USIP les prisonniers nécessitant une hospitalisation.

La particularité de cette unité est d'être dotée uniquement d'un personnel soignant, sans présence de la pénitentiaire. Cette unité gère des patients hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation sur la demande d'un représentant de l'Etat. Elle accueille, sans restriction de pathologie, tout type de patients souffrants de trouble mentaux, sur orientation médicale des médecins de l'établissement pénitencier local.

Elle a pour mission de gérer des périodes aiguës. Une de ses principales limites, étant la cohabitation parfois compliquée avec les patients non prisonniers.

Le CHMD présente un plateau technique important et varié de soins psychiatriques et somatiques sur place. Il est à ce jour le plus important établissement de psychiatrie des trois régions, il est doté d'une double permanence de soins médicaux, astreintes sur le site de Balata et gardes psychiatrique sur le site de Mangot-Vulcin, et il se situe à proximité du CHU Martinique.

Cette expertise pourrait donc être mise au profit de cette population qui n'aurait plus à subir les effets délétères d'un éloignement géographique et familial qu'il s'agisse de son caractère stigmatisant et désocialisant.

De plus l'hôpital psychiatrique Maurice Despinoy se situe en Martinique, près de l'aéroport et surtout au milieu de la voie aérienne qui relie la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane, ce qui rend possibles des transferts de patients dangereux sans avoir à faire d'escales.

Fort de ces compétences, le CHMD, par son Pole intersectoriel, se propose de compléter l'offre de soins par une UHSA de 20 lits, inter-régionale Antilles-Guyane, s'articulant en synergie de complémentarité et de continuité avec notre autre projet qui est l'ouverture d'une UMD.

PROJET MEDICAL

La vocation de unités de 20 lits de cette UHSA serait de proposer des soins de moyennes durées (DMS de 60- 70 jours, durée similaire aux établissements en activité actuellement), si possible en hospitalisation libre à des patients détenus de l'inter-région. Les admissions dans cette unité seraient directes après orientation des médecins des SMPR et accord pour les hospitalisations libres, du médecin de la structure.

L'orientation des soins dans l'unité est proposée, en continuité et en complémentarité des soins effectifs proposés au sein des SMPR.

Les modalités de fonctionnement de l'unité sont définies statutairement et conjointement par les trois Ministères Publics (Santé, Justice, Intérieur).

Les services médico- psychologiques régionaux (SMPR) conservent leur activité d'hospitalisation de jour et de prise en charge à temps partiel des personnes détenues. Les SMPR et UHSA doivent travailler de façon coordonnée.

MOYENS NECESSAIRES

a) Moyens humains et matériels

Soignants et personnels de la pénitencier pour l'unités de 20 lits d'UHSA.

b) Moyens patrimoniaux

Construction sur un terrain disponible de l'UHSA et de l'UMD selon les normes de sécurité et statutaires définies actuellement.

6.4 LES MALADES DIFFICILES

CREATION D'UNE UMD INTER-REGIONALE EN MARTINIQUE

La vocation des Unités pour Malades Difficiles consiste à accueillir des patients présentant des troubles du comportement sévère et qui sont auteurs de passages à l'acte violents, souvent à l'égard des soignants.

La mission de l'UMD est de prendre en charge des patients difficiles pour lesquels plusieurs protocoles ont été antérieurement mis en place et en dépit desquels il reste un état de violence ou de dangerosité chronique ou permanent. Le malade difficile est le plus souvent passé à l'acte et il y a danger imminent de récidive.

Au-delà de l'accueil, les équipes soignantes œuvrent pour instaurer un lien de confiance et proposent, sur la base d'un projet thérapeutique, des outils de soins, tels l'isolement et la contention, les entretiens médicaux et infirmiers, des activités thérapeutiques et un accompagnement au quotidien.

PROJET MEDICAL

L'UMD Antilles-Guyane fera le choix d'un travail autour du patient, basé sur différentes activités qui servent de médiation pour le soin.

Les infirmiers et quelques professionnels spécialisés (ergothérapeute, éducateurs sportifs) assurent ces activités de prise en charge en ateliers de sociothérapie.

Cette médiation thérapeutique est le pilier central dans l'articulation et le montage des prises en charge du patient. Le pari de la réinsertion possible du patient dans son environnement est fait.

Les UMD occupent une place particulière dans le dispositif de soins psychiatriques. En effet, si elles proposent une alternative pour les unités de secteur se retrouvant dans une impasse en envisageant un « séjour de rupture », chaque projet de soin est construit en concertation avec ces mêmes unités de sorte que la prise en charge en UMD ne soit qu'une parenthèse dans le parcours du patient.

Cette future UMD représentera ainsi un service unique dans la région. Elle travaillera en réseau avec les autres établissements psychiatriques de l'inter-régional Antilles-Guyane pour construire le projet de réintégration du patient dans son établissement psychiatrique d'origine.

Cette unité aura une capacité d'hospitalisation de 20 lits, susceptible d'accueillir des patients (des deux sexes ?), sans consentement, mais également (une population de mineurs) ?

Architecturalement parlant, cette structure d'UMD s'intégrera dans une zone entourée d'un périmètre de sécurité confié à la responsabilité de l'Administration Pénitentiaire et incluant l'UHSA.

Cette organisation architecturale devrait permettre d'envisager une collaboration effective entre les deux structures avec, entre autres, pour les détenus de l'UHSA un accès aux compétences de remédiation et de réhabilitation psychosociale par mutualisation avec l'UMD.

Dans un avenir plus ou moins long, le rattachement du SMPR au Pôle UMD–UHSA-USIP-Sociothérapie, permettrait la mise en place d'une filière de soins pour les détenus plus cohérente et transparente.

En conclusion, nous nous proposons de porter ce projet inter-régional qui devra en premier lieu s'inscrire dans le plan régional de santé (PRS) et dans le projet territorial en santé mentale en collaboration avec l'ARS et le ministère de la justice.

Si c'est le cas, ce projet pourra alors être étudié dans les différents groupes de travail de notre établissement pour l'écriture du prochain projet d'établissement et s'inscrire dans une coopération inter-régionale, Guadeloupe, Martinique, Guyane.

EMRI

L'Equipe Mobile de Rue et d'insertion existe depuis de nombreuses années, son intérêt n'est plus à démontrer ni auprès de nos usagers en situation de précarité, ni auprès de nos nombreux partenaires.

En effet, l'EMRI explore Le travail en réseau non seulement psychiatrique moderne mais aussi diversifié et adapté aux besoins évolutifs des personnes en difficultés, qui malheureusement sont de plus en plus nombreuses.

En effet après s'être concentré pendant des années sur Fort de France, l'équipe a revu ses ambitions à la hausse avec une vocation à effectuer sur l'ensemble du territoire martiniquais un travail de terrain en dépistage de troubles psychiatriques chez les personnes en situation d'errance, d'aller vers eux, pour les accompagner vers les soins...En effet, nos missions sont vastes et vont jusqu'à l'insertion voire la réhabilitation de l'utilisateur précaire.

Notre objectif est d'être finalement ce trait d'union qui lie ou relie le patient à son secteur d'origine.

Les équipes des unités sont parfois très grandes difficultés avec des patients, dont l'unique point de chute après une hospitalisation est parfois au mieux l'ACISE, au pire la rue.

Face à cela, un travail de réseau est indispensable, c'est à cet effet que nous recevons des signalements des différents secteurs pour aller vers ces patients et leurs offrir notre aide et écoute afin d'instaurer une relation de confiance et travailler sur le maintien des soins.

C'est ainsi que, la majorité de nos patients ont des profils cliniques et sociaux à la fois inquiétants mais aussi précaires.

Le patient errant souffre non seulement de sa maladie mais aussi d'un rejet massif de la société en général. Souvent victime de violences, de traumatismes, il n'est pas aisé d'aborder le soin avec eux sans évoquer le côté social.

C'est pour cela que notre projet repose sur des partenariats et conventions que nous devons développer avec tous les acteurs du terrain (acise, samu social, croix rouge, secours catholique, ALS,).

Outre les maraudes qui se font maintenant deux fois par jour et régulièrement de façon conjointe avec les partenaires (acise, croix rouge, ...) L'EMRI assure :

- Des consultations psychiatriques (acise et bientôt à l'ALS »
- Entretiens infirmiers et éducateur.
- Des accompagnement sociaux (tutelle, assurance maladie...) ou aux CMPs,
- Des VAD sur signalement (famille, mairies, SAMSAH, SAVS, CMP,) qui peuvent parfois amener à des hospitalisations.
- Des soins programmés : dentiste, médecin de l'acise, CHUM...

L'EMRI est donc un maillon d'une chaîne d'acteurs qui doivent prendre en considération l'individu avec toutes ses caractéristiques, mais aussi et surtout dans son intégrité et sa dignité. La précarité peut en effet amener nos usagers à des pratiques à risques (vols, toxicomanie, prostitution,) et pour aborder ces profils il faut un savoir-faire mais aussi un savoir être.

Il s'agit de travailler dans la rue tout en considérant cet espace comme le domicile de l'utilisateur, sans jamais s'imposer dans la violence ou par la force.

Il s'agit, en effet, de gagner la confiance de l'errant, confiance oh combien précieuse pour l'amener vers les soins.

C'est aussi pour cela que l'EMRI a abandonné le C de la crise, car même si les équipes peuvent parfois traiter des urgences.

Leur rôle s'arrête lorsqu'il y a une nécessité à contraindre un patient aux soins. En effet, la confiance gagnée auprès du patient avec des mois voire des années de travail risque de se perdre.

Devant ces situations, nous faisons des signalements au secteur d'origine, SAMU, forces de l'ordre si besoin mais nous n'intervenons que lorsque le patient le demande.

Le constat actuel, est que les patients en état d'errance sont en constante augmentation et même si les jeunes hommes (21-45) restent majoritaires.

Il y'a de plus en plus de femmes et de personnes âgées dans nos rues. Ces profils de patients sont souvent co-morbides (addictions multiples, séropositifs...) Fort De France ainsi que Le Lamentin restent les villes les plus touchées.

Néanmoins, nous avons noté une recrudescence dans certaines villes : trinité, trois -îlets...

L'objectif est donc :

-Favoriser l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques aux patients en situation de précarité.

-la réinsertion par l'accompagnement et la réhabilitation psychosociale, en travaillant avec tous les acteurs, toujours en lien avec les secteurs d'origine, sans jamais s'y substituer.

-accompagner dans la cité les patients errant ou en situation de précarité, dans leurs démarches autant que de besoin, sans contrainte et en essayant de préserver la continuité des soins, de renouer des liens avec les familles, amis et proches, d'être en lutte constante mais habile contre la déshérence sociale (régularisation mutuelle, pièce d'identité...)

Finalement, notre rôle s'arrête lorsque le patient « sort définitivement de la rue ». L'EMRI fonctionne donc sur un modèle de P-T-R-R. Des synthèses hebdomadaires sont faites dans les locaux de l'EMRI (PFL). Des synthèses mensuelles sont institutionnelles et programmées de façon annuelle avec les partenaires.

b) Organisation de L'EMRI

1/2 ETP psychiatre responsable 1/4 ETP de cadre 3ETP infirmiers 3 ETP éducateur spécialisé

1 AMAL 'équipe travaille en binômes Infirmier/Educateur spécialisé

Axes D'amélioration :

Disposant de bureaux dédiés à La PFL. Pourvus de postes informatiques, de deux portables et de deux véhicules, l'équipe ne dispose pas de moyens logistiques pour se déployer pleinement (manque 1 véhicule et 1 téléphone).

Un ordinateur portable avec un accès cimaise serait souhaitable pour entrer les actes médicaux et /ou soignants dans le DPI directement, sans risque de perte de l'information (EDGAR).

Le planning retenu sur la base de 7h30 s'étend en 3 équipes une le matin, une l'après - midi et une en intermédiaire, de 7h30 à 18h30 du lundi au vendredi. Les véhicules doivent être positionnés à La PFL.

Un temps en psychologue serait nécessaire notamment pour le travail avec les familles et l'analyse des pratiques.

Le développement de thérapie familiale systémique est un des projets du pôle Intersectoriel.

Prévenir et gérer les situations de crises

L'EMRI a un rôle qu'elle se veut CAPITAL dans la prévention de la crise chez le patient psychiatrique en situation de précarité.

Souvent en rupture de soins parfois sous l'emprise de toxiques et en grande souffrance psychique, notre rôle est de d'abord les détecter, les identifier pour connaître leur antécédents, leurs histoires, leur secteurs d'origines, leurs familles...puis veiller à les amener à reprendre leurs soins puis reconstruire les liens avec leur famille et secteurs d'origine.

Cette prévention passe parfois par une hospitalisation à laquelle le patient se montre consentant voir légèrement ambivalent mais jamais opposé!

Concernant la crise en elle-même, elle est souvent synonyme de péril imminent, de refus des soins et donc de contrainte.

C'est là que le rôle de l'EMRI s'arrête car antinomique avec nos objectifs d'aller vers, de co- construire et de gagner la confiance des patients errants et c'est pour ces raisons que l'EMUP est un chaînon manquant dans la prise en charge des patients en crise et nous proposons de la remettre en place.

Cette équipe qui travaillerait avec le SAMU et les forces de l'ordre, si nécessaire, se spécialiserait dans la gestion de la crise et donc de l'urgence psychiatrique sans avoir à effectuer de maraudes ni à travailler une relation de confiance avec cette population précaire.

7.1 L'USIP

Introduction/définition :

L'Unité de Soins Intensifs Psychiatrique (USIP) est **une unité fermée** intersectorielle, et qui reçoit des patients en **hospitalisation sous contrainte SDRE, SDT, SPI** et qui ne peuvent pas être maintenus dans un service de structure normale en raison d'un état de **dangerosité situationnelle** et a priori transitoire.

L'USIP accueille également des **détenus** relevant de l'article D 398 du code de procédure pénale qui peuvent faire l'objet de dispositions particulières ainsi que des patients relevant de l'Article 122-1 du Code Pénal.

Les patients y poursuivent la prise en charge jusqu'à ce que leur état autorise leur retour dans le service d'origine.

Il s'agit d'une unité de soins qui **représente un échelon intermédiaire** entre un service de psychiatrie générale et l'UMD.

Elle est implantée au sein du Centre Hospitalier Maurice DESPINOY sur le site Mangot VULCIN.

D'une capacité de 15 lits, elle est mixte.

Chaque patient reçoit tous les soins que justifie son état psychique. En fonction de la dangerosité du patient, les soins lui sont dispensés dans un souci de sécurité. Toutefois, en cas de nécessité de soins impératifs, appréciée médicalement, l'intérêt immédiat du malade l'emporte sur la sécurité.

Les modalités d'hospitalisation sont définies de façon à ce qu'elles concilient :

- Les meilleures conditions de soins pour le patient
- Les meilleures conditions de sécurité pour les patients, le personnel de l'Etablissement, les visiteurs et la collectivité de façon générale.

Les patients relevant de l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet.

Ces patients **doivent, dans tous les cas, relever des dispositions des articles L.3212-1 ; L 3212-3 ; L 3212.1.2 ; L 3213-1 à L.3213-9** du Code de la santé publique relatifs à **l'hospitalisation sous contrainte**, et présenter, en outre, un état de dangerosité situationnelle difficilement compatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation habilitée à recevoir des patient relevant du chapitre III du titre IV de ce même Code, état a priori résolutif dans un délai de quelques semaines.

L'USIP est destinée à recevoir et à traiter les malades présentant les caractéristiques définies aux deux précédents alinéas.

La prise en charge se fait :

- De manière individuelle avec des entretiens médicaux et infirmiers.
- De façon collective par le biais d'activités à visée socio-thérapeutique, ergothérapeutique et sportives.

La durée de l'hospitalisation en Unité de Soins Intensifs Psychiatriques est au maximum de 2 mois SAUF EXCEPTION.

La durée moyenne de séjour est quant à elle de 12.06 JOURS.

Mission générale :

L'USIP offre à des patients soit dans un état d'excitation mentale avec fermeture à la relation, soit lors de menaces de passage à l'acte, des soins psychiatriques en mettant à leur disposition un espace contenant et non de contention, leur permettant d'organiser des moments de solitude féconde avec l'étayage et le soutien des soignants de l'USIP grâce à un bain relationnel constituant ainsi une alternative à l'affrontement et à la surenchère. (Cf. critères d'admission).

Prise en charge :

L'USIP a pour vocation d'assurer la poursuite d'une prise en charge temporairement incompatible avec une unité psychiatrique traditionnelle en raison de l'expressivité et/ou de la sévérité d'une symptomatologie psychiatrique aiguë. Pour répondre à cela l'USIP propose un cadre contenant et sécurisant au patient afin de lui permettre de retrouver sa place dans un processus de soins en psychiatrie générale.

La prise en charge infirmière est centrée sur le soin **individualisé** du patient. Après un temps d'observation de 24 à 48 heures en chambre de soins intensifs, un entretien a lieu avec les soignants pour lui permettre de verbaliser son ressenti et afin de lui expliquer le soin proposé. Le patient bénéficiera, de façon régulière et formelle, d'entretiens d'aide infirmiers durant toute son hospitalisation.

Des prises en charge **plus spécifiques** lui seront proposées ou prescrites : le patient rencontrera le médecin psychiatre pendant son hospitalisation, il bénéficiera d'un bilan somatique et d'un suivi par le médecin généraliste.

- Chaque cas est particulier d'où les prises en charge individualisées.
- Des activités thérapeutiques, encadrées par les soignants lui seront proposées : (cf. ateliers thérapeutiques).
- Toutes les activités sont de courte durée, planifiées dans le temps et toujours encadrées en binôme, de façon à éviter l'éclatement et l'hyper stimulation.
- Les patients ont à leur disposition des revues et journaux, ainsi qu'une bibliothèque et une télévision.
- Il peut aussi leur être proposé des jeux de société, jeux de cartes, jeux de ballon, ...

Enfin, le soin sera rythmé par la vie quotidienne de l'unité. Le moment de repos obligatoire (d'une heure trois quart à 3heures) l'après-midi sera un moment privilégié où le patient, grâce à cet isolement et sans stimuli externes, trouvera un apaisement à ses tensions internes.

A mettre en place/axes d'amélioration :

- Renforcer les effectifs non pourvus : médicaux, psychologue, ergothérapeute, travailleur social.
- Le patient pourrait bénéficier d'entretiens individuels avec le psychologue mais aussi participer à un atelier d'entraînement aux habiletés sociales proposé par le psychologue.
- Des séances enregistrées de relaxation ou des musiques apaisantes peuvent lui être proposées pendant le moment de repos obligatoire.

Accueil des Proches et des familles

Les proches apportent un soutien significatif, régulier ou occasionnel au patient hospitalisé. Ils appartiennent habituellement à l'entourage immédiat du patient (membre de la famille, ami).

Leur participation au traitement est parfois difficile, compte tenu du lien qui les unit avec le patient. Ils ont donc besoin d'être accueillis, informés, soutenus et orientés dans le réseau de soins, le plus précocement possible afin d'en faire des partenaires privilégiés de soins.

Un espace d'écoute est réservé aux familles à travers des entretiens familiaux.

Les visites sont règlementées : (cf. règlement intérieur USIP)

Sécurité

L'application des critères relatifs à l'unité est nécessaire :

1. contrôler les accès de l'unité et les portes des locaux par le personnel.
2. Permettre aux intervenants d'obtenir de l'aide de leur collègue en cas d'urgence.
3. Assurer la sécurité des patients en tout temps dans les aires communes de soins.
4. Libérer les circulations dans les corridors; aucun chariot ou objet ne doit être laissé sans surveillance ou contrôle.
5. Éviter un design avec des arêtes vives ou des éléments permettant l'escalade.
6. Prévoir des équipements et du mobilier à l'épreuve du vandalisme, sans risque de l'automutilation et de la pendaison.
7. Prévoir des matériaux et équipement résistant à l'arrachement, l'enfoncement et à l'effritement.

Organisation spatiale

L'organisation physique de l'unité de soins psychiatriques implique une hiérarchisation des espaces passant de la fonction « publique », soit l'accueil des visiteurs, jusqu'à la fonction « privée », soit la chambre du patient. Elle est composée des zones d'activité suivantes :

- .1 Accueil et espace pour la famille - Localiser à l'extérieur de l'unité
- .2 Poste et services centralisés - Poste centralisé : partagé par toute l'unité, complètement fermé.
- .3 Rangements et dépôts - Positionner de façon à assurer l'efficacité dans la prestation des soins tout en réduisant le déplacement du personnel.
- .4 Aire de soins - Considérer les modèles d'aménagement suivant :
- subdivision en îlots (espaces) dans lesquels on retrouve les locaux de soins et de vie. Chaque îlot étant fermé, le patient ne peut circuler seul entre ceux-ci.
Les locaux de vie (salon, salle à manger, salle d'exercices+++ , salle de soins : hygiène, coiffure... et autres) ont un réel intérêt dans la prise en charge du patient.

Axe d'amélioration :

-intérêt d'une chambre sécurisée sous vidéosurveillance notamment pour les patients suicidant en état de crise nécessitant une surveillance continue.

-intérêt d'une climatisation de secours en cas de panne générale.

. Locaux spécialisés : fait référence aux locaux nécessaires aux soins spécialisés notamment l'ergothérapie et finir l'aménagement de certaines chambres : lit scellé, tabouret, table...

b) Schéma organisationnel global

L'USIP ne peut que travailler en partenariat avec les différents secteurs, un engagement de reprise est nécessaire afin d'assurer la continuité des soins des patients sortants de l'USIP et d'accueillir des entrants.

Des réunions concernant des patients aux séjours multiples à l'USIP avec une réflexion conjointe sont à mettre en place avec le secteur d'origine pour certains patients dont la prise en charge reste difficile.

Axes d'amélioration : Thérapie / atelier de groupe

Concevoir une salle pouvant contenir un grand groupe de manière à abriter des activités calmes ou plus actives tels psychothérapie, bricolage, activités de défoulement, exercices physiques et autres...

Spécificités du POSTE INFIRMIER à l'USIP :

Critères d'aménagement à réévaluer régulièrement :

1. Évaluer le niveau de sécurité fluctuant selon le nombre d'effectifs en place et la dangerosité des patients. Suivant ce critère, le poste peut être ouvert ou fermé.
2. Assurer la confidentialité des échanges entre les intervenants.
3. Contrôler visuellement les accès de l'unité à partir du poste.
4. Faciliter la surveillance des chambres.
5. Installer tout type de poste à une distance maximale de 30 idéalement 20 m, de la chambre la plus éloignée.
6. Aménager le poste en considérant l'achalandage lors des Transferts de services.
7. Permettre un accès rapide au chariot d'urgence.
8. Prévoir un poste de lavage de main (PLM) dédié au personnel.
9. Prévoir un mobilier à accessibilité universelle pour au moins un espace de travail.
10. Évaluer les besoins en rangements pour statuer des espaces requis et des types d'ameublement.
11. Éclairage - Prévoir un des appareils d'éclairage et une des prises de courant sur l'urgence.
12. Appel de garde - Prévoir un espace pour l'emplacement du contrôleur principal du système d'appel de garde.
13. Prévoir un contrôle sécuritaire des portes évaluées selon le niveau de sécurité de l'unité à partir du poste.

7. Axes de réflexion :

1. DEVELOPPER LES COMPETENCES, LA MOTIVATION, L'ACCES A L'INFORMATION DES PROFESSIONNELS du personnel soignant.

2. Recruter / accueillir / intégrer / fidéliser

LES RECOMMANDATIONS

Les nouveaux arrivants doivent bénéficier d'un accueil leur permettant de se repérer et de comprendre rapidement le fonctionnement de l'établissement. Un programme de fidélisation devrait permettre de faciliter l'installation des professionnels et de développer du lien au sein de l'établissement.

8. L'État des lieux des pratiques

Points forts :

Peu d'incidents et de violence à l'USIP du CHMD comparativement aux autres USIP.

Équipe stable, peu d'absentéisme, fonctionnement non cloisonné mais bien hiérarchisé, réunions institutionnelles fréquentes.

L'état des effectifs est suivi mensuellement par la direction des soins et les CSS et communiqué au cadre de l'UF.

L'encadrement participe à la politique et aux entretiens de recrutement.

L'établissement organise le tutorat et le développement des formations spécifiques à

L'exercice, des nouveaux professionnels de psychiatrie.

Points de progrès :

-Les protocoles, le règlement intérieur de l'USIP, le guide des structures de l'établissement devront être disponibles sur intra net afin de **changer les pratiques** et éviter les **hospitalisations non justifiées**.

7.2 LES SOINS SOMATIQUES

ETAT DES LIEUX

- 235 Lits Installés Sur 2 Sites (140 A Mangot Vulcin Et 95 A Balata)
- Nombre De Prises En Charge Sur Mv : 1468
- Nombre De Prises En Charge Sur Balata : 149
- Etp Praticien Hospitalier Sur Le Secteur Sanitaire (0.3 Etp Sur Ehpap Kaye Gran Moun)
- Projet De Service : 5 Grandes Priorités

1) AMELIORER LE PARCOURS DU PATIENT ET SE RAPPROCHER DES BONNES PRATIQUES.

a) Améliorer la prise en charge somatique des patients relevant d'une pathologie psychiatrique en insistant sur le **risque cardiovasculaire et métabolique**.

b) Optimiser le dépistage et le suivi du risque nutritionnel (IPAQSS). Devenir **des moteurs du CLAN**.

c) Perfectionner le repérage de la douleur et son suivi(PEP). Devenir **des moteurs du CLUD**.

d) Renforcer la **collaboration entre les psychiatres et les somaticiens** dans le but de prendre en compte tous les effets secondaires des médicaments psychotropes et de mettre en place une conduite à tenir commune adaptée. Mise en place de **Revue de Morbimortalité** associant psychiatres et médecins généralistes en collaboration avec le service qualité.

e) Faire **évoluer en permanence le DPI** (logiciel CIMAISE) afin de se rapprocher des bonnes pratiques et aussi d'obtenir une meilleure traçabilité. Mise en place systématique de **CRH, de synthèses annuelles et de la codification** des séjours avec une exhaustivité proche des 100%.

f) Acquérir et entretenir **le matériel médical le plus adapté** (Dinamap, électrocardiographes...) pour rendre plus performantes la détection et la surveillance des pathologies cardiovasculaires en particulier.

- g) Obtenir un **accès à cyberlab** (logiciel des résultats biologiques du CHUM) nous permettant de récupérer en temps et en heure l'ensemble des résultats biologiques et éviter une perte importante d'information.
- h) Réaliser **chaque année un audit clinique sur dossiers** afin d'évaluer en permanence nos pratiques professionnelles
- i) Essayer de créer **des liens avec les différentes équipes psychiatriques et somatiques du CHUM** afin de fluidifier le parcours des patients.
- j) Renforcer la prise en charge paramédicale en insistant sur la nécessité d'obtenir des vacances régulières et structurées en **kinésithérapie et en podologie**.

7.3 DIM

Le département d'information médicale (DIM) est un service relativement récent, né dans les années 80, dans les établissements de santé français. Au CHMD il est organisé en unité fonctionnelle du pôle intersectoriel et il exerce des missions transversales dans tout l'établissement.

Interface indispensable entre les services de soins et les services administratifs, de par l'activité de collecte des informations issues de l'hospitalisation et de l'activité médicale, et de son œil d'expert, en matière d'aide à la décision dans l'intérêt de la communauté hospitalière.

Le professionnel responsable du DIM est un médecin. Les pouvoirs publics, en confiant la responsabilité de l'information médicale à un médecin, ont souhaité ainsi marquer leur attachement à la protection des informations médicales nominatives recueillies dans les établissements de santé.

La mise en place des pôles a, notamment, induit des stratégies diverses, selon les établissements, sur la place du DIM, compte tenu de son importance stratégique liée à la connaissance de l'activité médicale.

Au-delà des enjeux de constitution des pôles, les conditions d'exercice du médecin responsable de l'information médicale ont beaucoup évolué en psychiatrie, en particulier depuis la généralisation du RIM-P.

Les DIM sont maintenant des acteurs hospitaliers fondamentaux car le recueil de l'activité médicale et surtout son exploitation sont devenus indispensables pour le pilotage stratégique de l'établissement.

Mais, le médecin DIM n'est pas le seul acteur hospitalier à collecter des informations et à produire des données statistiques dans les établissements de santé. La fonction de contrôle de gestion, initialement cantonnée au contrôle financier ou au contrôle des effectifs, a hérité une nouvelle mission, plus transversale, avec la mise en œuvre de la comptabilité analytique hospitalière. Celle-ci, dont la vocation est de calculer le coût des activités de soins, s'appuie bien évidemment sur la mesure de l'activité. Les deux fonctions, contrôle de gestion et gestion de l'information médicale, se rejoignent forcément, car elles participent au même besoin de pilotage stratégique de l'établissement : quelle est l'activité produite et à quel coût ? *Projet de service du département d'information médicale 3*

Les positionnements respectifs du médecin DIM et du contrôleur de gestion, l'un avec sa culture et son appartenance médicale, l'autre avec sa culture et son appartenance administrative, sont susceptibles de créer un conflit de pouvoir.

Il faut donc, pour que chacun trouve sa place, toute sa place, rien que sa place, que les territoires communs et ceux qui ne le sont pas soient clairement définis.

LES MISSIONS DU DIM

La gestion de l'information médicale

Le D.I.M. est chargé de recueillir, traiter et analyser les informations relatives aux différentes prises en charge de Psychiatrie issues des différentes données médicales produites par les services hospitaliers et extra-hospitaliers.

Ces informations sont collectées conformément au guide méthodologique de production du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie mis à jour chaque année par le ministère de la santé.

Le recueil d'informations et le codage se font de manière décentralisée, directement dans les services, le D.I.M. s'assurant de l'exhaustivité du recueil et réalisant des contrôles qualité quotidiens.

Les informations médicales recueillies dans le cadre du P.M.S.I. constituent une **base de données accessible** aux services producteurs de l'information. Ces rapports d'activité sont produits par pôle annuellement et aussi chaque trimestre pour certains indicateurs.

L'objectif étant :

- D'améliorer l'activité du pôle sur certains indicateurs clés de la psychiatrie (DMH, file active, taux de renouvellement de la file active, taux d'occupation, type de population accueillie etc.)
- De proposer des pistes d'amélioration aux chefs de pôle dans le management de leurs équipes pour tout ce qui concerne leur activité et la gestion de leur dossier patient via CIMAISE

Les données RIMPSY sont fournies au service du contrôle de gestion mensuellement dans une logique de mise en corrélation avec les informations économiques et sont envoyées de manière anonymisées chaque trimestre à l'ARS de Martinique via la plateforme de l'ATIH.

Ces données sont aussi présentées par le médecin selon les besoins aux instances (CME, Directoire, CTE etc.) et au minimum une fois par an en CME par la présentation du rapport d'activité de l'année écoulée.

En effet, parmi toutes les missions que peut exercer un DIM, le cœur de métier est constitué de la mise en œuvre du recueil, de son traitement et de l'exploitation des données médicales.

Ces étapes peuvent se décrire, en termes de processus, en deux grandes étapes **l'amont et l'aval de la collecte des données.**

En amont, les missions du DIM, tous personnels confondus sont les suivantes :

- Maîtriser le fonctionnement des nomenclatures de santé ;
- Mettre en place une organisation du recueil, adapté à la culture et à la taille de l'établissement
- Déployer des compétences pédagogiques pour permettre aux équipes médicales et soignantes de s'approprier les outils (consignes de recueil et codage) ;
- Mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité en ce qui concerne ce recueil de données ;
- Acquérir la maîtrise de tous les outils informatiques nécessaires, et mettre en œuvre les nouvelles recommandations souhaitées par l'ATIH au niveau du logiciel CIMAISE et des équipes médicales et soignantes
- Gérer la plate-forme e-pmsi, qui est devenue, avec le temps, l'outil d'échange et de communication des services du ministère de la santé avec les établissements de santé.

Mais c'est en aval que les missions des DIM ont le plus évolué :

- L'information constituée en amont est exploitée pour la gestion interne et divers travaux d'analyse nécessaire d'amélioration de la qualité des soins

- Envois de l'activité anonymisés chaque trimestre sur la plate-forme e-pmsi ;
- Rapports d'activité ;
- Travaux d'analyse et de recherche des équipes médicales et soignantes ;
- Travaux épidémiologiques ;
- Analyse des besoins de la population ;
- Démarches d'évaluations des pratiques professionnelles et démarche qualité en général
- Production d'indicateurs et tableaux de bord pour le pilotage stratégique de l'établissement, etc.

LES AUTRES MISSIONS DU DIM

Comme l'avait préfiguré la circulaire du 24 juillet 1989, le DIM peut exercer d'autres missions transversales dans l'établissement :

- Le DIM aide les services médicaux à produire les résumés de sortie
- Il s'assure, auprès des médecins responsables, de la qualité des données, de leur cohérence avec le dossier médical du patient, de leur vraisemblance et de leur exhaustivité.
- Le DIM veille à la confidentialité des données concernant le malade, conformément aux recommandations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)
- Génère des fichiers anonymisés qui sont transmis via Internet aux organismes de tutelle dans des délais et conditions établis réglementairement.
- Fournit, aux responsables de service et de département, les données médicales qui serviront de base au rapport relatif à l'évaluation des soins dispensés dans l'établissement (prévu à l'art.24 de la loi hospitalière de 1970 modifiée).

LA COMMUNICATION DU DOSSIER AU PATIENT (PROCEDURE REVUE EN FEVRIER 2017).

- Participation à la gestion de la qualité
- Mise en œuvre du dossier patient informatisé son déploiement ainsi que ses ajustements en lien avec les spécificités des services, pôles, législations et indicateurs qualité
- Participation au système d'information hospitalier ;
- Participation à toute autre mission transversale utilisant l'information médicale ;
- Participation aux travaux régionaux ou nationaux que réalisent les sociétés savantes, la commission régionale de la VAP (en psychiatrie), le COTRIM, les collèges régionaux d'information médicale.

Ainsi donc, le DIM est un service à vocation transversale, qui établit des liens avec de nombreux acteurs hospitaliers, dans une position de prestataire au service de l'établissement et qui porte plusieurs projets d'amélioration de la qualité au CHMD.

ÉLABORATION DU FICHER COMMUN DE STRUCTURE

La production des soins se décrit en psychiatrie, par la notion de secteur, le dispositif de soins ou les lignes de soins spécifiques si elles existent.

Pour les soignants et les patients, cette lecture de la discipline ou du secteur suffit pour repérer les activités de l'établissement, notamment quand on y ajoute le nom du médecin responsable, du chef de service ou du chef de pôle. Pour autant, notre établissement de santé comme les autres, est une organisation complexe qui produit des activités de soins et des activités supports à ces activités de soins (services techniques, services logistiques, services administratifs, etc.). Pour permettre la mise en place des outils de gestion que sont le RIM-P, la comptabilité analytique, mais également la gestion du personnel et de la paie, la gestion des finances, la gestion des mouvements des patients et leur parcours dans le système de soins, l'établissement doit se décrire de façon plus détaillée et plus organisée, en construisant son fichier commun de structure.

Le fichier commun de structure représente la cartographie de l'établissement. Il se compose d'unités fonctionnelles (ou unités médicales pour le RIM-P). L'unité fonctionnelle est le lieu de rapprochement d'une activité homogène et d'un effectif médical et soignant ayant produit cette activité. Concrètement, l'unité fonctionnelle est, par exemple, l'activité de temps plein d'une unité de soins, ou le CMP du secteur, ou un CATTP ayant une ligne de soins spécifique, etc. Ces unités fonctionnelles sont regroupées en centres de responsabilité, elles-mêmes regroupées en pôles d'activité.

Ces regroupements pourraient n'avoir qu'une finalité de gestion et laisser la lisibilité clinique de l'activité médicale se décrire autrement.

En fait, notre établissement a choisi de concilier les deux logiques et la pertinence des regroupements d'unités fonctionnelles en centre de responsabilité correspondant à des secteurs, services ou structures internes pour que les cliniciens et soignants s'approprient le fichier structure.

Le rôle du DIM, à côté du contrôleur de gestion, est de faciliter la construction médicalisée du fichier structure. Tous deux construisent ensemble un outil qui permet à la fois de décrire les activités médicales de l'établissement et ses lignes de soins, mais également de construire les indicateurs indispensables au pilotage de l'établissement.

ÉLABORATION DES INDICATEURS POUR LE PILOTAGE DES POLES ET DE L'ETABLISSEMENT

Il est difficile, *a priori*, de définir quels sont les indicateurs nécessaires pour le pilotage d'un établissement de santé. Un indicateur et/ou un tableau de bord répondent à un objectif précis de gestion interne, adapté à l'établissement et à ses pôles. Pour construire ces indicateurs, il est possible de croiser des informations sur les caractéristiques sociodémographiques de la population, sur la file active et ses caractéristiques, sur les moyens en équipement ou en personnel, sur l'activité déployée et, si possible, sur les coûts de prise en charge de ces patients.

Exemples d'indicateurs :

- Nombre de patients dans la file active pour mille habitants du secteur ;
- ETP médical pour mille patients de la file active ;
- ETP non médical pour mille patients de la file active, etc.

Dans la production des indicateurs et leur analyse, le DIM apporte son éclairage clinique et sa connaissance transversale de l'établissement et de son fonctionnement.

Les places respectives du DIM et du contrôle de gestion dans l'organisation polaire de l'établissement.

Notre établissement comme beaucoup d'autres, a gardé au DIM une vocation transversale tout comme d'autres services tels que la pharmacie, la médecine générale, la diététicienne, les archives, etc.

Le pôle intersectoriel regroupe les services en charge de ces fonctions.

Le contrôleur de gestion est quant à lui dans le pôle direction qui inclut tous les services administratifs. Pour autant, l'appartenance à des pôles différents n'est pas un obstacle à un travail en commun. Le DIM se doit de travailler en collaboration étroite avec le service informatique, le service qualité et les autres services supports, tout en étant dans des pôles différents.

ORGANISATION / EFFECTIF

Le DIM (département d'information médicale) du CH Maurice Despinoy, unique centre Hospitalier habilité en psychiatrie de la Martinique est placé sous la responsabilité du médecin DIM et assisté de deux techniciennes d'information médicale (T.I.M).

Il travaille en étroite collaboration avec le service informatique et le responsable du système d'information.

Le DIM joue le rôle d'un prestataire de services à l'intérieur de l'établissement. Les médecins notamment, doivent être clairement informés de la nature des informations que le DIM reçoit, traite, restitue et transmet.

Les règles relatives à la confidentialité des informations médicales nominatives, ainsi qu'à la propriété intellectuelle des médecins sur leurs travaux de recherche, sont inscrites dans le règlement intérieur du DIM, lequel est intégré dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le médecin responsable du DIM est garant du respect de ces règles comme de celles du code de déontologie.

Axes d'amélioration

- Ressources humaines

Le D.I.M. est sous la responsabilité d'un médecin, qui doit être formé régulièrement dans deux spécialités charnières : de Santé publique et de médecine légale, en raison des informations nominatives manipulées et des exigences de validité et de confidentialité qui s'y rapportent.

Les TIM également doivent être formées régulièrement au contrôle de la qualité des données ainsi qu'au dossier patient.

En outre, l'équipe est à compléter **d'un temps de TIM supplémentaire** ou d'un IDE faisant fonction de TIM qui pourrait accompagner le DIM dans certaines missions spécifiques ayant une dimension soignante (par exemple le déploiement du dossier patient sur les UF de médico-sociales).

- Activité
- Améliorer l'exhaustivité des journées d'hospitalisation sur Cimaise en retravaillant les interfaces avec le service informatique (- 1214 journées par rapport à HEXAGONE en 2017)
- Obtenir un taux de 100 % de diagnostics principaux recueillis en hospitalisation et aussi la mise à jour du diagnostic principal au minimum 1 fois par an en ambulatoire
- Accroître le recueil des DAS en psychiatrie et en médecine générale
- Reparamétrer les interfaces avec le service informatique lors de la mise à jour des modes de soins de l'hospitalisation sur Hexagone
- Développer la production d'indicateurs en routine sur le logiciel Cimaise
- Produire des indicateurs DPI chaque trimestre pour chaque pôle

Dossier patient

- Sensibiliser les psychiatres à l'obligation réglementaire de tracer chaque prescription d'isolement et ou de contention dans le DPI
- Déployer les interfaces avec le logiciel PHARMA pour recueillir le traitement de sortie dans la lettre de liaison médicale Cimaise
- Mise en place de l'aide à la prescription pour l'ambulatoire avec le déploiement du VIDAL sur Cimaise
- Déployer la numérisation (formation, équipements installés) sur toutes les UF du sanitaire
- Mettre en œuvre le recueil du registre des isolements et contention avec le BH et améliorer son exhaustivité
- Expérimenter la photo
- Finaliser la mise à jour du guide d'utilisation du dossier patient

- Mise à jour du plan de continuité du dossier patient avec la DSIO en cas de coupure du réseau informatique
- Améliorer l'exhaustivité des écrits des intervenants notamment des psychologues et travailleurs sociaux
- Mise à jour et réorganisation du dossier de pédo-psychiatrie avec le chef de pôle par filière
- Améliorer le score IPAQSS pour les UF d'hospitalisation pour atteindre le score de 80 % de conformité (objectif national fixé par l'HAS)

Divers

- Diffusion d'un bulletin du DIM chaque semestre
- Organiser une journée d'information du DIM tous les 2 ans

CONCLUSION

Piloter un établissement, préparer son projet médical et son projet de soins, gérer son budget au plus près des besoins de la population et des soignants, élaborer et suivre la mise en œuvre des projets de pôles et de leur contrat d'objectif et de moyens, implique de disposer d'indicateurs pertinents et adaptés.

Au CHMD, un établissement de santé habilité en psychiatrie, le DIM peut mettre ses outils et ses compétences au service des équipes de psychiatrie et de leurs partenaires institutionnels, par exemple en mettant en évidence des disparités dans le recours aux soins hospitaliers d'une population au regard de ses caractéristiques sociales. Ces informations permettent une prise de décision pour les projets de soin et donnent aux soignants un autre éclairage de leur pratique centrée sur la prise en charge d'un patient et de son histoire singulière.

Grâce au développement des systèmes d'information en psychiatrie, au développement de la mise en œuvre de la comptabilité analytique et à la généralisation du RIM-P, notre établissement dispose désormais des outils nécessaires à l'élaboration et au suivi de ces indicateurs.

Le DIM et le contrôleur de gestion sont des acteurs clés pour la production de ces indicateurs.

Chacun apporte ses outils, ses compétences et sa culture. Le travail collaboratif DIM et contrôle de gestion est fondamental pour :

- Donner du sens et de la pertinence à des données financières en les croisant avec des données médicales ;
- Donner une interprétation unique, pertinente et partagée d'une donnée, d'un chiffre...

7.4 LA PHARMACIE

Ce projet tient compte des orientations du SROSS, des bonnes pratiques de pharmacie hospitalières, des observations des visiteurs de l'HAS dans le cadre de la certification, des objectifs du CAQES et des nouvelles missions de la pharmacie hospitalière concernant la pharmacie clinique.

Notre politique est d'assurer une qualité optimum du service rendu dans la participation à la prise en charge globale du patient dans le respect des contraintes budgétaires et réglementaires. Pour cela, nous avons mis en place un système d'assurance de la qualité de nos processus et parallèlement améliorons notre fonctionnement interne, notamment via l'informatisation, afin de sécuriser le circuit du médicament et optimiser notre prestation pharmaceutique en faveur des patients et des acteurs des services de soins.

L'EQUIPE ACTUELLE

L'équipe pharmaceutique du CHMD est composé de :

- Un pharmacien chef de service, responsable médicaments et pharmacovigilance
- Un pharmacien responsable des dispositifs médicaux, matériovigilance et hygiène
- Un pharmacien-assistant
- 4 préparateurs en pharmacie hospitalière
- Un secrétaire-comptable
- Un magasinier

ORGANISATION

La pharmacie à usage intérieur (PUI) base son organisation sur deux principes : la sécurisation du circuit du médicament et l'éclatement des structures psychiatriques.

Depuis le transfert d'une partie des patients de Colson sur la cité hospitalière de Mangot-Vulcin, la pharmacie assure la dispensation de 517 lits et places répartis sur 50 sites sanitaires et médico-sociaux. La PUI assure l'approvisionnement de toutes les structures psychiatriques de la Martinique : Mangot-Vulcin, ancien site de Colson, structures extrahospitalières, appartements thérapeutiques, structures médico-sociales.

Le circuit logistique permettant la livraison de l'ensemble de ces commandes est assuré par les chauffeurs du service transport du CHMD et les agents du service logistique de la cité Mangot Vulcin:

- Intra hospitalier localisé à Mangot Vulcin : les agents du service logistiques de la cité Mangot Vulcin assure la livraison des produits pharmaceutiques (avec des armoires de transfert) des maisonnées de psychiatrie de façon bihebdomadaire à partir de la PUIMV. Ceci permet de structurer les flux dans l'hôpital par le recours à un même support de livraison (armoires + caisse) compatible avec les circuits, passage de portes, armoires de service, etc.
- Extrahospitalier : hors cité Mangot Vulcin : 2 circuits logistiques sont prévus afin d'assurer la livraison des médicaments et des dispositifs médicaux de l'ensemble des structures :

Livraison de commandes normales : Les chauffeurs assurent selon un planning bi-hebdomadaire ou hebdomadaire la livraison des commandes de produits pharmaceutiques sur plusieurs sites : ancien site de Colson, FAM de Morne Vert, FAM et MAS de Saint-Pierre, MAS de Saint-Anne, CMP, appartements thérapeutiques. La planification des livraisons est réalisée par zones géographiques afin de cadencer les livraisons pour optimiser les flux logistiques.

Livraison de commandes urgentes : les agents du service logistique du CHMD assurent la livraison des commandes pharmaceutiques urgentes et non prévu sur l'ensemble des structures.

Le circuit du médicament est totalement informatisé avec le logiciel Pharma, de la prescription à l'administration, dans toutes les unités de soins sanitaires (localisées dans la cité Mangot Vulcin et sur le site de Balata). Le déploiement informatique initié aux structures médico-sociales doit être finalisé sur le FAM de Saint-Pierre.

La dispensation nominative est reglobalisée à partir du cumul des prescriptions. La traçabilité de l'administration des médicaments s'effectue sur Pharma par les IDE de services. La dispensation est nominative mensuelle pour les patients en famille d'accueil thérapeutique.

Chaque service sanitaire dispose de 2 dotations de produits pharmaceutiques informatisées (dotation de l'armoire de service et dotation standardisée du chariot d'urgence).

Un système qualité est mis en place. Les différents protocoles sont classés par thème et accessibles sur la base documentaire informatisée YES :

- Prescripteurs (habilitations des prescripteurs, support de prescriptions.)

- Unités de soins (organisation des substitutions, gestion des médicaments personnels apportés par le patient, préparation des gouttes buvables, la gestion des événements indésirables, contrôle d'armoire de service...)
- Stupéfiants
- Urgences (demande de médicaments en urgence, gestion des chariots d'urgence, local urgence...)
- Vigilances (pharmaco et matériovigilance.)
- Pharmacie

La permanence pharmaceutique est assurée par une astreinte opérationnelle des pharmaciens.

LES MISSIONS

La pharmacie est maintenant placée au centre des dispositifs sécuritaires et efficaces conduisant à une réorganisation du service. Le pharmacien hospitalier s'est vu confier plusieurs missions qui le placent au cœur d'enjeux majeurs, à l'interface des services cliniques et administratifs, en vue de garantir à la fois le meilleur usage des produits de santé et des ressources de l'établissement.

D'une part la gestion, l'achat et l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, dispositifs médicaux stériles et autres produits de santé réservés aux pharmaciens. La dispensation est l'acte pharmaceutique consécutif à la prescription médicale. Elle associe la délivrance des médicaments à l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation des doses à administrer et la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage du médicament.

D'autre part, le code de la santé publique lui confie les missions suivantes :

- Mener ou participer à toutes actions d'information sur les produits de santé et de promotion et d'évaluation de leur bon usage,
- Concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et aux vigilances sanitaires,
- Sécuriser le circuit du médicament : le patient est au cœur du 'circuit' qui fait appel successivement au médecin pour la prescription, au pharmacien pour l'analyse et la validation de la prescription, à l'infirmier pour l'administration des médicaments au patient,
- Mener ou participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique. Une évolution majeure des activités confiées aux pharmaciens hospitaliers est en cours avec le déploiement de la pharmacie clinique désormais inscrite dans les missions des pharmaciens hospitaliers depuis la parution de l'ordonnance 2016-1720 du 15 décembre 2016. Il s'agit principalement d'activités d'analyses d'ordonnances, de dispensation nominative, de conciliation médicamenteuse, d'éducation thérapeutique.

LES OBJECTIFS

Les objectifs opérationnels sont l'amélioration de la prévention des effets indésirables médicamenteux, la validation des thérapeutiques médicamenteuses, la contribution à l'efficacité de la prescription, la prise en compte des médicaments à risque.

Le renforcement du comité du médicament et des dispositifs stériles est axé sur l'élaboration de recommandations de bon usage du médicament, de modalités particulières de prescription et de dispensation pour certains médicaments, de protocoles thérapeutiques notamment pour les personnes âgées, d'évaluation des pratiques, la rédaction d'un guide d'antibiothérapie avec surveillance des

BMR, la réalisation d'enquêtes de prescription, la rédaction du livret pharmaceutique actualisé annuellement et disponible dans chaque unité de soins.

1. Poursuivre la sécurisation du circuit des produits de santé entre les unités de soins et la pharmacie en développant la dispensation individuelle nominative, la préparation des doses et des piluliers, assurer leur traçabilité y compris dans les structures médico-sociales. Formaliser et sécuriser la réception des médicaments en unité de soins (confrontation du bon de commande, du bon de livraison et examen physique de la livraison).
2. Répondre aux attentes des professionnels de santé en matière d'information sur les produits de santé et animer les groupes de travail IDE, cadres et pharmacie afin d'améliorer les pratiques.
3. Sensibiliser les professionnels à l'erreur médicamenteuse, animer le comité de retour d'expérience (CREX médicament) permettant un signalement et un traitement de l'erreur en portant au niveau stratégique et opérationnel la démarche qualité et la gestion des risques.
4. Participer à la mise en place du projet de l'éducation thérapeutique des patients avec la mise en place d'ateliers du médicament pour les patients, informations et conseils des patients sur les produits pharmaceutiques.
5. Apporter l'expertise pharmaceutique dans les procédures d'achat et la logistique des produits de santé et optimiser l'approvisionnement et la gestion des stocks.
6. S'engager dans une démarche continue de formation professionnelle : perfectionnement des connaissances et évaluation des pratiques professionnelles.
7. Optimiser la performance des activités pharmaceutiques en s'inscrivant dans un management participatif des équipes et dans le management de projet et l'élaboration d'indicateurs d'activité. Aider les pôles à mieux suivre l'évolution de leurs consommations et leur fournir des tableaux de bords avec des indicateurs qualité.
8. Assurer la qualité et l'évaluation de toutes les pratiques pharmaceutiques.
9. Continuer à s'investir dans les activités transversales de l'hôpital : CME, CLAN, CLUD, CE, certification, gestion des risques, Commission de la permanence des soins, commission des soins somatiques, etc.

PERSPECTIVES

Afin d'améliorer le service rendu aux services de soins, plusieurs objectifs sont à cibler concernant le renforcement de la juste prescription et l'informatisation :

a. Optimiser l'analyse pharmaceutique des prescriptions et tendre vers le niveau 2 de la Société française de Pharmacie Clinique (SFPC) qui inclue l'accès au dossier patient informatisé et aux résultats biologiques sur CIMAISE. Renforcer la communication d'indicateurs dédiés à l'analyse des prescriptions :

Lignes de prescription (livret/hors livret), prescriptions de sortie, taux de lignes analysées, nombre d'interventions pharmaceutiques, taux d'acceptation des interventions pharmaceutiques, taux de prescription avec des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez le sujet âgé...

b. Promouvoir la bonne prescription chez le sujet âgé

La sécurisation de la prise en charge médicamenteuse des sujets âgés fait l'objet d'une EPP pérenne depuis octobre 2016. Les actions de sécurisation chez les patients à risque tels que les sujets âgés interviennent au niveau de la conciliation médicamenteuse, de la prescription, de la préparation et de

l'administration des traitements, de l'information des patients, de la prise en charge de la douleur et de l'état nutritionnel. Un guide de bonne prescription chez les sujets âgés a été diffusé à tous les prescripteurs intégrant la liste de tous les médicaments inappropriés. Les réévaluations des prescriptions des sujets âgés seront renforcées avec le renforcement des revues de pertinence ainsi que des audits et des enquêtes de prescription.

c. Renforcer la conciliation médicamenteuse

La conciliation médicamenteuse correspond à un processus formalisé qui vise à sécuriser le circuit du médicament aux points de transition, c'est-à-dire à l'admission et à la sortie du patient. C'est un processus pluri professionnel qui repose sur une collaboration entre les professionnels de ville et de l'hôpital. Il prend en compte tous les médicaments pris par le patient, comporte une phase de recueil de données visant à identifier les divergences puis une phase d'analyse et d'intervention auprès du prescripteur afin de résoudre les divergences observées. La conciliation médicamenteuse contribue à éviter la survenue d'événements iatrogènes. Déployée depuis septembre 2015 à l'admission des personnes âgées de plus de 65 ans sur Mangot-Vulcin, elle sera étendue à la sortie des patients avec pour objectifs de prévenir les erreurs médicamenteuses, de mieux prendre en charge les patients à risque et de renforcer le lien entre pharmaciens officinaux et hospitaliers. De plus, un entretien sera réalisé avec le patient par le pharmacien afin de lui expliquer son traitement et les changements qu'il comporte. Le développement du lien ville-hôpital passe par un partage d'informations avec les pharmaciens d'officine, notamment sur l'observance des patients, l'optimisation des traitements en fonction des effets indésirables. Des indicateurs spécifiques sont fournis : taux de patients de plus de 65 ans conciliés à l'admission, taux de prescriptions avec divergences non intentionnelles ; d'autres indicateurs seront créés en lien avec la conciliation de sortie.

d. Développer des actions contribuant au bon usage des médicaments

Un guide sur la prise en charge médicamenteuse du patient a été diffusé aux soignants. Il a été élaboré à partir des outils et des bonnes pratiques existantes, proposées par différentes institutions et opérateurs de santé nationaux et internationaux. Il a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique des patients, sécuriser le circuit du médicament en réduisant les erreurs évitables à chaque étape, améliorer l'efficacité et l'organisation du circuit tant au niveau des unités de soins que de la pharmacie à usage intérieur, dans l'intérêt du patient et le respect de la réglementation.

Les compétences pharmaceutiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux seront davantage apportées aux prescripteurs et aux soignants. L'objectif principal est de diminuer l'iatrogénie médicamenteuse génératrice de surcoûts, de morbidité et de mortalité. Les objectifs secondaires sont d'améliorer la production d'informations pharmaceutiques à destination des services de soins, de développer l'accès aux données scientifiques et d'assurer la vigilance des produits pharmaceutiques (pharmacovigilance, matériovigilance) en assurant l'accompagnement des praticiens hospitaliers pour la déclaration des effets indésirables liés aux médicaments. Les ateliers du médicament, initiés en 2014, vont être poursuivis afin d'assurer la formation des soignants à la qualité et à la sécurité des produits de santé. En lien avec la Direction des soins, l'ensemble des soignants sera formé aux nouvelles procédures. Les pharmaciens poursuivront la formation des IDE au logiciel Pharma.

Les préparateurs sont désormais référents pour des missions précises et des services afin d'assurer un suivi régulier des armoires de services avec les infirmiers responsables et de développer l'accessibilité des documents pharmaceutiques dans les services de soins.

La pharmacie accompagnera les équipes cliniques pour animer des groupes de patients d'éducation à la santé ou d'éducation thérapeutique. Les objectifs sont d'optimiser la prise en charge médicamenteuse des patients avec un focus sur la personne âgée afin de diminuer le risque iatrogène. Reste à définir les rôles et responsabilités entre les prescripteurs et l'équipe soignante relatifs au partage de l'activité d'information au patient, à consigner l'information faite au patient par tous les intervenants dans le dossier du patient ainsi que la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque.

e. Renforcer la politique d'évaluation des pratiques professionnelles

Depuis plusieurs années plusieurs démarches ont été formalisées dans le cadre d'EPP sur des thématiques liées à la prise en charge médicamenteuse : EPP sur le circuit du médicament, EPP sur la qualité de la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées. Une nouvelle EPP sera mise en place sur la pertinence des interventions pharmaceutiques lors des analyses des prescriptions.

f. Poursuivre la maîtrise des dépenses pharmaceutiques

La pharmacie continuera la mise en place de la dispensation globalisée en limitant les stocks de médicaments dans les services et en renforçant le suivi des dotations qualitatives et quantitatives dans les services. Les commandes de médicaments seront générées automatiquement par le logiciel de prescription Pharma et les armoires de services verront leur dotation diminuer. La maîtrise de la consommation des antibiotiques sera poursuivie avec l'analyse annuelle du taux d'évolution de la consommation des antibiotiques (en DDJ, rapportées à l'activité) et un dispositif du système d'information favorisant la réévaluation à 48-72 heures de la pertinence du traitement antibiotique. La collaboration des pharmaciens avec le département d'information médicale et la construction de tableaux de bord performants en lien avec l'utilisation des produits de santé sont développées. Ce pilotage médico-économique sera mis en place avec des tableaux de bords à destination des pôles (indicateurs d'activité, indicateurs financiers). Il aura pour objectif d'analyser l'évolution des prescriptions des produits pharmaceutiques et d'aider les pôles à mieux suivre l'évolution de leurs consommations.

g. Poursuivre la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients.

Un manuel d'assurance qualité a été élaboré à la pharmacie. Le pharmacien RSMQ établit chaque année un programme d'action et un bilan sur l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (PECM) qui intègre les résultats de la certification, les audits et les études de risques. Un indicateur est fourni chaque année (taux d'action de sécurisation de la PECM réalisés). La pharmacie va poursuivre la démarche d'audit sur le circuit du médicament, l'élaboration de procédures, de recommandations de bon usage, l'analyse des événements indésirables liés au médicament, la gestion des médicaments à risque, la réalisation d'une cartographie des risques a priori. Reste un objectif à consolider : inciter à la déclaration interne des événements indésirables liés au circuit du médicament, assurer le suivi de l'évolution du nombre d'événements indésirables en lien avec les never events, communiquer sur les procédures en cours et les nouvelles procédures en lien avec la direction des soins.

h. Mettre en place une dispensation hebdomadaire nominative avec préparation des doses et des piluliers à la pharmacie.

Ce projet de sécurisation du circuit du médicament nécessite de nouveaux moyens humains et en équipements (automates...)

i. Poursuivre l'informatisation du circuit du médicament

Le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux dans tous les services est un projet d'établissement porté par la PUI. Le CHMD compte aujourd'hui 392 lits en prescription informatisée, validation pharmaceutique et administration (240 lits sanitaires, 152 lits médicosociaux). Cette informatisation se poursuit dans les structures médico-sociales permettant la prescription informatisée et l'analyse pharmaceutique de la prescription, le suivi des dotations armoires informatisée. Le FAM Surcouf à Saint-Pierre reste à informatiser. Ce circuit s'articule parfaitement avec la qualité de la prise en charge médicamenteuse (Arrêté Retex du 6 avril 2011 et circulaire du 14 février 2012). L'intégration par les pharmaciens de protocoles médicamenteux sera renforcée dans PHARMA pour d'une part uniformiser les pratiques et d'autre part apporter une aide à la prescription. Les pharmaciens hospitaliers, avec l'appui logistique du service informatique du CHMD et du DIM,

devront améliorer les liens informatiques entre Pharma et CIMAISE avec comme objectifs de renforcer la consultation du DPI et les échanges de données entre les structures extra et intra-hospitalières.

j. Développer l'activité de recherche

Grace à la pérennisation d'un poste de pharmacien assistant, les publications émanant du service pharmacie se sont intensifiées :

Plusieurs communications affichées (posters) sont présentées lors des congrès de psychiatrie et de pharmacie et contribuent à la formation des jeunes pharmaciens.

Des communications orales sont présentées soit dans le cadre d'un EPU soit dans des congrès ou symposiums en partenariat avec les psychiatres et les médecins somaticiens.

Plusieurs thèmes sont étudiés :

- Pratiques de prescription
- Événement indésirables, CREX
- Cartographie des risques
- Informatisation du circuit du médicament
- Conciliation médicamenteuse, continuité de soins à la sortie de l'hôpital
- Innovations en psychiatrie
- Interventions pharmaceutiques lors des analyses d'ordonnances

CONCLUSION

Ce projet de service s'appuie sur l'existant et sur les orientations à prévoir dans les 5 années à venir. La pharmacie s'inscrit dans le projet médical en s'engageant à assurer la continuité et la qualité de la prise en charge médicamenteuse tout au long du parcours du patient, de son admission à sa sortie en ville. Elle s'engage à poursuivre l'optimisation de la gestion avec les unités de soins et l'amélioration du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. La participation des pharmaciens hospitaliers dans l'analyse des dépenses pharmaceutiques des pôles d'activité devient une activité stratégique

- Les orientations du projet médical sont en lien étroit avec le projet qualité d'établissement
- Rapport de certification : réserve autour du parcours patient et du droit des patients et amélioration obligatoire du DPI

(CF. PRESENTATION SUIVANTE)

8.1 CONCLUSION PROJET MEDICAL 2019-2023 :

Ce projet médical d'établissement a pour ambition d'apporter les évolutions nécessaires à la modernisation de la psychiatrie en Martinique.

Sa construction s'est appuyé sur l'analyse de notre activité à travers les parcours de soins, le maillage territorial, notre collaboration avec l'ensemble des acteurs de la santé mentale, sanitaire médico-social et social, les patients et leur famille.

Il s'appuie également sur les recommandations du groupe expert demandées par l'ARS pour le COPERMO, dans la contrainte d'un plan de retour à l'équilibre.

Malgré ces contraintes, ce projet reste ambitieux puisqu'il prévoit la fermeture du site de Colson (Balata) et le transfert de son activité sur le site de Mangot-Vulcin, dans des locaux adaptés grâce aux extensions de nos pavillons existants et la construction de pavillons neufs.

Pour réussir cette mutation nous avons fait le choix de poursuivre le virage ambulatoire en proposant de nouvelles équipes mobiles spécifiques :

- Une équipe mobile pour la personne âgée qui fait le lien entre notre établissement et nos partenaires, urgences, hôpitaux, EPADH, et domicile.
- Une équipe mobile de suivi intensif dans le milieu pour lutter contre les hospitalisations multiples de certain patient.
- Une équipe de mobile pour les jeunes adultes psychotiques qui accompagne les plus jeunes patients dans leur entrée dans la maladie.
- Ce projet doit aussi marquer le retour d'une collaboration indispensable entre le CHU et notre établissement, collaboration autour :
- Des urgences psychiatriques, avec la réinstallation d'une unité de post urgences (U72) pour les patients adressés aux urgences sous contrainte,
- Du SAMU par la réinstallation d'une équipe mobile d'urgence psychiatrique (EMUP) qui régule avec le 15 et peut analyser sur place les situations psychiatriques aiguës.
- La MFME avec la mise à disposition d'équipe du CHMD auprès de la pédiatrie et des urgences pédiatrique.
- Les services du CHU à Mangot-Vulcin pour la couverture somatique sur les temps de gardes de nos services situés au même endroit.

Ce projet est aussi l'occasion de nous positionner sur la possibilité de créer des services inter-régionaux pour des unités qui n'existe pas aux Antilles Guyane et qui nécessite des transferts en métropole :

- Une UHSA pour l'hospitalisation des détenues souffrant de troubles mentaux.
- Une UMD pour l'hospitalisation des patients les plus difficiles.

Par ailleurs le projet médical d'établissement est aussi l'occasion de rappeler l'implication des pôles cliniques dans la démarche qualité pour l'amélioration constante des prises en charge.

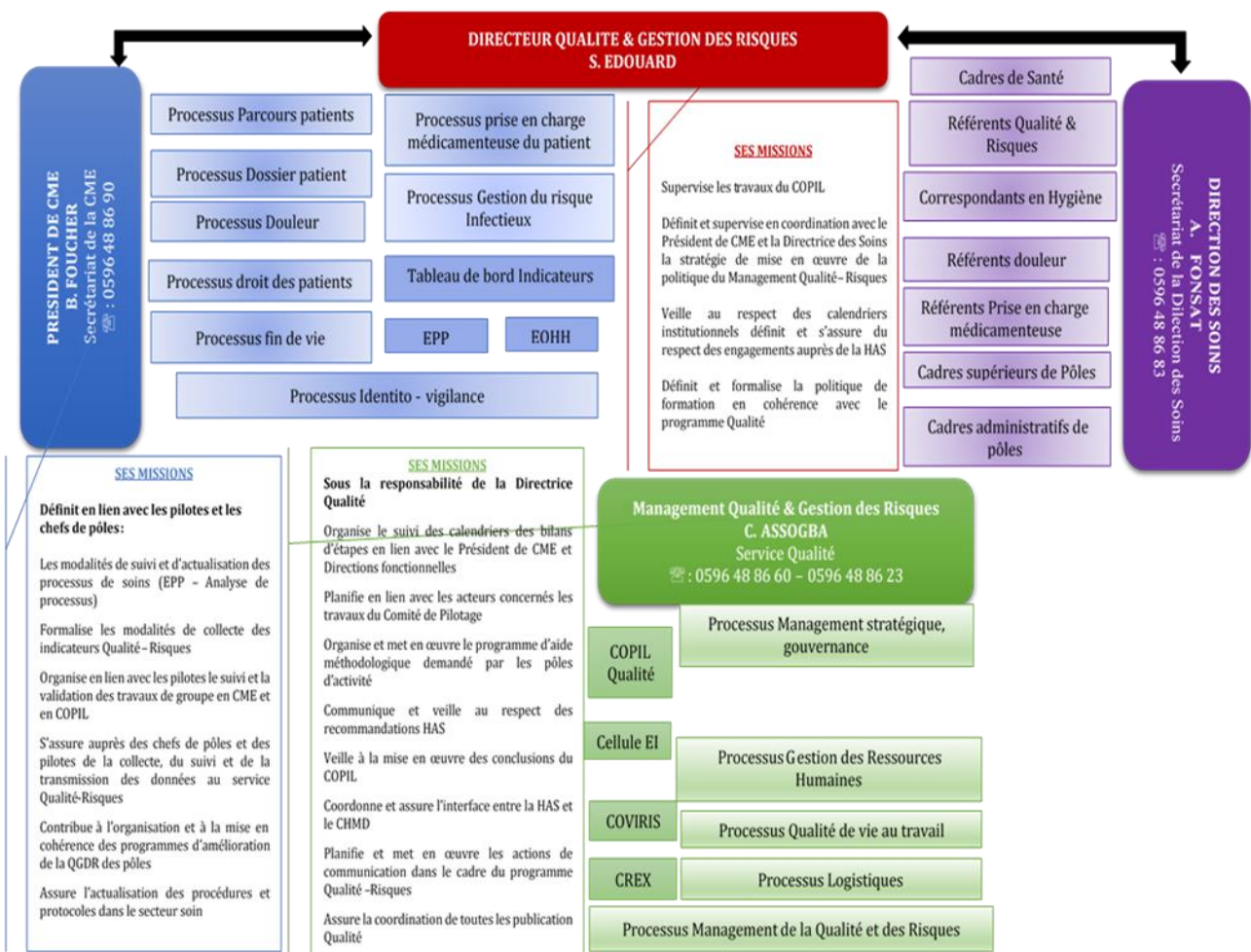
Pour conclure, comme je l'ai rappelé au COPERMO, ce projet ambitieux qui prévoit aussi la poursuite de la diminution des lits de psychiatrie en Martinique dans un contexte de tension sur l'hospitalisation, est un vrai pari que la communauté médicale a accepté de relever pour les 4 prochaines années.

Chapitre 1 ORGANISATION ET COMMUNICATION

Le projet qualité et gestion des risques se décline à partir des orientations de la politique Qualité et Gestion des Risques de l'établissement. Il tient compte de l'ensemble des démarches et projet initiés dans l'institution dont l'objectif commun est l'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins et des prestations offertes aux usagers. Il permet aussi l'amélioration des conditions de travail des professionnels en complément du projet social.

La cellule Qualité et Gestion des Risques est garante de la cohérence de toutes les actions menées au titre de la Qualité et de la Gestion des Risques ainsi que du maintien de la dynamique d'amélioration continue dans toutes les activités de l'établissement.

1.1 NOUVELLE ORGANISATION DE LA QUALITE



1.2 LES AXES DU PROJET QUALITE ET GESTION DES RISQUES

	ACTIONS	OBJECTIFS
Qualité	Entretien au quotidien le management du système qualité	- Maintenir et poursuivre les certifications (HAS) et les démarche d'auto-évaluation dans tous nos secteurs d'activités. Développer et poursuivre la gestion du système documentaire qualité Poursuivre les démarches d'évaluation des pratiques et des organisations (EPP, audits, enquêtes de satisfaction) Participer au fonctionnement des instances et comités relatifs à la qualité (informer et faire valider les projets)
	Poursuivre les projets initiés	Finaliser la démarche processus : décomposer l'activité et identifier l'ensemble des processus, les décrire, les piloter, les analyser et les améliorer pour porter un regard transversal sur les organisations, améliorer les interfaces entre les services et faciliter le décloisonnement
	Renforcer l'accompagnement et la mise en œuvre des axes Qualité	Cf. : AXES QUALITES
Gestion des Risques	Actualiser la cartographie des risques associés aux soins	Recenser les risques associés aux prises en charges, les évaluer et les hiérarchiser pour donner une vision d'ensemble à l'encadrement afin de prioriser les actions correctives et préventives à engager et orienter leurs choix stratégiques d'action
	Sécuriser la prise en charge des urgences somatiques et des situations de crise	Améliorer la réactivité et les gestes techniques des agents
	Coordonner le recensement et la gestion des événements indésirables, plaintes et réclamations	Améliorer la gestion systématique des informations liées à ce processus
	Améliorer et rendre lisible la politique de gestion des événements indésirables au sein de l'établissement	Mise sous contrôle de l'ensemble des risques liés à notre activité dans l'ensemble des pôles
	Renforcer l'activité du réseau de référents « Qualité-gestion des risques »	Assurer un relais d'informations sur le terrain et faire remonter les questionnements, idées et préoccupations des agents
Axes communs	Améliorer l'information en matière de communication	Diversifier et renforcer les actions de communication afin de favoriser la compréhension, l'implication et l'adhésion de l'ensemble des acteurs
	Participer à la mise en œuvre la démarche de développement durable	
	Renforcer la culture Qualité -Gestion des risques dans l'établissement	

1.3 LA CULTURE QUALITE DOIT PRESIDER A LA MISE EN ŒUVRE DE NOS PROJETS

L'appropriation d'une culture qualité passe par une dynamique d'auto-évaluation, qui doit s'organiser à la lumière des obligations réglementaires liées aux recommandations de l'HAS (Haute Autorité de Santé), et aux recommandations de bonnes pratiques.

Les différentes procédures d'auto-évaluation déjà mises en œuvre et celles à venir ont pour objectif de favoriser l'amélioration de la qualité et la sécurité des prestations délivrées dans notre établissement.

Un tel objectif ne pourra être atteint que par une implication plus forte des professionnels de santé, en s'appuyant sur l'évaluation de leurs pratiques professionnelles. Il faudra également solliciter de plus en plus l'intervention des familles et accompagnants, par l'importance croissante faite aux représentants des usagers.

Dès lors, il convient de rendre compatible la démarche qualité, avec les contraintes du quotidien.

Cela ne pourra devenir une réalité qu'à travers un engagement managérial fort qui devra s'intégrer pleinement au projet d'établissement porté par la Direction.

La conduite de la démarche reposera sur l'engagement et l'exemplarité de tous, et plus particulièrement des cadres de l'établissement. Il s'agit de rendre lisible et efficiente la démarche qualité, par une culture qualité de proximité.

Ce nouveau projet qualité, s'appuiera sur un état des lieux impliquant les différents acteurs, avant de déployer une démarche qui s'articulera autour de 7 axes dont les objectifs principaux sont les suivants :

1.3.1 AXE POLITIQUE

1. Mettre en place une stratégie permettant de définir les priorités et objectifs associés afin de canaliser l'énergie des équipes sur des sujets essentiels, de décliner un programme qualité par secteur d'activité
2. Construire une démarche d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques portée par les structures institutionnelles (comité de pilotage, CME, CSMIRT, CHSCT, COMEDIMS, CLIN)
Poser les organisations, rôles et missions de chacun
3. Implanter une culture qualité et développer l'appropriation des outils méthodologiques
4. Faire de la qualité et gestion des risques une culture intégrée aux pratiques de tous les corps de métier de l'hôpital.
Fédérer les acteurs dans leur diversité.
5. Réaliser le Document Unique et assurer son déploiement
6. Organiser le circuit et traiter les événements indésirables
7. Développer dans les pôles par voie de contractualisation une politique de gestion des risques

Ces objectifs visent à :

- Procurer à l'ensemble du personnel de notre établissement une reconnaissance externe capitale dans le contexte actuel de suspicion des usagers,
- Faciliter l'adaptation de notre dispositif de soins aux besoins de la population,
- Faciliter la reconnaissance interne des différents métiers au sein de notre établissement, grâce à une clarification des rôles de chacun et à l'amélioration de la communication transversale entre les acteurs.

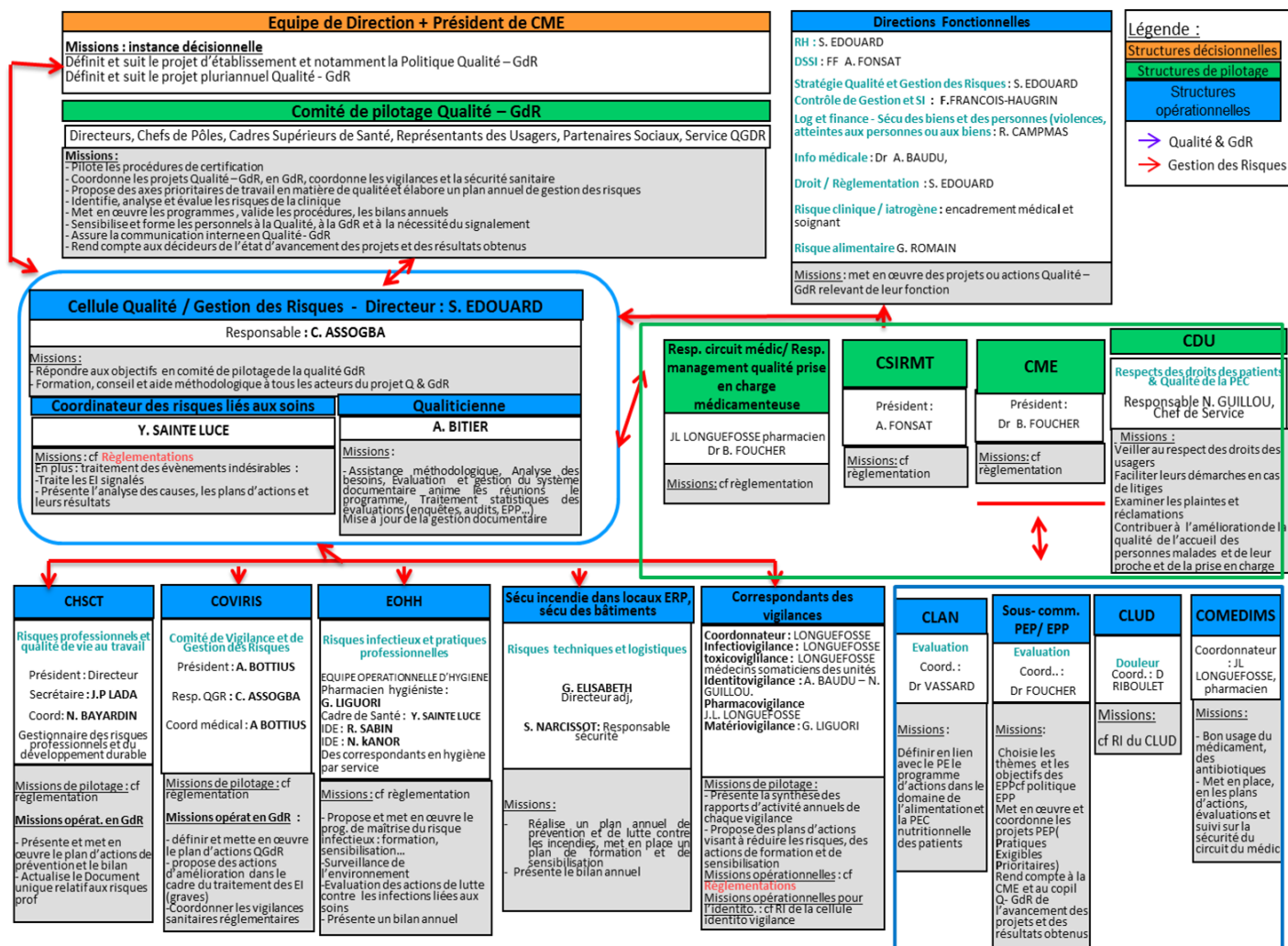
Ainsi, les médecins, infirmiers, aides-soignants, ASH, personnels techniques et administratifs, se retrouvant véritablement partenaires de la démarche.

- Organiser les flux d'informations, permettant la sécurité, la continuité et enfin l'utilité dans la prise en charge des patients.
- Faire du management de la qualité un levier, qui même hors obligations réglementaires, devient une solution qui répond à de vraies problématiques organisationnelles et de prise en compte des exigences et des attentes des patients et familles
- Inscire la démarche qualité et gestion des risques dans une politique de maîtrise des coûts, car si elle demande un surcroît de travail au départ, l'identification des points d'amélioration conduit rapidement à devenir une source d'économie :
 - Grâce à un gain d'efficience dans un premier temps
 - Par une plus grande anticipation des accidents et des erreurs qui ont un coût très élevé tant en terme financier que d'image

Il s'agit du point essentiel garantissant le retour sur investissement le plus conséquent.

Par l'optimisation de l'utilisation des ressources dédiées à l'organisation de la qualité, car tout un chacun devient un acteur de la démarche d'amélioration continue.

La mise en œuvre de ces objectifs nécessite une restructuration du système qualité dans notre établissement, celle-ci prend en compte les points forts et les points faibles tirés de nos expériences passées, ainsi que les exigences actuelles de la démarche de certification.



Mars 2018

QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES : ORGANIGRAMME FONCTIONNEL ET CIRCUITS D'INFORMATION

1.4 LES EPP

Les résultats des EPP conduites sur la période 2016 – 2018 sont essentiellement issus de l'examen des dossiers des patients.

Leur analyse met en relief une amélioration sensible depuis 2009, de la traçabilité des données cliniques relevées en début d'hospitalisation telles que :

- Les antécédents, les constantes et les examens cliniques dans le cadre de la prise en charge somatique des patients nouvellement admis,
- La première évaluation de l'état nutritionnel du patient (Poids, taille, IMC)

Ou les éléments ayant trait à la prescription et à la surveillance des patients mis en chambre d'isolement ou sous contention.

Le recueil biannuel des indicateurs IPAQSS par l'HAS, le renforcement des effectifs de l'UF « Soins somatiques » et le déploiement du dossier patient informatisé expliquent en partie ces avancées notables.

Les résultats issus des EPP de 2016 – 2018 signalent d'autre part, des points critiques observés sur les différents processus investigués :

Sur le plan nutritionnel, le relevé quasi-systématique du poids, de la taille et dans une moindre mesure de l'IMC au cours de la première semaine d'hospitalisation contraste avec le défaut de dépistage et de prise en charge des dénutritions ou des obésités chez les patients hospitalisés depuis plus d'un an. Des paramètres comme le périmètre abdominal ou la notion de prise de poids ne sont pas retrouvés dans les dossiers.

D'une manière plus générale, la prise en charge somatique des patients admis depuis plus d'un an est à améliorer. Une déperdition de la surveillance des paramètres clinico-biologiques est à déplorer au fil du temps. Les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux et les allergies sont peu tracés (entre 25 et 33% des dossiers). Les facteurs de risque cardiovasculaire et les dépistages de cancer sont également rarement mentionnés.

De plus, le contenu des chariots d'urgence n'était pas conforme en 2016. Les défibrillateurs n'étaient pas contrôlés et le personnel formé à l'AFGSU restait largement minoritaire. Une montée en charge de la formation est toutefois à noter sur l'année 2017.

Enfin, la prise en charge des patients âgés de plus de 65 ans reste marquée par une forte polymédication et prévalence des prescriptions médicamenteuses inappropriées (58%).

Certaines statistiques surprennent par ailleurs. Elles font apparaître des améliorations très relatives, bien en dessous des objectifs escomptés au regard des importantes actions correctives engagées sur les trois dernières années :

Le repérage de la douleur comme son suivi reste marginal en dépit des procédures formalisées et des formations conduites.

Plusieurs risques relevés sur le circuit du médicament dès la première EPP de 2009, restent présents, notamment sur le plan de l'identitovigilance (identification problématique des piluliers, des plateaux et des gobelets), malgré les nombreuses procédures écrites et les séances de sensibilisation conduites auprès de 150 à 200 professionnels en 2015 et 2016.

L'analyse des résultats de 2016 – 2017 souligne en outre, une grande hétérogénéité des pratiques des unités auditées. En 2017, les écarts observés s'accroissent entre les services.

Les procédures d'identitovigilance et de prise en charge médicamenteuse sont globalement respectées au Centre 2, Sud 2, Nord 1 tandis que des progrès importants sont encore attendus en gérontopsychiatrie, à l'USIP ou au SSP Centre.

Familiarisées à l'outil informatique, les équipes cliniques utilisant le dossier informatisé depuis 10 ans, enregistrent par ailleurs de meilleurs indicateurs en terme de traçabilité.

A l'inverse, le bâti vétuste et inadapté du site de Balata, se traduit notamment par une non-conformité des chambres d'isolement et l'application compromise des protocoles correspondants sur les questions de la surveillance médicale ou de l'hygiène. L'absence d'urinoir sur le site de Balata contraint par exemple, les équipes cliniques à recourir aux couches ou à accompagner les patients sous contention jusqu'aux toilettes.

Le rappel des bonnes pratiques, des protocoles de soins mis en ligne ainsi que la formation des professionnels à l'utilisation du logiciel métier Yes est l'un des axes d'amélioration qui sera renforcé pour une meilleure appropriation des procédures sur le terrain.

Un patient traceur est de plus programmé en avril 2018. Il investiguera 8 thématiques retenues pour les EPP de la période 2016 – 2018, afin d'estimer les améliorations des pratiques permises par ces démarches EPP.

Soulignons enfin, que les EPP développées entre 2016 et 2018 ont peu investigué les pratiques soignantes des structures extra-hospitalières qui concentrent pourtant l'essentiel de l'activité de l'établissement CHMD.

Une plus forte participation des services ambulatoires (hôpitaux de jour et CMP) est donc recherchée par la Commission des EPP qui impulsera à compter du second semestre 2018, la conduite des sept évaluations suivantes :

- Entrée – Sortie du Patient
- Sécurité du système d'information
- Suivi de l'autisme
- Risque infectieux
- Gestion du dossier patient
- Dépistage du risque nutritionnel
- Pertinence des interventions pharmaceutiques lors des analyses des prescriptions

PARTIE I LE PROJET DE SOINS 2019-2023

Chapitre 1 INTRODUCTION

Articulé autour du projet médical, le Projet de Soins ambitionne d'être un outil qui porte les grandes orientations de la politique de soins du CHMD pour les 5 années à venir.

Il cherche à donner du sens aux actions à mettre en œuvre par les professionnels du CHMD quel que soit le lieu d'exercice (sanitaire, médicosocial, adultes, enfants ou encore grand âge), l'origine et la situation de l'usager dans le respect de son choix.

Le Projet de soins concourt à l'organisation de la continuité des soins, à la coordination et à la complémentarité avec l'ensemble des parties prenantes qui gravitent autour des usagers qu'elles soient médicales, paramédicales, médicotechniques ou socioéducatives.

Tous, nous avons la même ambition garantir une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins, la sécurité, la gestion des risques tout en respectant les droits des usagers et la bientraitance de tous et par tous.

Elaboré par un groupe de soignants représentant les différentes composantes de notre établissement, ce projet de soins se veut être réaliste autour d'un même objectif : « le prendre soins » mais tourner vers le devenir et donc l'avenir.

Chapitre 2 CADRE REGLEMENTAIRE

Construit à partir du Projet Médical et de l'analyse de nos pratiques, des éléments législatifs et de la « feuille de route Santé Mentale et psychiatrie » (juin 2018) ont également nourrit nos réflexions à savoir :

- Article L 6143-3 du Code de la Santé publique modifié par l'ordonnance N° 2010-177 du 23 février 2010 relative au PSIRMT
- Loi du 31 juillet 1991 relatif à la réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi HPST N° 2009-819 du 21 juillet 2009 et ses décrets d'application de la CSIRMT
- Loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des patients et la qualité du système de santé
- Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé
- L'Ordonnance du 2 avril 1996 relative à l'amélioration continue de la qualité, sécurité, de la prévention de la gestion des risques
- Le Décret 2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques dans les établissements de Santé
- Le Manuel de Certification V2014
- Le rapport de Certification décembre 2018
- PRS 2 Projet Régional de Santé Martinique 2018-2022 – ARS Martinique
- Programme Pluriannuel Psychiatrie et Santé Mentale 2018-2023 - HAS

Chapitre 3 LA POLITIQUE

La politique des soins du CHMD prend en compte la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire, le plan hôpital 2012, le schéma directeur de l'hôpital, le projet médical, le projet qualité et gestion des risques, le projet social et s'appuie sur le manuel de certification V2010/V2014 pour mettre en œuvre différentes actions selon les axes suivants :

- Droits et parcours du patient
- Coordination et complémentarité avec les autres professionnels
- Dossier patient
- Qualité et gestion des risques

- Management

Chapitre 4 **LES OBJECTIFS DU PROJET DE SOINS**

Le projet de soins 2019 – 2023 a pour objectif d’accompagner les orientations stratégiques du CHMD. Il vise à harmoniser les organisations et les pratiques professionnelles dans un environnement devenu complexe.

Par ailleurs, il concourt à l’accompagnement de la coordination des soins dispensés en pluridisciplinarité, au développement des compétences et au renforcement des pratiques soignantes.

Il a pour finalité l’amélioration du parcours de soins et la prise en charge de l’usager, des résidents et de leur famille.

Il contribue à la réalisation du projet d’établissement.

Chapitre 5 **LES VALEURS PARTAGEES**

Les valeurs partagées sont celles qui sous-tendent le fondement de nos prises en charge mais également nos relations interprofessionnelles, à savoir :

- L’esprit d’équipe
- Le dynamisme
- L’écoute de l’autre
- La compétence
- Le respect
- L’équité
- La confiance mutuelle
- Le rendre compte
- La bientraitance

Chapitre 6 **LA METHODOLOGIE**

Après un appel à candidature auprès de l’encadrement, un groupe de travail et un COPIL ont été constitués. Le bilan du précédent projet de soins, l’analyse de nos pratiques ainsi que les remarques formulées par les représentants des usagers ont permis de dégager les axes du projet de soins.

Le groupe de travail a eu pour mission :

- L’élaboration et validation des outils de travail (fiches-actions)
- La définition des axes
- La constitution de sous-groupes
- Le suivi et la validation des travaux des sous-groupes
- La rédaction et la relecture du Projet
- La finalisation du projet

Le COPIL a été force de propositions. Il a enrichi les fiches actions, amendé les travaux et a suivi l’élaboration du Projet de Soins.

Le projet finalisé a été présenté pour avis et validation à la CSIRMT. Une présentation du projet a eu lieu en directoire, en conseil de surveillance, puis réunion d'encadrement. Les travaux ont permis de décliner 4 axes prioritaires.

Chapitre 7 **LES AXES DU PROJET DE SOINS**

Le CHMD s'engage à offrir à chaque patient une prise en charge de qualité et sécurisée. Les professionnels ont pour les usagers et leur famille la même exigence. Nous nous engageons par les axes de travail retenus à offrir au patient et à son entourage tout au long de son séjour une prise en charge de qualité et sécurisée.

Le développement des compétences et le questionnement (l'analyse) de nos pratiques sont des socles à poser pour y contribuer.

Déclinés de manière synthétique, les axes du projet de soins sont traduits en fiches actions. Ces fiches actions énoncent la situation actuelle, les objectifs poursuivis, les sous actions qui seront mises en œuvre, le délai de réalisation et les indicateurs de suivi.

7.1 AXE 1 : PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SOIGNEE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS

Impliquer la personne soignée, sa famille et associer l'ensemble des partenaires de soins au projet de soins sont des conditions incontournables afin de donner de la cohérence aux différentes étapes de la prise en charge. De nombreuses pistes de travail s'offrent à nous, mais nous avons souhaité répondre particulièrement aux remarques faites dans le rapport de visite de certification et également aux souhaits des représentants des usagers.

7.1.1 OBJECTIFS :

- Accompagner la personne soignée aux différentes étapes de sa prise en charge la durée en satisfaisant ses besoins spécifiques
- Assurer une continuité du soin dans sa permanence et dans la cohérence des différents partenaires
- Prendre en compte la personne soignée dans son environnement familial, social, professionnel et culturel

7.1.2 LES FICHES ACTIONS :

- Droit et accueil des usagers et des familles
- Dépistage et prise en charge des troubles de l'état nutritionnel
- Identification et anticipation des risques de ruptures de la prise en charge
- Développement et renforcement de l'articulation entre les différentes structures et partenaires de soins

7.1.3 FINALITES :

- Individualiser nos prises en charge
- Inclure les familles dans ce processus

- Améliorer le parcours du patient et les prises de relais
- Mobiliser les ressources du patient afin de l'accompagner dans l'auto soins

7.1.4 LES INDICATEURS :

- Nombre de supports créés à destination des usagers et des familles
- Taux de dépistage des troubles nutritionnels
- Nombre de suivi des risques de rupture de soins
- Nombre de projets mis en place

7.2 AXE 2 : ORGANISATION, QUALITE, SECURITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

Cet axe s'inscrit dans le droit fil du projet qualité de notre institution ainsi que du rapport de visite de certification.

7.2.1 OBJECTIFS :

- Améliorer la prise en charge
- Harmoniser les pratiques
- S'inscrire dans une culture de démarche qualité
- Evaluer en continu les pratiques

7.2.2 LES FICHES ACTIONS :

- Optimisation des outils de planification des soins
- Renforcement de la sécurité de la prise en charge de la personne soignée et de son entourage
- Développement de la culture de bientraitance

7.2.3 FINALITES :

- Garantir la continuité, la qualité et la sécurité des soins
- Améliorer l'utilisation du DPI
- Manager les équipes avec les ressources humaines disponibles
- Adapter les organisations aux besoins des patients et aux moyens
- Contribuer au développement d'une démarche éthique au sein de nos pratiques soignantes

7.2.4 LES INDICATEURS :

- Mise à jour du Dossier Patient Informatisé (DPI)
- Taux d'utilisation
- Réalisation de « Journée bientraitance »
- Nombre de participants

7.3 AXE 3 : COMPETENCES ET PROFESSIONNALISATION

L'agir compétent, s'il est sanctionné par un diplôme, il nous appartient d'accompagner le processus d'acquisition de compétences propres à la psychiatrie mais également de préparer nos équipes aux nouvelles organisations prévues au sein de l'établissement.

7.3.1 OBJECTIFS :

- Promouvoir l'accueil des nouveaux arrivants
- Développer un parcours professionnalisant, permettant l'acquisition de compétences spécifiques à l'exercice en psychiatrie
- Encourager les actions en faveur de la consolidation des savoirs en psychiatrie
- Instaurer des espaces d'échanges de pratiques
- Développer des postures et attitudes bien traitantes entre pairs

7.3.2 LES FICHES ACTIONS :

- Accompagnement des nouveaux agents et intégration
- Développement des compétences métiers
- Valorisation des compétences
- Développement des compétences permettant l'amélioration de la prise en charge en ambulatoire
- Ecoute et management bienveillant

7.3.3 FINALITES :

- Assurer la transmission des savoirs
- Développer l'expertise de la prise en charge en santé mentale
- Favoriser l'épanouissement professionnel
- Partager une éthique managériale
- Accompagner les cadres dans leurs fonctions

7.3.4 LES INDICATEURS :

- Nombre d'agents ayant bénéficié du dispositif d'accueil
- Elaboration des bonnes pratiques de prises en charge spécifiques
- Nombre de tuteurs
- Nombre de cadres formés

7.4 AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION

S'investir dans la recherche, c'est saisir un moyen pertinent de questionner sa pratique. C'est favoriser l'instauration d'une culture de la performance au sein des organisations de soins du CHMD. Ces engagements contribuent à garantir la qualité des soins centrée sur les besoins et les attentes des usagers. Ainsi, partager les travaux réalisés par nos pairs mais aussi d'initier la recherche au sein de notre établissement à l'attention des soignants non médicaux.

7.4.1 OBJECTIFS :

- S'approprier la méthodologie en recherche en sciences infirmières et paramédicales
- Favoriser la publication des travaux
- Accompagner les évolutions professionnelles
- Se questionner sur les pratiques

7.4.2 LES FICHES ACTIONS :

- Création d'une cartographie des ressources (intra et extra) : valorisation des travaux
- Réalisation d'une base de données (articles, veille documentaire), d'un réseau de partenaires, Hôpitaux en Santé Mentale, le CHU de Martinique
- Mise en place d'une journée de l'innovation
- Développement des outils modernes de communication
- Initiation à la recherche sur la prise en soin ambulatoire des usagers de la santé mentale en Martinique
-

7.4.3 FINALITES :

- Encourager l'innovation
- Adopter une analyse réflexive sur ses pratiques
- Développer la pratique de l'écriture
- Acquérir de nouvelles compétences

7.4.4 LES INDICATEURS :

- Nombre de rencontres professionnelles réalisées
- Taux de participation
- Nombre d'outils innovants
- Taux d'utilisation

CONCLUSION

Le projet de soins, avec le projet médical, est un outil d'ancrage et de partage des orientations de la prise en charge des usagers et leur famille pour tous les soignants quel que soit son lieu d'exercice.

Il se veut être un outil d'appartenance institutionnelle en harmonisant et décloisonnant les pratiques soignantes.

L'évaluation et le suivi des actions contribueront à sa mise en œuvre avec la collaboration de l'équipe médicale, des membres de la C.S.I.R.M.T, et de l'équipe d'encadrement qui fédérera les équipes autour de ce projet de soins.

ONT PARTICIPE A LA REDACTION DU PROJET DE SOINS :

PILOTAGE : ARIANE FONSAT DIRECTEUR DE SOINS
AXE 1 : PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE SOIGNEE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS Réfèrent : Claudia NERET FF° de CSS de Pôle
Marlène DOULIN (CS) - Jehanne ETIENNE (Cadre Apprenant) - Claudia REGIS LYDIE (CS) Clothilde NIRENNOLD (CS) - Valérie MARAJO (CS) - Caroline LOUISON MONNERVILLE (CS) Marie-Claude Jean (CS) - Frédérique CAROLE (IDE) - Gwenaël RUBAN (IDE) Laetitia BERTINER (Diététicienne) – DELET Palmyre (représentante des usagers)
AXE 2 : ORGANISATION, QUALITE, SECURITE DES SOINS ET GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS Réfèrent : Jacqueline DENIS CSS de Pôle
Romaine LIPSON (CS) - Colette JANVION (CS) - Sylvie LAMIN (CS) - Jean-Paul LADA (CS) André SERIN (CS) - Jehanne ETIENNE (Cadre Apprenant) - Sandra CHÂTEAU (Cadre Apprenant) Valérie JOFFRE (IDE) - Anaïs CERAYON (IDE) - Alain BEAUROY EUSTACHE (IDE) Stéphane GRATIAN (IDE)
AXE 3 : COMPETENCES ET PROFESSIONNALISATION Réfèrent : Frantz OLINY CSS de Pôle
Caroline LOUISON-MONERVILE (CS) - Sarah SALLERON (CS) - Marie-France EDMOND-MARIETTE (CS) Danielle LECEFEL (CS) - Mylène GABON (Cadre Socio-éducatif) - Claudia ADELE (Responsable du Service de la Formation Continue)
AXE 4 : RECHERCHE ET INNOVATION Réfèrent : Hervé NERET FF° de CSS de Pôle
Ludovic LEBON (CS) - Jean-Michel LIBER (CS) - Ginette CARLOS (Cadre Apprenant) N°Joogu FALL (IDE) - Hervé BLOSSE (IDE) - Simone ZITA-BEAUJOLAIS (IDE)

Chapitre 1 PREAMBULE

Le projet social d'un établissement est un axe stratégique du projet d'établissement, il constitue en effet un outil incontournable de la réussite de celui-ci.

Le projet social fait l'objet d'une codification dans l'article L.6149-2-1 du code de la santé publique (CSP) introduit par la loi hospitalière du 31 juillet 1991 qui dispose que le projet social « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement* ». De même, il définit les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.

Son caractère obligatoire est affirmé dans le projet de loi de modernisation sociale qui consacre le rôle central des personnels.

Le projet social qui traduit pour les 5 prochaines années les évolutions et les orientations retenues par l'établissement en termes de développement des compétences, recrutement, amélioration des conditions de travail... est à la fois une obligation légale, un acte de management et une partie intégrante du projet d'établissement.

1.1 RAPPEL DU CADRE REGLEMENTAIRE

La loi de réforme hospitalière de juillet 1991 insiste sur la nécessité pour un établissement de structurer par objectifs le sens et les priorités des actions qu'il engage. Ces objectifs généraux orientent le choix et l'adéquation des moyens humains, notamment en matière de patrimoine des compétences.

L'article L. 714-11. « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs* ».

Le projet social est par conséquent une composante du projet d'établissement. Le Directeur associe les organisations syndicales par le biais du comité technique paritaire dans le suivi de son application et son bilan.

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 signé par plusieurs organisations syndicales représentatives du personnel de la fonction publique hospitalière et par le Gouvernement a mis l'accent sur le rôle central que doivent jouer les personnels dans la modernisation du service public hospitalier. Cette modernisation vise en partie l'élaboration d'un projet social établi dans chaque établissement en cohérence avec une nouvelle dynamique de négociation interne.

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 affirme l'obligation de rédiger dans un volet social les spécificités des actions à conduire afin de garantir quantitativement et qualitativement les ressources humaines dont l'établissement a besoin pour atteindre ses objectifs. Ces dispositions sont rappelées dans le code de la santé publique.

Cf. l'article L. 6143-2 « *Le projet d'établissement (...) comprend un projet social* » et L. 6143-2-1 « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.* »

1.2 UN ACTE DE MANAGEMENT

Le projet social est porteur des valeurs humaines déclarées dans l'établissement, il garantit l'adaptation des ressources humaines aux évolutions prévues par le projet d'établissement.

Au travers de ce projet social, la Direction s'emploie à décliner une politique des Ressources Humaines basée sur une gestion active et volontariste, sur des principes et valeurs, des règles de gestion et de fonctionnement claires et communes. Parmi ces principes et valeurs, on retrouve :

- la considération des personnels pour faire émerger ou utiliser les talents et compétences existant dans l'établissement
- la valorisation des métiers, des moins qualifiés aux plus qualifiés
- le dialogue et l'écoute pour développer une politique de communication, de concertation, de négociation garantissant la transparence et la fiabilité des informations et des engagements ;
- le décloisonnement pour favoriser la solidarité, la complémentarité et la compréhension des logiques qui régissent les modes de fonctionnements de l'institution ;
- l'accueil et l'accompagnement pour favoriser l'adaptation de tous ceux qui sont nouvellement recrutés, changent d'affectation ou bénéficient d'un stage ;

Cependant, parmi les valeurs qui conditionnent l'efficacité de la politique des RH, on retrouve au premier chef l'idée d'équité, permettant de situer tous les professionnels sur un même plan d'égalité tout en assurant une gestion personnalisée suivant les situations. Cela implique nécessairement de garantir le secret professionnel concernant la situation sociale, administrative ou la santé des agents, au respect mutuel pour instaurer un climat propice à l'éthique et à la déontologie professionnelle

S'agissant des règles de gestion, il s'agira de situer l'organisation en amont de l'action. C'est mettre en place une anticipation par la détermination notamment d'un calendrier annuel qui retrace les temps forts de la DRH : concours, affectations, actions de formation, élections, votes...

2.1 UNE PARTIE INTEGRANTE DU PROJET D'ETABLISSEMENT

La démarche d'élaboration de ce projet social été participative et pluridisciplinaire et a ainsi permis de dégager une vision commune partagée par les différents acteurs sur les objectifs et les enjeux à court et moyen terme.

La mise en place d'un comité de pilotage composée de la Direction des Ressources Humaines, des membres de toutes les composantes syndicales et de personnes ressources a été garante de la démarche.

Les membres du groupe ont validé la méthode de :

- Faire un bilan du précédent projet social afin de mettre en évidence les avancées et les points restant à améliorer ou à poursuivre
- Réaliser un brainstorming ce qui a permis à chacun d'émettre des points à travailler et de balayer un bon nombre de thématiques
- Valider une liste des thèmes dont ils souhaitent la mise en œuvre

Le projet social a fait l'objet par la suite d'une présentation puis d'une validation auprès du comité de pilotage du Projet d'Établissement dans lequel il s'inscrit entièrement.

2.2 CONTEXTE

L'EPSM se doit de mener une politique de soins centrée sur l'utilisateur en répondant aux exigences de la loi en matière de sécurité et de qualité et a par conséquent besoin de s'appuyer sur sa principale richesse que constituent les hommes et les femmes qui y travaillent avec une grande conscience professionnelle. Le projet social s'attache à consolider le lien social au sein des équipes, entre les différentes catégories d'acteurs par la conscience mutuelle de l'utilité de chacun et de la reconnaissance de son travail.

Par ailleurs, l'EPSM est confronté à un double défi :

- Évoluer dans un environnement qui se transforme et impacte directement l'exercice des professionnels,
- Mais aussi rester attractif face aux attentes de ceux-ci.
- De nombreux facteurs environnementaux et institutionnels impactent les emplois, les métiers et l'exercice des professionnels. Ils impactent les orientations du Projet Social.

Le projet social 2019-2023 fait suite au précédent projet social élaboré pour la période 2014-2018 et s'inscrit dans la continuité de celui-ci. Il prend en compte les évolutions du projet médical et du projet de soins mais s'inscrit également dans le cadre du projet financier.

Il garde l'ambition d'être réaliste, pragmatique, évolutif pour :

- Anticiper les évolutions concernant les emplois, maintenir et développer les qualifications et les compétences, pour garantir l'excellence et l'attractivité du CHMD,
- Faire de celui-ci un employeur de référence, en garantissant un environnement de travail respectueux et stimulant, propice à l'apprentissage et au développement professionnel et promotionnel.

2.3 LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

- **Les évolutions**

Les évolutions du système de santé

Le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies (chroniques, mentales, infectieuses, poly pathologies, ...) se traduisent par une évolution des populations accueillies et de la demande de soins. Les attentes des usagers en matière de qualité et de sécurité des soins et d'individualisation de la prise en charge se renforcent. Le patient est, par ailleurs, de plus en plus acteur de sa santé. Le développement territorial de l'offre de soins et la mise en œuvre des parcours de santé accroissent la nécessité d'une forte articulation entre les différents secteurs : sanitaire, social, médico-social et les professionnels qui les composent. En outre, les évolutions des modes de prise en charge et des pratiques de soin (alternatives à l'hospitalisation, ambulatoire, prévention, éducation thérapeutique, ...), ainsi que les transferts d'activités et les coopérations ont un impact direct sur l'exercice des professionnels et les organisations du travail.

L'évolution médico-économique et la recherche de l'efficience

La performance économique, à savoir le juste soin au juste coût, nécessite une meilleure organisation et une optimisation des moyens, qui concilie les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge, ainsi que d'amélioration des coûts.

Le suivi médico-administratif du patient et l'amélioration du codage contribuent également de façon importante à l'efficience. L'amélioration et la sécurisation du dispositif de facturation nécessite de même un renforcement des compétences métiers des personnels concernés.

Les mutations technologiques et le développement de la recherche et de l'innovation

Le développement accru des technologies et l'hyperspécialisation des activités (télémédecine, diagnostic à distance, partage des données entre professionnels de santé, automatisation, informatisation...) ont un impact marqué sur les exercices professionnels et les organisations médico-soignantes.

Se développe également une fonction logistique transversale, comme outil de l'optimisation et de la gestion de l'activité de soins : gestion des flux de patients, gestion des flux de médicaments, des flux de transport des patients. Cette évolution induit une optimisation des flux (réduction des coûts et des délais), une amélioration de la sûreté de fonctionnement et de la fiabilité des flux, un renforcement de la collaboration logistique/informatique/ services de soins.

La démographie des professions de santé

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) met notamment l'accent sur la moyenne d'âge des professionnels. A titre d'exemple, près de 21% des infirmiers ont plus de 50 ans. Sur une période de dix ans, un agent sur deux de la fonction publique hospitalière sera parti à la retraite (54 % des IDE...)

Par ailleurs, la raréfaction des ressources médicales pose la question du temps médical dans les organisations du travail.

L'évolution du système de formation professionnelle initiale et continue

La mise en œuvre du LMD (Licence / Master / Doctorat) , la régionalisation de la formation sanitaire et médico-sociale, l'ouverture des diplômes du sanitaire et du médico-social à la Validation des acquis de l'expérience (VAE), la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie et la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC) sont autant de facteurs ayant un impact sur les dispositifs de formation initiale et continue et le pilotage du système institutionnel de formation.

2.4 LES FACTEURS INSTITUTIONNELS

L'adaptation permanente de l'offre de soins et l'évolution des organisations

La mise en place des pôles, l'évolution de la gouvernance et la contractualisation ont profondément modifié les processus de décision et l'exercice des responsabilités managériales.

La spécialisation liée à la mise en place des pôles a, en outre, induit une réorganisation de la prise en charge des patients et une coordination accrue entre professionnels médicaux, paramédicaux, logistiques et administratifs.

Les évolutions de la fonction managériale

Les évolutions structurelles et organisationnelles du CHMD, ainsi que les attentes des professionnels vis-à-vis de la relation managériale marquent fortement l'exercice de la fonction d'encadrement.

Ces évolutions induisent des conséquences pour les cadres :

- éloignement du cœur de métier soignant vers des responsabilités administratives et gestionnaires, relayant les contraintes budgétaires des établissements,
- capacité à mettre en place les nouveaux dispositifs, à piloter et donner du sens au changement,
- équilibre à trouver entre les contraintes médico-économiques pesant sur les moyens et les exigences qualitatives et quantitatives des soins immédiatement consommatrices en moyens, notamment humains,
- recherche d'efficacité, tout en préservant les conditions de travail, le respect de la réglementation en matière de temps de travail et les attentes des professionnels.

Le renforcement des exigences réglementaires et normatives

La réglementation en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement devient de plus en plus exigeante. Elle impose une gestion globale incluant les préoccupations du développement durable.

Les exigences de la certification de l'HAS (Haute Autorité de Santé) imposent de renforcer les démarches procédurales et des protocoles, des pratiques et de la traçabilité des actes.

Elles imposent également le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ces exigences nécessitent par ailleurs d'organiser la gestion du risque comme fonction transversale et coordonnée (sécurité des patients, sécurité des professionnels, sécurité des biens). Elles nécessitent de même une approche intégrée de la gestion des risques et de la qualité (sécurisation des process, contrôle des résultats, satisfaction des patients).

Enfin, ces exigences investiguent également le champ de la qualité de vie au travail.

2.5 LES ORIENTATIONS

Le projet social ainsi négocié qui couvrira la période 2019-2023 s'attache donc :

- A dresser des constats
- A dégager des orientations stratégiques
- A définir des actions concrètes à mettre en œuvre

Il s'articule autour de 4 axes majeurs :

- Une politique de communication interne renforcée
- Une gestion des parcours et de développement professionnels optimisée
- Une véritable politique de santé et de qualité de vie au travail
- Affirmer la responsabilité sociale du CHM

3.1 AMELIORER LE DIALOGUE SOCIAL

Le dialogue social est également un état d'esprit qui implique de bâtir des relations de confiance et de respect mutuel.

Le dialogue social, et donc les activités syndicales et de représentation du personnel, constituent l'une des composantes essentielles de la vie de l'hôpital, participant de son fonctionnement normal et de sa responsabilité sociale.

Objectifs et actions

3.1.1 PROMOUVOIR UN DIALOGUE SOCIAL RENFORCE ET DE QUALITE, AVEC LES ORGANISATIONS SYNDICALES ET DANS LE CADRE DES INSTANCES

- Poursuivre le dialogue bimestriel instauré par la DRH avec chaque organisation syndicale
- Veiller à la qualité des informations transmises aux représentants du personnel, afin de faciliter le dialogue, la communication et les échanges
- Veiller dans les projets de réorganisation, notamment au niveau des unités de travail, des services et des pôles, à réaliser, si nécessaire, une étude de leur impact sur l'emploi et les conditions de travail des agents concernés
- Dans le strict respect des prérogatives dévolues au CHSCT, ouvrir une concertation avec les organisations syndicales qui le souhaitent sur la définition de règles de bonnes pratiques concernant le fonctionnement du CHSCT, règles qui pourraient ensuite être inscrites dans le règlement intérieur de cette instance
- Construire des modules de formation à la pratique du dialogue social proposés tant aux managers qu'aux représentants des personnels
- Veiller à la bonne application des dispositions sur les conditions matérielles d'exercice du droit syndical :
 - ouvrir des discussions en vue d'un accord pour améliorer le processus et les circuits des autorisations d'absence
 - définir une charte d'utilisation des Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) et de la messagerie électronique
- Poursuivre la recherche des solutions en commun pour prévenir les conflits en diligentant une rencontre avec la direction dans les meilleurs délais lorsque les organisations syndicales détectent des sujets possiblement sensibles ou conflictuels

3.2 ORGANISER L'ACCUEIL DES NOUVEAUX ARRIVANTS

L'accueil des nouveaux agents doit être un temps fort pour ceux-ci déterminant les conditions d'exercice dans l'établissement.

Objectifs et actions

3.2.1 ORGANISER L'ACCUEIL ET L'INFORMATION DES NOUVEAUX ARRIVANTS

- Mettre à disposition de chaque agent recruté un livret d'accueil lui permettant de connaître le fonctionnement de l'établissement
- Organiser des réunions d'information à périodicité régulière
- Actualiser et diffuser la procédure d'accueil
- Mettre à jour le site internet

3.3 RENFORCER L'INFORMATION DES AGENTS

L'établissement étant multi site, les informations provenant de la DRH peuvent être difficilement voire carrément inaccessibles aux professionnels éloignés géographiquement

Objectifs et actions

3.3.1 RENDRE LES INFORMATIONS ACCESSIBLES

- Mettre en place une « caravane RH » où c'est la DRH qui se déplace. Ceci vise à apporter des informations ou des réponses au plus près des professionnels
- Partager l'actualité RH à travers le journal de la DRH
- Augmenter la présence du CHMD sur internet et moderniser l'intranet : développer le portail institutionnel

3.3.2 FAVORISER UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

- Diffuser l'information jusqu'au sein des services :
 - Véhiculer l'information au plus près des équipes (affichage par les cadres...)
 - Encourager la tenue régulière des réunions d'équipe
 - Favoriser les échanges au sein des équipes sur les organisations de travail et les projets
- Encourager l'organisation régulière des réunions de service, voire de pôle :
 - Au moins une réunion par an
 - Permettre une démarche participative
- Élargir la diffusion des comptes rendus des réunions
- Promouvoir l'écoute et le dialogue
- Améliorer la diffusion de l'information en provenance du pôle,

Dans un environnement en mutation, où les carrières s'allongent et les métiers et la structure des emplois évoluent rapidement, les modes de gestion des mobilités doivent s'adapter, en combinant cadre statutaire, gestion des compétences et prise en compte des aspirations professionnelles.

La gestion des mobilités (internes et externes) vise à accompagner la globalité des situations professionnelles et notamment celles :

- découlant des recompositions et des évolutions hospitalières,
- liées à l'émergence des nouveaux métiers et aux métiers sensibles,
- liées à l'évolution des métiers et des compétences,
- liées aux souhaits personnels d'évolution, de changement de métier et de structure (retour de mobilité),
- liées aux situations d'inaptitude,
- liées à une politique de l'établissement,
- liées à la nécessité d'accompagner la seconde partie de carrière (environ 17 % des personnels femmes et 20% des personnels hommes non médicaux du CHMD ont entre 55 et 59 ans).

La gestion des parcours professionnels, devenue un enjeu d'employabilité durable et de développement professionnel doit être structurée, organisée et lisible pour l'ensemble des professionnels et garantir l'équité de traitement des personnels.

Une attention particulière sera portée à l'accompagnement des personnels dans la seconde partie de carrière, ainsi qu'aux seniors.

Les dispositifs de formation continue doivent conjointement permettre aux professionnels d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, mais aussi favoriser leur développement professionnel et personnel, leur mobilité et contribuer à leur donner des perspectives de promotion et d'évolution individuelle.

Le CHMD soutient déjà un effort de formation supérieur au minimum réglementaire, notamment par son volet promotion professionnelle.

4.1 REPOSITIONNER LES PROFESSIONNELS SOIGNANTS SUR LEUR CŒUR DE METIER *(EN LIEN AVEC LE PROJET MEDICAL ET LE PROJET DE SOINS)*

- Revoir les organisations, pour renforcer l'efficacité collective et la qualité des prises en charge :
 - Procéder à la réingénierie des processus de travail (identification, analyse, solutions, suivi),
 - Questionner la pertinence de l'ensemble des activités et des tâches,
 - Améliorer les mécanismes de coordination interprofessionnelle,
 - Analyse des pratiques professionnelles,
 - Actualiser les fiches de poste

4.2 VALORISER LES COMPETENCES ET LES POTENTIELS

- Promotion/développement professionnel
- Rétablir les cérémonies de remise des Médailles du travail
- Accompagner les départs à la retraite en organisant des « Pots de départ » à la retraite
- Organiser la transmission des savoirs par un système de tutorat
- Mieux prendre en compte les compétences à toutes les étapes du processus RH : recrutement, avancement, gestion des carrières
- Poursuivre les démarches de valorisation des talents, des compétences et des acquis de l'expérience

4.3 DEPLOYER LES DISPOSITIFS DE FORMATION (DPC, CPF) AU SERVICE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Le DPC renforcera la synergie entre acteurs hospitaliers et permettra une meilleure évaluation des effets des programmes suivis sur les pratiques professionnelles, tant individuelles que des équipes :

- renforcer des programmes de DPC
- informer et former les professionnels

4.4 AFFIRMER LA FORMATION CONTINUE COMME ELEMENT FORT DU DIALOGUE SOCIAL

Poursuivre le dialogue social et la collaboration avec les instances pour l'élaboration et le bilan des plans de formation puis de DPC

4.5 DEVELOPPER LES POSSIBILITES D'EVOLUTION PROFESSIONNELLE ET RENFORCER L'ARTICULATION FORMATION/ GPMC/ MOBILITES

- Généraliser et exploiter l'entretien annuel de formation intégré à l'entretien professionnel
- Instaurer des entretiens de carrière et/ou d'orientation
- Encourager l'utilisation des dispositifs de mise à niveau et de préparation aux concours, dans le cadre de la réforme de la formation tout au long de la vie (CPF, formation sur et hors temps de travail, VAE)
- Améliorer l'efficacité de la promotion professionnelle en conciliant la fonction d'ascenseur social et les besoins de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) : optimisation de l'accès aux diplômes par la VAE,
- Faire connaître le dispositif CLASMO (Cellule locale d'accompagnement social à la Modernisation) qui permet aux agents de bénéficier d'un accompagnement en termes de formation et/ou financier à la mise en place d'un projet personnel.

4.6 SECURISER LES PARCOURS ET ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS

4.6.1 GARANTIR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

- Renforcer l'accompagnement des reconversions (métiers sensibles, métiers orphelins, fins de mandat syndical, ...)
- Intensifier l'effort de reclassement en cas d'inaptitude
- Faciliter les reprises d'activité sur des postes à pénibilité réduite
- Sécuriser les retours de mobilité

4.6.2 MIEUX PRENDRE EN COMPTE L'ALLONGEMENT DES CARRIERES ET METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE GESTION DES AGES

- Mettre en place un dispositif de gestion des secondes parties de carrière avec une gestion Spécifique des seniors
- Reconnaître et valoriser les compétences à travers le tutorat et la transmission des savoirs (entretiens d'expérience à 36 mois et 18 mois de la retraite)
- Favoriser le maintien dans l'emploi des métiers « sensibles »

4.7 PENSER LES PARCOURS PROFESSIONNELS DU PERSONNEL MEDICAL

4.7.1 TRAVAILLER SUR LES PARCOURS PROFESSIONNELS DES PRATICIENS

- Savoir valoriser les talents et les compétences
- Permettre une évolution professionnelle des praticiens, tenant compte des différentes valences (clinique, universitaire, recherche, managériale) et de l'investissement dans la vie hospitalière
- Mener une réflexion concertée sur les conditions d'exercice des praticiens tout au long de leur carrière, et notamment dans leur seconde partie de carrière
- Travailler sur les mesures d'attractivité
- Favoriser l'accès à la formation

4.7.2 PROMOUVOIR UNE POLITIQUE MANAGERIALE POUR LE PERSONNEL MEDICAL

- Sensibiliser les praticiens aux valeurs managériales
- Former les responsables de structures internes au management
- Clarifier les rôles et les responsabilités des médecins en position de management
- Systématiser des rencontres individuelles à périodicité définie entre les praticiens et les responsables de structures

4.7.3 FAVORISER UNE ATTRACTIVITE DURABLE POUR LE PERSONNEL MEDICAL

- Faire mieux connaître et valoriser le CHMD : valorisation des projets médicaux, des innovations, de la recherche, des publications... :
 - Meilleure visibilité du CHMD sur Internet
 - Modernisation de l'intranet
- Généraliser les réunions d'accueil pour les internes : kit d'accueil en ligne sur l'intranet: Plaquettes d'information, newsletter, etc. ...
- Favoriser l'intégration des jeunes praticiens : -
 - Parcours d'intégration (accueil, présentation...)
 - Connaissance des instances et comités
 - Meilleure information des projets institutionnels
- Identifier les causes des départs : par le biais d'entretien de départ avec les professionnels concernés

4.8 REDONNER DU SENS A LA FONCTION MANAGERIALE

- Partager les valeurs institutionnelles à travers une charte institutionnelle du management
- Mettre en œuvre un plan de communication interne et externe sur la fonction d'encadrement
- Structurer une ligne managériale cohérente, claire et efficace :
 - Rendre lisible les schémas d'organisation de l'encadrement,
 - Élaborer un projet managérial par pôle et par service,
 - Clarifier le rôle et les responsabilités du cadre dans le binôme cadre/chef de service.
- Renforcer la formation initiale et continue des cadres : compétences managériales et organisationnelles, sensibilisation aux risques psycho-sociaux (RPS), pratique du dialogue social, gestion du temps de travail
 - Veiller à l'accompagnement des faisant-fonction de cadres

L'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail s'inscrit dans le cadre du développement de la politique des ressources humaines durable qui réaffirme l'humain au cœur de l'organisation et redonne du sens à l'action collective. Les résultats partagés du baromètre interne doivent conduire à une amélioration des organisations médicales et non médicales et à la qualité de vie au travail au bénéfice des patients accueillis dans nos hôpitaux.

Une politique forte en faveur de la santé et de la qualité de vie au travail sera un des facteurs clé de réussite de la modernisation de l'institution, indispensable à la fidélisation des personnels médicaux et non médicaux et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

5.1 PROMOUVOIR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Dans la continuité des travaux menés par l'HAS, le CHMD s'engage également à promouvoir une démarche institutionnelle forte en faveur de la qualité de vie au travail (QVT), indispensable au bien-être des agents et à la qualité des soins. Il s'agit de viser une politique globale intégrant la dimension qualité de vie au travail dans l'ensemble des projets et des actions de la vie hospitalière. La préoccupation constante de la promotion de la qualité de vie au travail doit s'intégrer dans la vie de l'institution, non plus en tant que réflexion à part de spécialistes du dialogue social, mais par intégration de cette dimension dans l'ensemble des réflexions autour du travail, qu'elles touchent aux activités de gestion ou à la mise en œuvre de projets nouveaux.

Le CHMD a donc pour ambition de s'attacher à la qualité de vie au travail de l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, intégrant le travail dans toutes ses dimensions, ainsi que la conciliation vie professionnelle/ vie personnelle.

Objectifs et actions

5.1.1 PROMOUVOIR LES DEMARCHES PARTICIPATIVES ENGAGEANT TOUS LES ACTEURS DE L'INSTITUTION

- Mettre en place des espaces de discussion collectifs autour du travail, visant à rechercher des solutions concrètes : contenu du travail, organisation, conditions de réalisation, relations professionnelles, fonctionnement, ...
- Mesurer périodiquement la satisfaction et la qualité de vie au travail : réalisation d'enquêtes de satisfaction sur la qualité de vie au travail pour l'ensemble des professionnels : personnel médical et non médical, intégrant l'évaluation de l'impact des plans d'actions mis en œuvre dans toutes les structures internes

5.1.2 OPTIMISER LES ORGANISATIONS

- Rendre lisible la ligne managériale pour les cadres, comme pour les équipes
- Faire évoluer les organisations médico-soignantes et favoriser la concordance des temps, dans une perspective d'amélioration du parcours patient
- Améliorer la gestion des temps de travail médicaux et non médicaux :
 - Revoir les roulements et les cycles de travail pour concilier intérêt des patients et des Professionnels,
 - Rendre efficace et performant l'utilisation du logiciel de gestion du temps de travail des personnels médicaux et non médicaux (Clepsydre)
 - Mettre en œuvre des plans d'actions à destination des personnels de nuit,
 - Formaliser les temps de transmission, afin de sécuriser les prises en charge.
- Élaborer une charte des plannings, stabiliser les plannings et assurer la prévisibilité des Congés
- Favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle : proposer des aménagements du temps tout au long de la vie professionnelle
- Mettre en œuvre des démarches de prévention de l'absentéisme

5.2 PRESERVER LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL ET AMELIORER LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Il revient au CHMD de mettre en place une politique de prévention dynamique, à même d'assurer la préservation de la santé des professionnels. La multiplicité des risques professionnels inhérents à l'activité hospitalière, l'émergence de nouveaux risques, parfois à caractère systémique, inévitable dans un contexte d'évolution des organisations et d'innovation, suppose la présence d'acteurs spécialisés travaillant en pluridisciplinarité.

Dans cette optique, le CHMD s'engage à promouvoir des démarches dépassant le cadre « gestion/prévention des risques », certes essentiel, mais se prêtant mal aux démarches de prévention primaire.

La prévention des risques psychosociaux sera un axe essentiel de cette politique de prévention, dans une dynamique de concertation avec les représentants du personnel au CHSCT. La démarche institutionnelle en faveur de la qualité de vie au travail servira de base, en complément de l'évaluation des RPS, à la démarche de prévention primaire des risques psychosociaux.

La mise en œuvre de facteurs plus favorables à l'exercice de ses professionnels doit être une priorité du CHMD. Cette dimension doit être systématiquement prise en compte dans la conduite de projets nouveaux : réorganisation du travail, rénovation de locaux, renouvellement d'équipements et construction de nouveaux bâtiments doivent dès la conception intégrer un objectif de réduction de la pénibilité au travail.

5.2.1 INTEGRER LA PROBLEMATIQUE DE LA PENIBILITE DANS LA POLITIQUE DE GESTION RH

- Prendre en compte la problématique de la pénibilité au travail : élaborer un plan de prévention de la pénibilité au travail, formalisant dans le cadre des PAPRI Pact locaux, l'ensemble des mesures prévues sur une année
- Mettre en œuvre des mesures de sensibilisation
 - Mettre en place une formation à l'évaluation des facteurs de pénibilité et un plan de prévention de la pénibilité
 - Veiller à l'implication de l'encadrement, relais indispensable dans la prévention de la Pénibilité
- Anticiper les parcours professionnels sur les postes pénibles dans le cadre d'une gestion personnalisée des agents (GPMC, formation, mobilités)

5.2.2 REDUIRE LA PENIBILITE AU TRAVAIL

- Limiter les contraintes physiques liées à l'environnement : sollicitations mécaniques, nuisances, risques de blessures ou d'accidents ...
- Agir sur les facteurs architecturaux d'ambiance et matériels : éclairage, locaux, bruits, équipements, ambiances thermiques, pollutions spécifiques ...
- Intégrer les préoccupations ergonomiques dans l'adaptation des tâches et des postes
- Renforcer les dispositifs de formation aux gestes et postures et à la prévention des risques chimiques
- Renforcer les dispositifs d'évaluation des risques professionnels

5.2.3 PREVENIR LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX

- Mettre en œuvre un dispositif diversifié visant à informer et former les professionnels
- Identifier et évaluer les risques psychosociaux dans le cadre du « Document unique d'évaluation des risques professionnels »
- Travailler à la prévention et à la gestion des situations de crise :
 - Promouvoir la résolution des conflits par le développement de processus de médiation,
 - Mieux gérer les situations de violence externe/ interne : former des acteurs de prévention et de résolution des conflits,
 - Lutter contre les stéréotypes, discriminations, violence, induisant l'installation de situations de harcèlement moral et/ ou sexuel.
- Promouvoir une méthodologie d'analyse pluridisciplinaire et paritaire des situations de travail en cas d'évènement grave ou d'alerte RPS

5.2.4 ACCOMPAGNER L'EVOLUTION DU SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL

- Soutenir le médecin du travail dans la mise en œuvre d'une surveillance médicale adaptée du personnel médical
- Professionnaliser l'exercice infirmier en santé au travail
- S'attacher à la mise aux normes des locaux de médecine du travail
- Sensibiliser l'ensemble des professionnels médicaux et non médicaux à la prévention
- Intensifier la formation et l'information des professionnels à la prévention

5.3 PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL POUR LE PERSONNEL MEDICAL

5.3.1 RENFORCER LE SUIVI DE LA SANTE AU TRAVAIL DES PRATICIENS

- S'assurer que les professionnels médicaux bénéficient d'un suivi de la part des services de santé au travail :
 - Visite lors de l'arrivée,
 - Suivi médical régulier.
- Mettre en œuvre des mesures de sensibilisation à destination des personnels médicaux concernant des problèmes spécifiques de santé (troubles du sommeil, burn-out, addiction, RPS ...)
- Lancer une réflexion sur les aménagements de postes pour le personnel médical
- Lancer une réflexion sur la pénibilité au travail pour le personnel médical
- Accompagner l'évolution des conditions d'exercice selon l'âge et l'état de santé

6.1 VEILLER A L'ACCES AUX DROITS AUX PRESTATIONS SOCIALES POUR L'ENSEMBLE DES AGENTS DU CHMD

- Confirmer le partenariat avec le Comité de gestion des œuvres sociales hospitalières (CGOSH)
- Veiller à l'adaptation des prestations versées par le CGOSH aux besoins des personnels du CHMD (précarité, surendettement, familles monoparentales, prévoyance, etc....)
- Rendre plus visible la politique sociale du CHMD en développant des outils de communication à l'attention des agents y compris retraités, en veillant à la mobilisation des chargés d'activités sociales et en promouvant la charte de fonctionnement de l'assistante sociale du personnel
- Assurer de manière anticipée et régulière la gestion des allocations de retour à l'emploi.

CONCLUSION :

Ce projet social, 2019-2023, élaboré en concertation avec les partenaires sociaux se veut pragmatique et réaliste. Il a pour ambition principale de valoriser la qualité de vie au travail des professionnels du Centre hospitalier Maurice DESPINOY.

Préambule

L'analyse du patrimoine immobilier du Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD) a mis en évidence une organisation complexe et coûteuse :

- D'une part, deux sites d'hospitalisation, l'un vétuste et isolé (Balata), et l'autre récent (la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin) mais subissant des dégradations architecturales,
- D'autre part, un parc de 21 sites accueillant des structures extrahospitalières qui se révèlent pour certaines vétustes et de faibles fonctionnalités. De plus, la plupart d'entre elles, sont hors réglementation en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap. Le CHMD, n'étant pas propriétaire de ces structures, n'a pas toujours la possibilité d'y effectuer les travaux nécessaires.

Pour ces raisons, le précédent projet d'établissement 2014-2018, s'était orienté vers des actions de restructuration des lieux de prise en charge des patients, ainsi que des actions de renforcement du patrimoine immobilier.

Ainsi, le projet immobilier 2019-2023 est établi dans la continuité du précédent et s'inscrit dans le cadre d'un suivi financier soumis au COPERMO.

Celui-ci vise à :

- Regrouper toute l'hospitalisation complète sur un même site (Mangot-Vulcin),
- Renforcer le patrimoine immobilier du CHMD avec des structures extrahospitalières plus adaptées à son activité,
- Etablir des opérations de réhabilitation et de maintenance des bâtiments existants dans l'attente du déménagement de Balata vers le site de Mangot-Vulcin.

Les projets d'investissements immobiliers proposés par le CHMD dans le cadre de son Schéma Directeur répondent à 2 objectifs principaux :

- L'humanisation des conditions d'hébergement afin de proposer à la population un standard de prise en charge satisfaisant,
- L'amélioration des conditions de travail pour le personnel et le regroupement de structures extrahospitalières afin de poursuivre son plan de redressement financier.

De plus, le projet proposé par le CHMD prend en compte les observations formulées par la mission d'expertise réalisée début 2018, qui confirme le caractère urgent et indispensable du transfert des capacités d'hospitalisation du site de Balata vers Mangot-Vulcin et la restructuration de ses structures extrahospitalières.

Les orientations stratégiques du schéma directeur immobilier et son plan d'actions de mise en œuvre sont déclinées en deux volets :

- I. Le volet hospitalisation
- II. Le volet extrahospitalier

Dans le cadre du projet de transfert des services d'hospitalisation du site de Balata vers celui de la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin, prévu à l'horizon 2023, des actions de transformation et de réhabilitation provisoires seront menées sur ces deux sites dans les années à venir.

1.1 SITE DE LA CITE HOSPITALIERE DE MANGOT-VULCIN

Afin d'accueillir l'intégralité des patients et des services actuellement sur le site de Balata, le site de Mangot-Vulcin doit faire l'objet de travaux d'extension de ses maisonnées et de suivi de maintenance de ses locaux. Le CHMD est accompagné dans cette mission par une assistance à maîtrise d'ouvrage.

1.1.1 TRAVAUX D'EXTENSION

Les travaux d'extension consistent en :

- La construction d'une unité d'hospitalisation en RDJ bas de 24 lits, au droit de Centre 1,
- L'extension des capacitaires de 4 maisonnées de 5 lits chacune, soit 2 chambres doubles, 1 chambre simple et 1 chambre d'isolement,
- L'agrandissement de la maisonnée Nord 1 pour un passage de 20 à 28 lits,
- La création d'une unité d'hospitalisation de 24 lits, en lieu et place du self de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin.

1.1.2 LE SCHEMA DIRECTEUR IMMOBILIER SE DECOMPOSE COMME SUIV :

		ETAT ACTUEL CAPACITAIRE (en lits)	CIBLE CAPACITAIRE VISEE (en lits)	
Existant Mangot- Vulcin	CENTRE 1	20	25	
	CENTRE 2	20	25	
	SUD 1	20	25	
	SUD2	20	25	
	NORD 1	20	28	
	NORD 2	13	0	Bureaux Adminis tratifs
	Doigt B (Self,...)	0	24	
Créations	Pavillon au droit de Centre 1	0	24	
Total de lits		113	176	

D'autre part, le CHMD a pour projet de créer sur le site de Mangot-Vulcin :

- Un espace pour les archives administratives du CHMD,
- Le transfert du magasin existant du site de Balata vers la réserve foncière située face à NORD1,
- Une aire de jeux et de détente contiguë à Nord 1, comprenant (un demi-terrain de basket, un carbet de relaxation, un boulodrome et du mobilier urbain),
- Un jardin thérapeutique doté d'une serre et d'un dépôt destiné à l'outillage, qui sera situé à côté du point de rassemblement au droit de Sud 2.

1.1.3 TRAVAUX DE MAINTENANCE

Les locaux de la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin ont subi de nombreuses dégradations depuis la prise de possession des lieux à partir de 2012. En effet, l'emprise et la localisation des bâtiments les rendent plus vulnérables aux événements climatiques (inondations) et aux nuisibles. De plus, le choix des matériaux de construction, d'équipements et la particularité de l'activité psychiatrique ont aussi considérablement impacté le bâti. Après un inventaire exhaustif des dégradations du mobilier et des équipements avec le Staff technique du GCS, un programme de maintenance des bâtiments existants sera mis en place sur la période 2019-2023.

1.2 SITE DE BALATA

Le site de Balata sera réhabilité en partie, par la rénovation des unités de soins PINEL-CABANIS et par des travaux d'embellissement, ceci dans l'attente de sa fermeture complète, prévue en 2023.

1.2.1 REHABILITATION DE PINEL/CABANIS

Dès le début de l'année 2019, les travaux de rénovation et d'extension des bâtiments PINEL/CABANIS débiteront afin de pouvoir assurer l'hébergement des patients du SSP Centre (Bât. PAVLOV/ESQUIROL), ceci, en attendant le transfert définitif des services de soins du site de Balata vers la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin. Ces travaux seront partiellement réalisés en régie (menuiseries) afin d'en limiter les coûts.

1.2.2 REHABILITATION GLOBALE DU SITE

Le bien être des patients mais aussi du personnel sont une priorité pour l'établissement. Aussi, afin de maintenir un espace agréable pour les patients et de promouvoir le bien-être au travail des agents, un entretien intérieur (VMC, peinture, plomberie) et extérieur (entretien des vitres et façades) régulier des locaux occupés sont prévus dans l'attente du déménagement.

Les opérations du volet extrahospitalier visent à regrouper ou à construire des locaux adaptés eu égard aux problèmes d'accessibilité et de sécurité des locaux actuels en location. Il s'agit essentiellement de villas ou de locaux d'habitation reconvertis (Filière Ado Acajou, CMP/CATTP Rivière Salée, CMP/CATTP du François, CMP/CATTP/HDJ de Trinité). Certaines de ces structures sont aussi hébergées dans des locaux tertiaires aux loyers souvent élevés (ex : Montgérald, Perrinon, PFL, Trinité). Ces opérations d'investissement permettront à terme de diminuer sensiblement les charges d'exploitation des structures, par la diminution des loyers.

Travaux neufs

2.1 SITE PFL LAMENTIN

Pour la filière autisme, une aire de jeux avec jardin pour les enfants a été mise à disposition en janvier 2019.

Afin de répondre aux recommandations de la commission de Sécurité et d'accessibilité et permettre à l'équipe soignante d'occuper deux bureaux supplémentaires, un escalier de secours pour le GIR-HAD (Pôle PEDO) est créé.

Un projet d'agrandissement des espaces d'archivage du CHMD, par la création d'un local permettant de stocker une partie des archives médicales et administratives est en cours d'étude, et fait l'objet de séances de travail.

La mise en place d'une identification des places de parking réservées, par structure du CHMD, sur le site de la PFL (CMP/CATTP/HDJ/ CRA/ EMRI/GIR-HAD) et de 8 places attribuées à la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) sera effective courant 1^{er} trimestre 2019.

2.2 SITE DE MORNE MORISSOT - FORT DE FRANCE

Projet de construction d'un nouveau bâtiment de 458 m² pour le CMP/CATTP Adultes Montgérald.

Le CHMD est propriétaire d'un foncier d'une superficie de 1 851 m² et d'une villa désaffectée sise sur la parcelle. La localisation de la parcelle et son environnement sont propices à la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir le CMP/CATTP situé actuellement à Montgérald (location).

Une opération de démolition/reconstruction sur site est envisagée car l'immeuble existant de type villa est peu adapté à une reconfiguration des locaux pour de nouveaux usages.

2.3 SITE DE LANBELI – FORT DE FRANCE (POLE PEDO)

Des travaux de mise aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR), sont prévus dans ce bâtiment par l'installation d'un ascenseur desservant la structure, située au 1^{er} étage. Cette installation sera au service, tant des usagers que du personnel travaillant dans cette structure, en location.

2.4 SITE DE TRINITE

Installation des équipes du CMP, CATTP, HDJ dans de nouveaux locaux neufs en location, d'une surface de 525 m² au 1^{er} étage de l'Immeuble les Gommiers, à Trinité.

L'occupation des locaux est effective depuis la fin d'année 2018. Ce projet s'inscrit dans une volonté d'achat, dans l'attente d'une subvention d'investissement. Le bail a été rédigé avec une option d'achat possible. Cette nouvelle installation se soldera par l'abandon des sites actuels situés au Bourg de Trinité et à Sainte Marie (locations).

2.5 SITE DE LASSALLE - SAINTE-MARIE

Mise à disposition de nouveaux locaux en location d'une superficie de 348 m² pour le CMP Adulte de Sainte Marie et le CMP de Pédopsychiatrie du Marigot.

Cette opération est prévue pour l'année 2019. Cette nouvelle structure sera réhabilitée en interne, grâce aux compétences des agents des services techniques du CHMD.

2.6 SITE D'ACAJOU – LAMENTIN

Reconstruction d'un nouveau bâtiment de 786 m² pour la filière Ado Acajou (CMP/CATTP/HDJ).

Le CHMD est propriétaire d'un foncier d'une superficie de 1 705 m² et d'une villa désaffectée sur la parcelle. La localisation de la parcelle et son environnement sont propices à la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir la filière Ado située actuellement à Acajou-Lamentin (location). Ce sera une opération de démolition/reconstruction sur site car l'immeuble existant (de type villa) est peu adapté à une reconfiguration des locaux pour de nouveaux usages.

2.7 SITE DE LA LAUGIER MEDECIN – RIVIERE SALEE

Reconstruction d'un nouveau bâtiment de 491 m² pour les filières CMP/CATTP Pédo.

Le CHMD est propriétaire d'un foncier d'une superficie de 3 000 m² et d'une villa désaffectée sise sur la parcelle. La localisation de la parcelle et son environnement sont propices à la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir la filière CMP/CATTP Pédo de Rivière Salée, située actuellement dans le Bourg de Rivière Salée (location).

2.8 SITE DU FRANÇOIS

Construction d'un bâtiment de 967 m² pour les filières CMP/CATTP Pédo et Adulte du François.

L'établissement est en attente d'une mise à disposition d'une réserve foncière (entre 1 500 et 2 100 m² selon la configuration du bâtiment en R+0 ou R+1) sur le site de l'hôpital du François ou à proximité. Ceci se traduira par l'abandon des sites actuels situés au Bourg du François, actuellement occupés en location.

2.9 SITE DU MARIN

Relocalisation prévue du point de consultation psychiatrique, situé dans les locaux du Centre Hospitalier du Marin.

Les locaux actuels sont mutualisés avec la maison médicale de garde et ne permettent pas une prise en charge optimale des patients du CHMD. Ce déménagement pourra se faire soit in situ dans le Centre hospitalier ou dans une autre structure.

Des travaux de maintenance des équipements pour les secteurs intra et extra Hospitaliers sont prévus sur la période 2019-2023.

Concernant, la Cité Hospitalière de Mangot-Vulcin, un plan de maintenance des équipements devra être programmé, en lien avec les services techniques du GCS.

Le site de Balata fera l'objet d'un suivi régulier au même titre que les structures hospitalières. Plus précisément, pour les structures extrahospitalières, des propositions auprès des propriétaires d'immeubles pourront être faites afin de répondre aux exigences réglementaires de sécurité et d'accessibilité.

CONCLUSION

Ces deux volets constituent l'assise du projet immobilier 2019-2023, du CHMD. Ces projets sont les vecteurs de la modernisation de l'établissement, dont l'objectif principal est, l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des personnels.

Ce schéma directeur immobilier s'appuie sur un projet médical qui reprend les principales recommandations formulées par la mission d'expertise, et qui favorise la prise en charge des patients à travers un parcours de soins personnalisé.

1.1 RAPPEL DU CONTEXTE

1999 « Depuis sa création, le ministère de la Culture et de la Communication s'est attaché à favoriser l'accès à la culture des personnes qui en sont éloignées. C'est dans ce cadre qu'il s'est rapproché dès les années 90, du ministère de la Santé avec lequel il a signé une convention le 4 mai 1999.

Cette Convention définit un programme national "**Culture à l'hôpital**" dont l'objectif est **d'inciter, acteurs culturels et responsables d'établissement de santé à construire ensemble, une politique culturelle inscrite dans le projet d'établissement de chaque hôpital.**

2010 Le Ministère a réaffirmé le **6 Mai 2010**, par la Signature de la Convention « **Culture et Santé** » sa volonté de poursuivre cette politique. Le dispositif s'étendra pour la première fois aux établissements médico-sociaux *à titre expérimental* et s'inscrit dans la continuité de la réforme en cours des territoires de santé.

2012 L'ARS Martinique a signé le **27 mars 2012** avec le Préfet de Région, une convention cadre « Culture et Santé » pour favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles... favoriser la conduite d'une politique d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier.

2014 le CHMD rédige pour la première fois dans son projet d'établissement un axe culturel

2016 La convention cadre est renouvelée et signée, le 24 février 2016 en Martinique avec la DAC et l'ARS. Cette dernière convention cadre 2016-2018 sera renouvelée en 2019.

1.2 ETAT DES LIEUX & DIAGNOSTIC

Le Bilan de la Politique culturelle du Projet d'établissement 2014-2018, a fortement été impacté par le soixantième anniversaire de l'institution et par la nouvelle dénomination.

De nombreux projets culturels et artistiques ont donné lieu à un appel à candidature et de nombreux services et équipes se sont engagés dans le projet. Il s'agissait pour la première rédaction d'une politique culturelle au sein du Projet d'Etablissement de marquer l'intérêt pour le CH COLSON, d'utiliser la Culture au service de la Santé Mentale.

A court terme, il était question de s'inscrire dans une véritable démarche institutionnelle, de définir les missions des acteurs de la politique culturelle, d'organiser et donner de la visibilité au Projet, d'intégrer une nouvelle culture d'établissement.

A Moyen terme, l'objectif fut autour d'un projet innovant et dynamique, de fédérer les acteurs de la communauté hospitalière, de dépasser les limites de l'établissement, de rechercher de nouveaux partenaires et de développer des actions et Projets culturels.

Toutes les attentes du précédent projet ont été satisfaites. Tant au sens de l'opérationnel, la participation du CHMD aux appels à projets DAC/ARS et sur les partenariats institutionnels nombreux et efficace avec un total de recettes pour le PROJET CULTUREL de 61 549 € sur le période 2014-2018. La Commission Culture est très active et s'est renouvelée en mars 2018.

Sur le long terme, cette politique culturelle a eu pour effet, de participer à une nouvelle image de la Santé Mentale en Martinique, de notre établissement. Ce fut le passage attendu du personnel du CH COLSON à CH Maurice DESPINOY, pour se faire connaître sous notre nouvelle appellation et pour valoriser nos pratiques et nos artistes. En un mot pour participer à l'évolution les représentations en Santé Mentale comme le préconise le Projet Régional de Santé.

La rédaction de cette politique culturelle, en parfaite adéquation avec la convention cadre CULTURE ET SANTE, signée par l'ARS et la DAC Martinique, a permis sur cette période de repositionner les moyens internes mis à disposition et d'accompagner les porteurs de projet, en donnant plus de crédit et de visibilité aux actions menées. Un bilan positif que l'institution appelle de ses vœux à maintenir et à optimiser durant le prochain projet d'établissement 2019-2023.

Poursuivre les efforts de cette politique, en utilisant la CULTURE au cœur même du Projet d'Etablissement, comme un outil de développement, au service de l'ensemble des acteurs en santé mentale et pour construire l'identité culturelle du CHMD, autour d'un projet partagé et connu du plus grand nombre.

2.1 AXE STRATEGIQUE N°1

Favoriser la Culture comme un outil au cœur du Projet d'Établissement

Un hôpital culturel : Par nature, l'hôpital est une institution fortement culturelle. Valeurs, habitudes, souvenirs, expériences, mémoires... sont autant des points de convergence qui réunissent l'ensemble des acteurs de la communauté hospitalière. Au côté des approches scientifiques, techniques ou administratives, la culture participe de la construction de l'institution hospitalière et de ses évolutions.

L'humanisation de l'institution hospitalière : Par des vecteurs nouveaux et innovants, notamment pour l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient, et l'amélioration du cadre de vie des professionnels, la politique culturelle s'adresse également à tous les acteurs de la communauté, au service du « mieux vivre ensemble ».

2.2 AXE STRATEGIQUE N°2

Développer la Culture au service de l'utilisateur en Santé Mentale

L'inscription de l'hôpital comme acteur social et culturel : L'établissement de santé s'affirme en tant qu'espace public ouvert sur l'extérieur par le biais d'actions qui ne relèvent pas seulement de son activité de soin. La participation au mouvement de démocratisation culturelle auquel s'attache le ministère de la culture depuis sa création, l'intérêt particulier porté aux publics dits empêchés apparaissent comme un lien social par la culture que le CHMD souhaite maintenir et développer.

Prendre soin de la personne : Le développement de la culture aspire à favoriser le bien-être de tous et une meilleure qualité de vie pour chacun, en proposant notamment de nouveaux modes de relation, de médiation et des espaces dédiés à la Personne (patients, accompagnants, familles, visiteurs, professionnels hospitaliers). Par l'art et la culture, l'hôpital est un véritable lieu de vie.

2.3 AXE STRATEGIQUE N°3

Construire une identité culturelle au CHMD

Un hôpital au cœur de son environnement : La culture appuie l'ancrage de l'établissement dans son environnement. Il doit s'inscrire comme un acteur important du paysage martiniquais, caribéen, et au-delà de nos frontières et développer une politique culturelle de territoire.

Un Patrimoine culturel à valoriser et à mémoriser : Le CHMD du haut de ses 60 ans, se doit de recueillir, conserver et mettre en valeur son patrimoine. Sa politique patrimoniale vise à fédérer les personnels autour d'une mémoire commune mais aussi à diffuser ses richesses auprès du plus grand nombre. L'annonce de la fermeture du site de Balata est un axe important dans le travail initié de DEVOIR DE MEMOIRE, qui devra se poursuivre par des apports divers et variés.

Chapitre 1 RAPPEL DU CONTEXTE

Aux lendemains de l'ouverture du Site de Mangot Vulcin, le Projet d'Etablissement 2014-2018 devait faire face à retombées médiatiques liées au déménagement, mais aussi à la nouvelle organisation sur les deux sites pour sa communauté hospitalière,

Le CH Colson devait redéfinir une nouvelle identité, un nouveau projet et tenter de faire évoluer les représentations tant en interne qu'en externe, l'arrivée de la nouvelle direction en juillet 2013 vient proposer de nouvelles orientations au sein du nouveau PET

L'opportunité du 60ème anniversaire de l'établissement, devait permettre de faire « peau neuve » et de susciter un intérêt dans la prise en charge de l'usager, mais aussi de nous réinventer une identité commune en interne, pour apprendre à mieux nous connaître et faire face aux nouvelles organisations et mutations, à nous rapprocher et à nous valoriser,

2014-2018 sonne également le passage entre CHC et CHMD, deux visions différentes au service de la santé mentale en Martinique

Chapitre 2 ETAT DES LIEUX & DIAGNOSTIC

Le CHMD devra maintenir ses efforts de communication et tenter de toucher des cibles prioritaires, pour valoriser l'établissement et être acteur de son développement,

Les personnels hospitaliers ont besoin d'être connus, reconnus et de se reconnaître dans un environnement évolutif qui induit des changements institutionnels,

Le PROJET DE COMMUNICATION prend tout son sens dans la valorisation de la communauté hospitalière et à une meilleure connaissance de nous-mêmes, à travers un axe prioritaire destiné à renforcer la visibilité de notre institution.

Un accent particulier est proposé sur la communication interne qui fédère les personnels et qui permettra de proposer une communication plus efficace en direction des usagers, familles et partenaires de plus en plus exigeants et à la hauteur des enjeux numériques, et des attentes de chacun.

Ce projet se veut être transversal et aide à donner de la cohérence et du sens, au cœur des relations soignant/soigné, les services hospitaliers, les familles et notre environnement,

Une forte demande existe au sein des pôles pour l'amélioration des interfaces de communication qui permettrait plus de visibilité des actions et projets menés, et d'échanger sur les pratiques entre professionnels du CHMD.

Le Développement du PROJET DE COMMUNICATION passe par une adhésion et une compréhension de la démarche par chacun, et par l'appropriation d'une identité commune du CH MAURICE DESPINOY et de procédures de communication, partagées et respectées de tous.

Cette démarche de communication s'appuie sur :

- Les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des personnels du CHM sur le Projet de Communication du Projet d'établissement 2014-2018
- Des échanges lors des ateliers pour le personnel sur la présentation du Service Communication – Septembre – octobre 2018
- Les réflexions menées au sein du Sous-Groupe PROJET DE COMMUNICATION
- Les retours de la visite de certification 2018
- Des orientations stratégiques des différents projets qui constituent le Projet d'Etablissement

3.1 AXE STRATEGIQUE 1

Communication Interne

- Valoriser les personnels, les acteurs de la communauté
- Construire une identité commune
- Améliorer la démarche de COM au CHMD
- Faire connaître notre fonctionnement et nos pratiques

3.2 AXE STRATEGIQUE 2

Communication Environnementale

- Renforcer la visibilité du CHMD
- Mieux informer la population générale
- Renforcer notre communication auprès des cibles prioritaires
- Faire évoluer les représentations liées à la Santé mentale

3.3 AXE STRATEGIQUE 3

Communication Digitale

- Développer et optimiser les outils numériques du CHMD
- Renforcer la sécurité des données
- Améliorer la pratique des utilisateurs
- Accompagner les acteurs sur les aspects juridiques liés à l'usage des outils numériques

3.4 AXE STRATEGIQUE 4

Communication & Médias

- Renforcer la visibilité du CHMD auprès des acteurs de la presse
- Optimiser les outils numériques
- Accompagner les personnels dans la gestion de la relation Médias
- Poursuivre et développer un partenariat efficace

**4.1 CE PROJET DE COMMUNICATION SE DECLINE PAR DES FICHES ACTION
QUI REPONDENT AUX ENJEUX STRATEGIQUES VALIDES, PARFOIS EN
PARFAITE SIMILITUDE :**

Fiche Action 1 : DYNAMISER LA COMMUNICATION INTERNE

Fiche Action 2 : AMELIORER LA COMMUNICATION AVEC LES PÔLES

Fiche Action 3 : AMELIORER LA COMMUNICATION DIGITALE

Fiche Action 4 : COMMUNICATION A DESTINATION DES USAGERS

Fiche Action 5: AMELIORER L'INFORMATION INSTITUTIONNELLE

Fiche Action 6 : COMMUNICATION & MEDIAS

Fiche Action 7 : COMMUNICATION ENVIRONNEMENTALE

Fiche Action 8 : DEVELOPPER LA FONCTION DOCUMENTAIRE

Chapitre 5 ANALYSE & PERSPECTIVES

La mise en œuvre de ce Plan de communication est significative de l'évolution des pratiques et des organisations du CHMD.

Trop isolées, parfois non connues ou comprises, les actions du service communication subissent un manque important de moyens et de visibilité malgré les multiples efforts, et tentatives, Le Service gagnerait à sensibiliser davantage les personnels d'encadrement dans les procédures de communication et à accompagner les pôles dans leur démarche d'échanges d'informations. Les objectifs fixés durant le précédent projet d'établissement sont atteints mais nous pourrions améliorer nos actions et être plus efficaces,

5.1 LES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE COMMUNICATION DOIVENT :

- Promouvoir l'institution
- Valoriser les acteurs
- Changer les représentations
- Mieux connaître Le CHMD

Conclusion

En Martinique, département français de la caraïbe de 400 000 habitants, la santé mentale concerne près de 15 000 personnes chaque année, soit déjà 3,75 % de la population générale de l'île. Grâce aux chiffres avancés par l'Organisation Mondiale de Santé, il apparaît indéniable que la psychiatrie sera dans les prochaines années, en France, la première pathologie avant même les maladies cardiovasculaires. De plus, les troubles mentaux et neurologiques affecteront une personne sur quatre dans le monde à un moment ou un autre de sa vie. Nous pouvons aussi citer l'annonce alarmante de ce rapport de l'OMS qui déclare que les troubles dépressifs se placent actuellement en quatrième position dans la charge mondiale de morbidité et devraient atteindre le deuxième rang d'ici 2020.

La santé mentale fait en effet partie intégrante de la vie moderne, avec des tonalités parfois très alarmantes et **la Martinique n'est nullement épargnée**. Il est nécessaire de maintenir nos efforts de communication, aussi bien en interne qu'en externe, sur toutes les problématiques liées à la santé mentale qui viendront inévitablement frapper à nos portes chaque jour davantage.

Ainsi nous pourrions par nos initiatives, nos pratiques, nos volontés partagées, tenter de **lutter contre toutes formes de stigmatisation et faire gagner les usagers, les familles, les professionnels du CHMD**, en un mot la population martiniquaise toute entière.

Le Schéma Directeur du système d'information (DSIO) est une des composantes du projet d'établissement. Il est destiné à préparer les évolutions et l'adaptation du système d'information sur un plan fonctionnel, technique et organisationnel, pour la période des 5 années à venir (2019-2023).

1. PARCOURS PATIENT
2. GESTION DES MOYENS HUMAINS POUR AMELIORER LA MAITRISE SYSTEME D'INFORMATION, AUGMENTER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE PATIENT ET DIMINUER LES COUTS.
3. GESTION DES AUTRES MOYENS ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES (Financier, Techniques, Economiques, Qualité)
4. INFORMATIQUE SUPPORT
5. SECURITE INFORMATIQUE

Chapitre 1 PRESENTATION DES BESOINS RECENSES

1.1 PARCOURS DU PATIENT

LE NOUVEAU SDSI SE DECLINE EN 5 AXES

1.1.1 RENFORCEMENT DU DPI

Le déploiement du DPI a été réalisé à 100 %.

Aujourd'hui, les services sont déployés à l'intra-hospitalier et à l'extrahospitalier avec une utilisation est très disparate: Médecins, IDE, Rééducateurs, Psychologues, etc...

- Enrichir et personnaliser l'outil (installation base médicamenteuse commune, pages, arborescence, etc...) à Accroître l'utilisation du DPI
- Améliorer les performances de l'outil (prescriptions, impressions, etc...)
- Améliorer l'accessibilité à l'outil (Augmenter taux d'équipement)

1.1.2 DEMATERIALISATION DE L'ARCHIVAGE DU DOSSIER PATIENT

- L'accès du patient au contenu de son dossier n'est pas toujours assuré de façon satisfaisante. Par ailleurs, le manque d'espace et la multiplicité des lieux et des méthodes de détention (stockage) de DP rendent l'accès aux données difficile.
- La dématérialisation de l'archivage du dossier patient est un des moyens qui contribuera à améliorer cet accès en terme de délai de réponse, d'exhaustivité des données.
- Objectif: Installer un véritable système d'archivage électronique (SAE)
- Prérequis:
 - Mettre en place un Identifiant Patient Permanent (IPP) unique à tous les logiciels contenant des données patientes,
 - Achever l'interconnexion des progiciels contenant le Dossier patient (Interopérabilité)- cf. Rapport de visite de certification V2014,
 - Faire en sorte que seul Dossier Patient Informatisé soit utilisé au quotidien (Unicité)

1.1.3 MS-SANTE

Système sécurisé de messageries électroniques réservé aux professionnels de santé.

Ce système promu par les pouvoirs publics (Instruction DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014) et les ordres professionnels à vocation à intégrer l'ensemble des messageries de santé existantes et constituer un espace de confiance dans lequel l'ensemble des professionnels de santé pourront échanger de manière sécurisée : il protège ainsi les données du patients et la responsabilité professionnelle de ses utilisateurs.

1.1.4 GESTION DES MOYENS HUMAINS POUR AMELIORER LA MAITRISE SYSTEME D'INFORMATION, AUGMENTER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE PATIENT ET DIMINUER LES COUTS

Objectif: PARTICIPER A L'AMELIORATION DES PROCESSUS RH:

1.1.5 LE PARCOURS AGENT (DE SON ENTREE A SA SORTIE)

- Numérotation des postes dans Hexagone et suivi des ETP
- Procédure nouvel (agent) arrivant et Workflow d'ouverture de droits

LE PORTAIL DES AGENTS DU CHMD

Objectifs:

1. Poursuivre la dématérialisation des processus au CHMD
 - Diffusion d'informations internes
1. Améliorer l'accès de l'agent aux données de son dossier
 - Diffusion d'informations personnelles, consultables ou à télécharger: Contrat, FP, attestations, etc.
1. Réduire les coûts de gestion du dossier agent

Solution:

- Réaliser un Portail sécurisé, réservé aux agents du CHMD

1.1.6 GESTION DES AUTRES MOYENS ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES (FINANCIERS, TECHNIQUES, ECONOMIQUES, QUALITE)

PROJETS EN LIEN AVEC LA DRFIP et L'ARS

Objectifs :

- Poursuivre la dématérialisation des processus et accroître la performance des services au CHMD
 - Gestion d'informations externes
- PESV2 Marchés, Retour, Budget: Protocole d'échanges sécurisés (Version 2)
- CHORUS PRO (fin): Plateforme de traitement des factures d'un Ets Public ou Privé vers un autre Ets Public
- PES TIPI: Titre de Paiement par Internet
- DMP : Dossier Médical Partagé
- ROR: Registre Opérationnel des Ressources
- VIA TRAJECTOIRE: Système dématérialisé de demande d'accès à un Ets médico-social

1.1.7 INFORMATIQUE SUPPORT

RECONSTRUCTION DU RESEAU VPN

Le marché par lequel le CHMD a procédé à la refonte de son réseau informatique est arrivé à son terme fin 2018.

Il s'agira pour le CHMD de procéder à une consultation dès Début 2019 dont le but reconstruire un réseau capable de satisfaire les besoins des 5 prochaines années. Il s'agira de:

- ➔ Renforcer le débit (de 2 à 10 Mo) sur sites de Saint-Pierre à Sainte-Anne, notamment pour permettre la convergence voix, données, images
- ➔ Réaliser des économies importantes (abonnement et consommation)
- ➔ Offrir de nouvelles possibilités d'usages (visioconférences, télémédecine, etc...)

1.1.8 PASSAGE COMPLET A LA VOIX SOUS IP (VOIP)

Suite à la construction du nouveau réseau VPN du CHMD en début 2019:

- Généraliser l'installation de la VOIP (0 € d'abonnement, 0 € de consommation)
- Dématérialiser autocom (Skype entreprise)
- Poursuivre unification (voix, données, images)
- Investissement global : 250 à 350 K€

1.1.9 SAV DU SERVICE INFORMATIQUE

Objectif : Améliorer le service rendu aux utilisateurs

- Mettre en place HOTLINE de 7H à 17H répondant 0596 48 83 10.
- Faire passer 100% des demandes d'intervention du SI par le GLPI afin de les prioriser et mieux les traiter,
- Améliorer le suivi des demandes d'intervention et réduire leur délai de traitement
- Améliorer l'efficacité du service informatique

1.1.10 SECURITE INFORMATIQUE

ACTIONS SECURITE

Réaliser programme d'actions sécurité de l'établissement selon la politique de sécurité du CHMD votée en 2018, les recommandations de l'HAS (Hôpital Numérique) et le calendrier de la DGOS (INSTRUCTION N°SG/DSSIS/2016/309 du 14 octobre 2016).

1.1.11 PLAN DE REPRISE D'ACTIVITE INFORMATIQUE – (PRAI)

Il s'agit de :

- **Mettre en place en tous points les moyens qui permettront d'éviter un arrêt majeur du fonctionnement du SI**
 - Renforcement de l'infrastructure informatique (redondance et sauvegarde des serveurs, sauvegarde des données, administration, etc....)
 - Renforcement de l'effectif de la DSIO
- **Concevoir les scénarios de reprise d'activité si jamais un arrêt majeur du SI venait à se produire**
 - Rédaction plan de continuité (Pharma, Cimaïse, Hexagone, etc....)

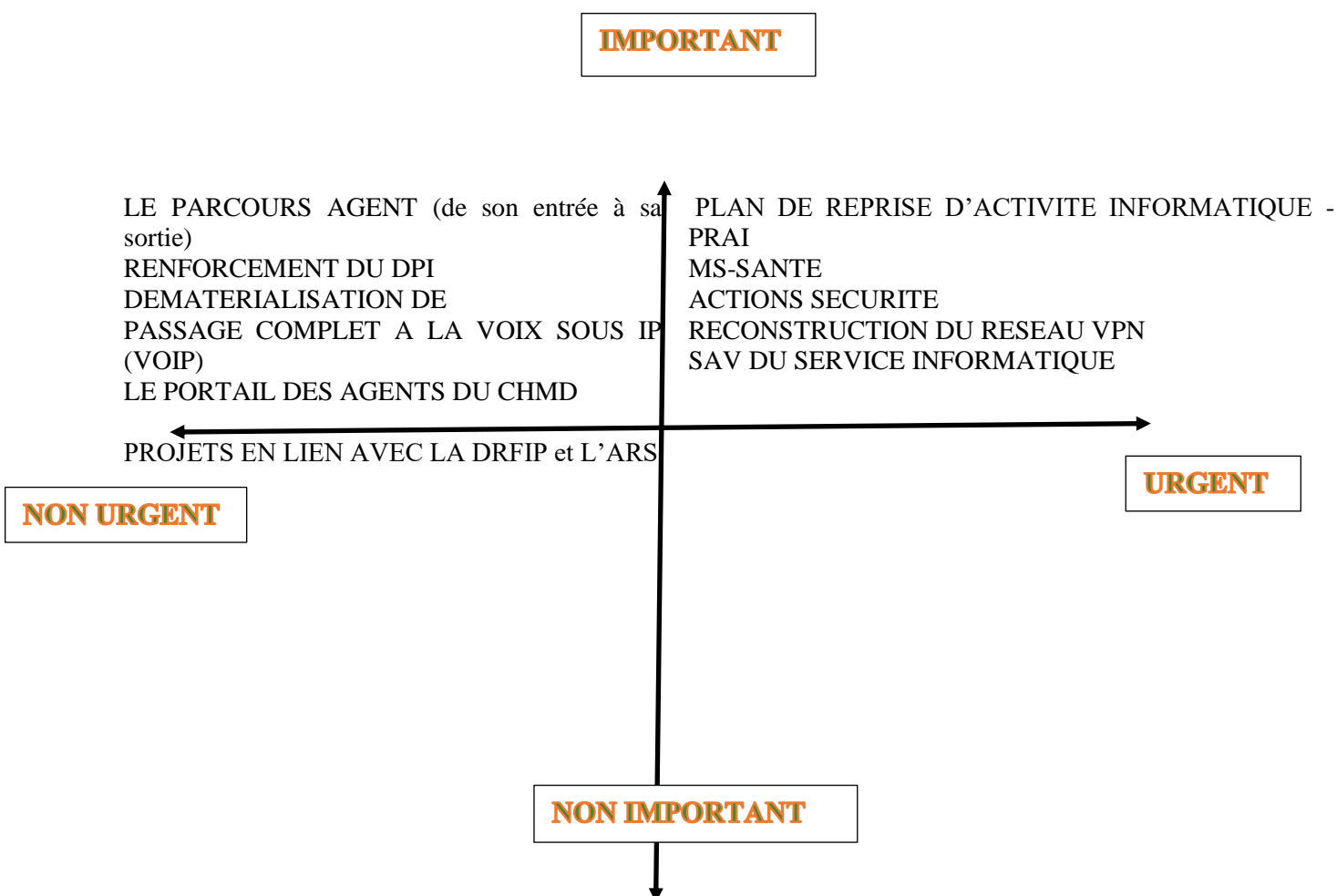
- Rédaction de scénarios DSIO + Tests-crash

Chapitre 2 **SYNTHESE DES PRINCIPAUX PROJETS**

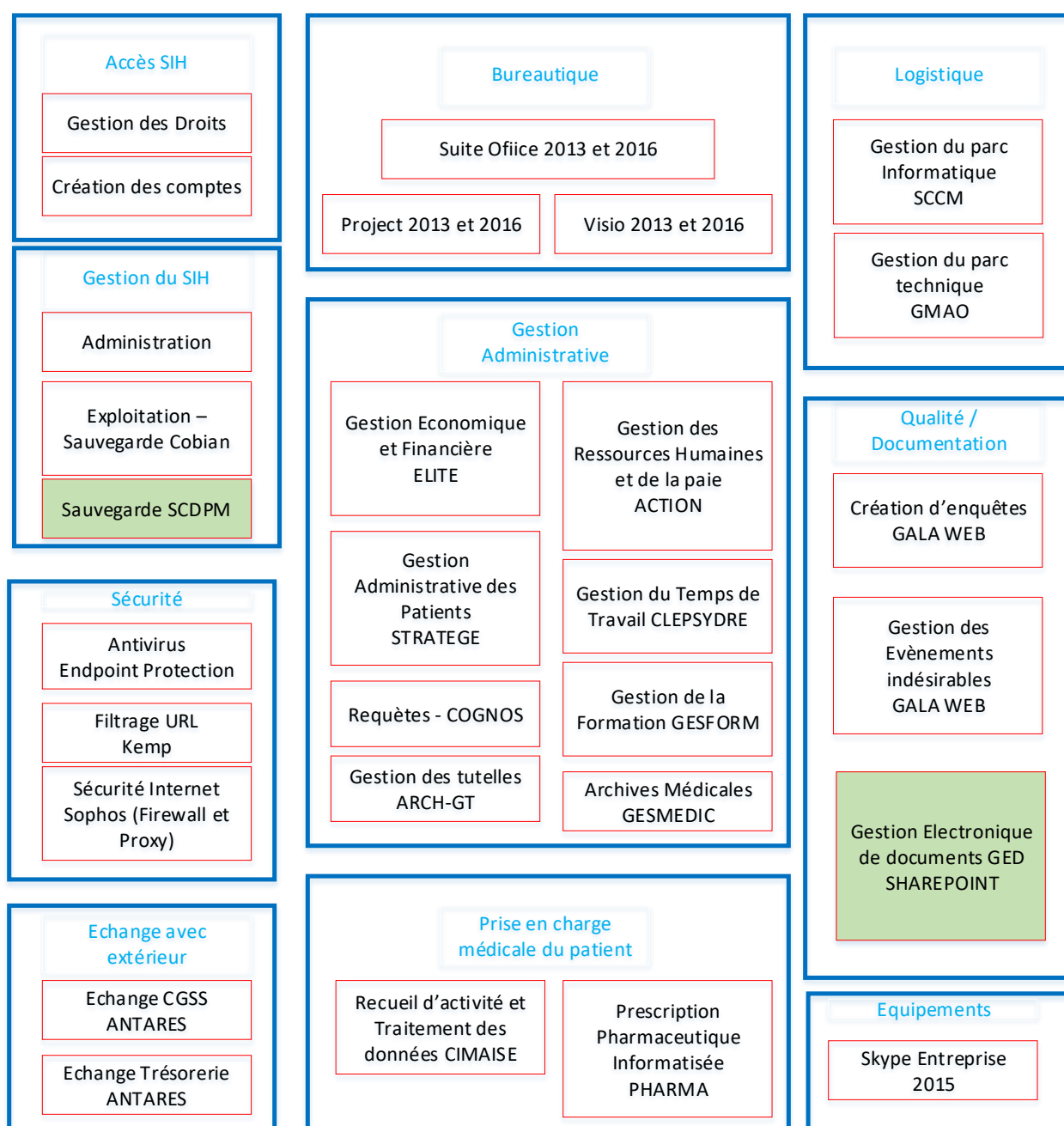
Pour le projet d'établissement 2019-2023 les axes qui sont retenus s'articulent de la manière suivante :

AXES	INTITULE	PROJETS
1	PARCOURS PATIENT	1.1 RENFORCEMENT DU DPI 1.2 DEMATERIALISATION DE L'ARCHIVAGE DU DOSSIER PATIENT 1.3 MS-SANTE
2	GESTION DES MOYENS HUMAINS POUR AMELIORER LA MAITRISE SYSTEME D'INFORMATION, AUGMENTER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE PATIENT ET DIMINUER LES COUTS.	2.1 LE PARCOURS AGENT (de son entrée à sa sortie) 2.2 LE PORTAIL DES AGENTS DU CHMD
3	GESTION DES AUTRES MOYENS ADMINISTRATIFS ET LOGISTIQUES (Financier, Techniques, Economiques, Qualité)	PROJETS EN LIEN AVEC LA DRFIP et L'ARS
4	INFORMATIQUE SUPPORT	4.1 RECONSTRUCTION DU RESEAU VPN 4.2 PASSAGE COMPLET A LA VOIX SOUS IP (VOIP) 4.3 SAV DU SERVICE INFORMATIQUE
5	SEURITE INFORMATIQUE	5.1 ACTIONS SECURITE 5.2 PLAN DE REPRISE D'ACTIVITE INFORMATIQUE - PRAI

2.1 GRILLE DE CLASSEMENT DES PROJETS



2.2 CARTOGRAPHIE FUTURE DES APPLICATIONS



2.3 PLAN D'INVESTISSEMENTS

PLAN D'INVESTISSEMENT 2019-2023						
	Par projet					
INVESTISSEMENTS	2019	2020	2021	2022	2023	TOTAL
DPI	10 000	10 000				20 000
INTEROPERABILITE HEXAGONE/CIMAISE/GESMEDIC	5 000	10 000				15 000
INTEROPERABILITE PHARMA/CIMAISE			10 000			10 000
MESSAGERIE SECURISEE		5 000				5 000
MIGRATION SERVEURS PHARMA	8 000					8 000
SYSTÈME DE TELEPHONIE:VOIP	20 000	130 000	200 000			350 000
RESEAU VPN	30 000			20 000	40 000	90 000
GESTION DU PARC	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	300 000
DEPLOIEMENT SHAREPOINT	10 000	10 000	10 000	20 000	30 000	80 000
ACTIONS SECURITE	15 000	15 000	15 000	15 000	15 000	75 000
PORTAIL AGENT		7 000				7 000
DEMENAGEMENT EQUIPE DSIO VERS MV		40 000				40 000
PRAI	110 000	90 000				200 000
TOTAL	268 000	377 000	295 000	115 000	145 000	1 000 000

INTRODUCTION

Depuis la restauration par le Sénat en séance publique du 18 mai 2015 de la dimension clinique dans les soins, la loi de santé propose aux psychologues de la FPH d'adjoindre un projet de psychologie au projet médical. Il s'agira de réaffirmer la dimension psychique et la culture de la complémentarité dans le dispositif de soin de notre établissement. Ce projet s'articule au « Plan de santé mentale et de psychiatrie » de 2018.

Compte tenu du contexte économique particulièrement rigoureux, il nous paraît important de défendre une clinique fondée sur l'écoute et la durée. Notre projet de psychologie se veut respectueux de l'humain. Pour rappel, le collège des psychologues existe, au CHMD, depuis 2004.

LES DIFFERENTS AXES DE TRAVAIL

1.1 AXE STRATEGIQUE 1 : DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS DES PSYCHOLOGUES EN COHERENCE AVEC LE PROJET MEDICAL

1.1.1 OBJECTIF OPERATIONNEL : PARTICIPER A LA POLITIQUE DE PREVENTION

- Participer à l'évaluation de la demande (en synthèse, en entretien, ...) afin de faciliter l'accès aux soins.
- Promouvoir la place du psychologue en pédopsychiatrie, dans tous les secteurs de consultation des jeunes (pédiatrie, CMP, CSAPA, CATTP, HDJ, Point écoute jeunes, etc.), afin d'apporter une aide à l'orientation et au diagnostic, et de permettre une intervention précoce (préventives et/ou curatives).
- Participer à la mise en place de programmes de psycho éducation au sein des différents pôles
- Lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes d'un handicap psychique
- Mise en place de groupes de parole avec les usagers et/ou les familles partageant des valeurs de réhabilitation sociale.

Actuellement sur les pôles de psychiatrie adulte, les missions de prévention s'articulent entre autres autour d'actions telles que :

- L'éducation thérapeutique du patient (en prévention des rechutes) :

Le psychologue de l'HDJ de Trinité participe activement depuis 2017 au programme de psychoéducation qui y est en phase de test ; lorsque le programme sera validé, les psychologues de l'intra y contribueront également, participant à la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient à toutes les étapes du parcours de soin.

- Le psychologue participe à la lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de handicap psychique en partageant les valeurs de la réhabilitation sociale soient au sein des groupes de parole mis en place en intra ainsi qu'en animant des groupes de parole de familles en CMP, leur apportant un autre regard sur la maladie, leur permettant des échanges, un partage, une dédramatisation du vécu, une recherche de solutions.
- Certains psychologues participent aux conseils locaux de santé mentale

En pédo psychiatrie :

La pédopsychiatrie est directement concernée par l'importance donnée à la prévention au sein de la santé mentale. Elle intervient auprès d'enfants et d'adolescents qui dans leur grande majorité ne connaissent pas une hospitalisation, mais restent dans le milieu familial et le tissu social. C'est dans ce contexte qu'intervient le psychologue aussi bien dans les structures ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ...) que sur le terrain, dans le cadre du CSAPA où des points écoute et des consultations liées aux problématiques d'addiction sont directement proposés aux élèves. Le psychologue intervient aussi à la MFME dans le cadre de l'EMHA, afin de désamorcer les situations d'urgence, aider au diagnostic et à l'orientation du patient dans les circuits de soins extérieurs à la pédiatrie. Par ailleurs, le psychologue intervient également en partenariat avec l'école (service de médecine scolaire et de psychologie scolaire).

Concernant la prise en charge précoce, en psychiatrie adulte, le psychologue participe aux programmes de prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, notamment en HDJ par des thérapies comportementales et cognitives dans des ateliers de métacognition, d'entraînement aux habiletés sociales, à la communication verbale, à la gestion des émotions etc...ainsi que dans des prises en charge psychothérapeutiques individuelles.

Sur le pôle de pédopsychiatrie, les différentes structures extra hospitalières travaillent en partenariat avec les autres instances liées à l'enfance, à ce titre, il est important d'intervenir dès l'apparition des troubles et le psychologue est directement en contact avec les PMI, les crèches, le CAMPS, l'école, afin d'aider à la mise en place d'actions adaptées et pluridisciplinaires.

1.1.2 OBJECTIF OPERATIONNEL : PARTICIPER A LA PRISE EN CHARGE PRECOCE EN SANTE MENTALE

- Promouvoir le lien avec les partenaires du réseau, les établissements scolaires et les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, afin d'aider à la mise en place d'actions coordonnées, adaptées et pluridisciplinaires.

1.1.3 OBJECTIF OPERATIONNEL 1.3 : PROMOUVOIR L'AMELIORATION DU PARCOURS DE SOINS DU PATIENT

- Promouvoir la diversité des interventions thérapeutiques (thérapies cognitives et comportementales, familiales, analytiques, groupes de parole, ateliers thérapeutiques, etc.), afin d'ajuster au mieux la prise en charge aux besoins de l'utilisateur et de favoriser la réhabilitation psychosociale.
- Participer à l'articulation entre les différents services (intra-extra ; pédopsychiatrie et psychiatrie adulte)

1.1.4 OBJECTIF OPERATIONNEL 1.4 : RENFORCER LES INTERVENTIONS ET LE REPERAGE PRECOCE AUPRES DES ADOLESCENTS DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS

- Poursuivre le travail d'écoute et de prévention réalisé sur les points-écoutes dans les établissements scolaires et sur les consultations Jeunes Consommateurs hébergées par les CMP.

La contribution du psychologue à la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation se fait entre autres grâce à la diversification de l'offre de soins par des consultations spécialisées et des groupes thérapeutiques proposés par les psychologues de CMP (en binôme avec des psychiatres ou des infirmiers). Mais aussi grâce aux :

- consultations de thérapie de couples et de familles (CMP de Trinité) et au groupe d'hypnose autour des troubles anxieux et du burnout (CMP de Sainte Marie et Trinité).
- Groupe de parole sur la douleur au CMP de Trinité
- Groupe de psychoéducation à l'HDJ de Trinité
- Groupe de parole de familles au CMP de Sainte-Marie

Sur le secteur Sud :

- Groupe de prévention de la rechute dépressive (groupe MBCT) au CMP de Rivière Salé
- Consultation de TTC groupale ou individuelle au CMP du Lamentin (en phase d'évaluation, elle pourra concerner un large éventail de troubles (anxieux, TOC, TCA, Troubles bipolaires, affirmation de soi)

En pédopsychiatrie, l'essentiel de la pédopsychiatrie est de proposer des alternatives à l'hospitalisation par le biais des structures ambulatoires. Il en résulte une grande variété de prises en charges individuelles ou en groupe où le psychologue intervient régulièrement, et un travail assidu avec les différents partenaires.

1.2 AXE STRATEGIQUE 2 : APPORTER DES REPONSES MUTUELLES ET ADAPTEES AUX BESOINS DE L'ADMINISTRATION EN REPONSE AUX AXES DU PROJET DE LA DIRECTION

1.2.1 OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1 : DEVELOPPER LA COOPERATION DU COLLEGE AVEC L'ADMINISTRATION

- Instituer une rencontre annuelle avec la Directrice Générale (DG) et la Directrice des Ressources Humaines (DRH) afin de maintenir un dialogue constant sur les besoins de l'établissement.
- Développer la présence des psychologues dans la vie institutionnelle
→ Présence d'un représentant des psychologues à la commission formation et d'un représentant des psychologues à la CSMIRT.
- Production d'un règlement intérieur permettant aux professionnels de remplir leur mission conformément à la vie institutionnelle du CHMD
→ Elaboration d'une Charte du psychologue du CHMD.

1.2.2 OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2 : DEVELOPPER LA VISIBILITE DES PSYCHOLOGUES AU SEIN DU CHMD

- Valoriser l'annuaire dématérialisé des psychologues sur le site du CHMD
→ Elaboration du document papier et dématérialisé
→ Mise à jour de l'annuaire des psychologues
→ Diffusion sur l'intranet
→ Diffusion sur internet
- Elaborer les fiches de poste des psychologues propre à chaque service.
- Mettre en œuvre le protocole d'évaluation des psychologues établi par le CHMD.
- Recenser les besoins communs en formation.
- Recensement et valorisation des qualifications spécialisées des psychologues du CHMD.
- Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants et stagiaires psychologues.

1.3 AXE STRATEGIQUE 3 : AMELIORER LES OUTILS (CIMAISE ET DPI) DU SYSTEME D'INFORMATIONS DE COMMUNICATION DU DIM VALORISANT LES ACTES DES PSYCHOLOGUES DU CHMD

Le collège des psychologues du CH Maurice Despinoy soutient la démarche du DPI en tant qu'outil favorisant la communication, la coordination et l'information entre les membres des équipes pluridisciplinaires et avec les patients. Le partage d'informations permet la continuité des soins, une bonne coordination, particulièrement entre les services de l'intra et les structures externes.

Le DPI regroupe les informations pertinentes en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique ; enfin les écrits des psychologues dans le DPI leur permettent une meilleure visibilité institutionnelle et une clarification de leur place et leurs apports.

Participation au DPI en tant qu'outil favorisant la communication, la coordination et l'information entre les membres des équipes pluridisciplinaires. Ce partage d'informations permet la continuité des soins. Les écrits du psychologue dans le DPI regroupent des informations pertinentes en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique.

Le collège des psychologues a élaboré un certain nombre de critères permettant de guider les psychologues dans leurs écrits dans le cadre du DPI :

- Informer le patient de l'écrit et obtenir son consentement
- Respecter l'alliance thérapeutique et préserver le secret de la vie privée
- Être guidé par l'intérêt du patient, mettre en valeur ses ressources
- Transmettre des informations lisibles, précises et surtout utiles à la prise en charge
- Se demander à qui cette information est destinée et dans quel objectif

Les sujets abordés dans ces écrits pourraient être et doivent faire l'objet d'un travail de réflexion de l'ensemble des psychologues de l'établissement.

- L'origine de la demande de consultation : Qui fait la demande ? Quel en est le motif ?
- Le type de prise en charge effectuée (ex : individuelle, groupale, familiale...)
- La régularité et la période (Quelle durée ? Quelle régularité ?)
- Eventuellement les outils utilisés (ex : tests utilisés)
- Eventuellement les problématiques travaillées avec le patient
- La description des caractéristiques du patient pouvant orienter la prise en charge (ex : degré d'insight etc...)
- La description de la dynamique, l'évolution observée
- Faire part des préconisations du psychologue pour la suite de la prise en charge

1.3.1 OBJECTIF OPERATIONNEL : VALORISER LA COTATION DES ACTIVITES DES PSYCHOLOGUES SUR CIMAISE

- Systématiser le codage des différentes activités par les psychologues.
- Réaliser un état des lieux des actes des psychologues en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie.
- Harmoniser les actes du CIMAISE de l'intra hospitalier et l'extra hospitalier adulte.
- Insérer les nouveaux onglets sur CIMAISE.
- Constituer un document méthodologique de la cotation des actes à l'usage des psychologues.
- Pérenniser la veille de l'activité de codage de chaque psychologue avec le DIM.

1.3.2 OBJECTIF OPERATIONNEL : AMELIORER LA QUALITE ET LA QUANTITE DES ECRITS DES PSYCHOLOGUES SUR LE DPI

- Systématiser les écrits du psychologue sur le DPI.
- Proposer une harmonisation des onglets des actes de CIMAISE sur les DPI
- Insérer les nouveaux onglets sur le DPI.
- Constituer un document méthodologique du format des écrits des psychologues en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte.
- Mesurer l'impact des améliorations sur les statistiques DPI.

1.3.3 OBJECTIF OP : VALORISER L'OFFRE DE SOIN DES PSYCHOLOGUES DU CHMD SUR CIMAISE ET LE DPI

- Créer des outils valorisant l'activité des psychologues du médico-social et intervenant dans les différents cadres (CSAPA, milieu scolaire ...).
- Favoriser l'utilisation du nouvel outil par les psychologues.

1.4 AXE STRATEGIQUE 4 : DEVELOPPER LA COMMUNICATION DES MISSIONS ET DES ACTIONS DES PSYCHOLOGUES DU CHMD PARTICIPANT AU DEVELOPPEMENT DE LA SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE

1.4.1 OBJECTIF OPERATIONNEL 4.1 : DEVELOPPER LA RECHERCHE

- Promouvoir les travaux de la commission recherche du Collège des Psychologues au travers de parutions.
- Organisation d'un colloque à destination de l'ensemble du personnel du CHMD.

1.4.2 OBJECTIF OPERATIONNEL 4.2 : COMMUNIQUER DES ECRITS ET DES REFLEXIONS

- Création d'une « Lettre des psychologues » trimestrielle qui paraîtra sur la messagerie interne et à destination de l'ensemble des professionnels du CHMD.

Le projet d'Établissement 2019-2023 du CHMD, qui s'inscrit dans la continuité des évolutions déjà entreprises pendant les 5 dernières années, en faveur de la qualité de service à ses usagers et de la qualité de vie au travail de ses professionnels, va désormais poursuivre sa mise en œuvre avec l'implication des équipes, des personnels et des représentants des usagers.

La validation du projet « déménagement » sonne comme l'assurance pour le CHMD de pouvoir toujours mieux assurer son rôle de référence régionale et d'établissement de Santé Mentale du département, en apportant un service public moderne, de qualité et adapté à notre population, qu'elles soient médicales, paramédicales ou logistiques.

A terme, cette transformation permettra :

- Regrouper toute l'hospitalisation complète sur un même site (Mangot-Vulcin),
- Renforcer le patrimoine immobilier du CHMD avec des structures extrahospitalières plus adaptées à son activité,
- Etablir des opérations de réhabilitation et de maintenance des bâtiments existants dans l'attente du déménagement de Balata vers le site de Mangot-Vulcin.

Les orientations définies dans le cadre du projet médical 2019-2023 sont essentielles quant à la capacité de notre établissement à relever les défis qui s'imposent à lui dans un contexte contraint financièrement et en pleine mutation. Dans ce contexte, le CHMD se doit de définir une stratégie médicale ambitieuse garantissant une amélioration de la prise en charge des patients et un renforcement du partenariat avec le CHU de Martinique pour optimiser l'offre régionale de soins en psychiatrie.

La validation du projet par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé est l'aboutissement de plusieurs années de mobilisation des professionnels de l'établissement et des acteurs locaux. **Elle est aussi le point départ d'une évolution d'ensemble visant 2 objectifs principaux :**

- L'humanisation des conditions d'hébergement afin de proposer à la population un standard de prise en charge satisfaisant et l'amélioration des conditions de travail pour le personnel,
- La rationalisation de son organisation afin de poursuivre son plan de redressement financier.

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) du CH Maurice DESPINOY en Martinique vise à regrouper l'ensemble des activités d'hospitalisation sur le site de Mangot Vulcin, a reçu à l'issue de la séance du 29/01/2019 la validation du Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins Hospitaliers (COPERMO). Le niveau d'aide apporté par l'Etat à ce projet a été fixé à hauteur de...29,8. M€, soit 100 % du montant global de l'opération. Ce plan vise, d'ici 2023, à opérer un transfert de l'ensemble des activités de Balata sur le site de Mangot-Vulcin.

Il prévoit la construction sur le site de MV, d'une unité d'hospitalisation de 24 lits, l'extension des capacités de 4 maisonnettes de 20 à 25 lits et passage de Nord 1 de 20 à 28 lits. Enfin, la création d'une unité d'hospitalisation de 24 lits, en lieu et place du self de la Cité Hospitalière de Mangot Vulcin.

La psychiatrie Adulte et Pédo sera implantée sur le site de MV, pour les prises en charge hospitalières qui seront complétées par des structures ambulatoires du Nord au Sud du territoire (CMP/CATTP /HDJ) proposant des prises en charge alternatives et modernes.

REMERCIEMENTS

La Directrice du Centre Hospitalier Maurice Despinoy remercie l'ensemble de la communauté hospitalière pour sa contribution à l'élaboration du Projet d'Etablissement 2019-2023.

Elle adresse ses plus vifs remerciements au COPIL, projet composé de :

NOM-PRENOM	FONCTION
FOUCHER Bertrand	Président CME
CAMPMAS Richard	Directeur des affaires financières
FONSAT Ariane	Directrice des Soins/Coordination Gén. des soins
FRANCOIS-HAUGRIN Fabien	Directeur du contrôle de gestion et du SI
ELISABETH Guy	Directeur des Travaux-DITSEL
EDOUARD Sonia	Directrice des Ressources Humaines
BOTTIUS Alex	Chef de pôle Centre Nord-Caraïbe
SLAMA Rémy	Chef de pôle Nord atlantique Sud
GILLET Christel	Chef de pôle de pédopsychiatrie
FLAQUET Sandra	Chef de pôle intersectoriel
LONGUEFOSSE Jean-Louis	Pharmacien
BAUDU Ariane	Médecin DIM
ITAH Rebecca	Présidente du collège des psychologues
ASSOGBA Constant	Responsable cellule Qualité GDR
RENE-CORAIL Roselyne	Responsable Cellule projet d'établissement
BOURGEOIS Marguerite	Cadre socio-éducatif
ERIN Valérie	Responsable service communication
LAVENAIRE Raymond	Représentant CDMT
ROY-LARENTRY Franck	Représentant CSTM
DORE Patrick	Représentant UGTM
ROSE-ADELAIDE Marcel	Représentant CGTM
MILIA Laurent	Représentant des usagers-CDU

Le CHMD veut élaborer son projet d'établissement 2019-2023 autour d'une ambition : « Démarrer la réalisation d'opérations structurantes pour adapter le CHMD à la Psychiatrie de demain » dans un contexte fortement contraint lié au COPERMO.

En tout état de cause ce sera le fruit d'un travail de préparation impliquant de nombreux professionnels ainsi que les représentants des personnels et des usagers, un plan d'action, visant à renforcer, dans un contexte de transformation du système de santé, les grandes missions de service public que porte le CHMD.

Permettre la réalisation du projet médical de manière à optimiser l'offre dans le territoire de santé, en cohérence avec les recommandations du COPERMO. Afin de garantir un équilibre médico-

économique et financier d'ensemble au projet d'établissement, de s'assurer de son réalisme ainsi que de sa faisabilité financière.

Le projet médical 2019-2023 consolide l'existant et affirme le rôle de l'E.P.S.M. En tant qu'établissement spécialisé en psychiatrie répondant aux besoins d'une population. Il s'agit d'une offre médicale complète et graduée.

Les pôles sectoriels restent plus que jamais la base de l'organisation opérationnelle de la psychiatrie. Les projets de pôle favoriseront l'émergence de projets fédérant plusieurs structures internes au pôle ainsi que l'élaboration de projets conjoints à plusieurs pôles

Le travail participatif et de dynamique collective doit se poursuivre pour que chacun s'implique dans cette démarche, qui peut nécessiter des modifications dans les pratiques professionnelles et dans les comportements.

La mise en œuvre du projet d'établissement est la partie la plus sensible de la démarche, en raison de possibles blocages de la part du personnel.



SIGLES –ABREVIATIONS-GLOSSAIRE

ACISE : Association citoyenne pour l'insertion solidaire et économique	DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
AEMO : Action éducative en milieu ouvert	DRFIP : Direction régionale des Finances publiques
AMA : Assistant médico-administrative	DRH : Direction des Ressources Humaines
ARS : Agence Régionale de Santé	DSIO : Direction du Système d'Information et de l'Organisation
ATCD : Antécédents	EDGAR : Entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion
ATIHI : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce	EHPAD : Etablissement hospitalier d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel	EIAS : Evénement Indésirable Associé aux Soins
CDU : Commission des Usagers	ELIA : Equipe de liaison en addictologie
CGOSH : Comité de Gestion des Œuvres Sociales Hospitalières	EMHA : Equipe Mobile Hospitalisation Adolescents
CHMD : Centre Hospitalier Maurice DESPINOY	EMRI : Equipe Mobile de Rue et d'Insertion
CHORUS :	EMSIRP :
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	EOH : Equipe Opérationnelle d'Hygiène
CHUM : Centre Hospitalier Universitaire Martinique	EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
CLAN : Comité de Liaison Alimentation Nutrition	EPPIC : Early Psychosis Prevention and Intervention Centre
CLASMO : Cellules locale d'accompagnement sociale pour la modernisation des hôpitaux.	EPRD : Etat Prévisionnel des recettes et des dépenses
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales	ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur	FHF : Fédération Hospitalière de France
CME : Commission Médicale d'Etablissement	FPH : Fonction publique hospitalière
CMP : Centre Médico-Psychologique	GDOC : Gestion Documentaire
CMPP : Centres médico-psycho-pédagogiques	GIR : Groupe iso-ressources
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés	GLPI : Gestion libre du parc informatique
COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins	GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
COTRIM : Comité technique régional de l'information médicale	HAD : Hospitalisation à Domicile
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	HAS : Haute Autorité de Santé
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie	HDJ : Hôpital de jour
CREX : Comité de Retour d'Expérience	IFAS : Institut de Formation Aide-Soignant
CS : Cadre de santé	IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechniques	IP : Internet Protocol
CSS. Cadre de Santé Supérieur	ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique
CTE : Comité Technique d'Etablissement	INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
DIF : Droit Individuel à la Formation	INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
DS : Direction des Soins	IPAQSS : Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
DSIO : Direction du système informatique	ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
DIM : Département d'Information Médicale	MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.
DITSEL : Direction de l'ingénierie des travaux, des services économiques et logistiques	MFME : Maison de la femme de la mère et de l'enfant
DPC : Développement Professionnel Continu	NAS : Nord Atlantique Sud
DPI : Dossier Patient Informatisé	NTIC : Nouvelles technologies de l'information et de la communication
DPPEF : Direction de la Prévention et de la Protection Enfance et Famille	OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
	ONDPS : Observatoire national de la démographie des professions de santé
	OPUS : Ouvrage

PACT : **P**sychozes. **A**ider. **C**omprendre. **T**raiter
PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale (échelle des symptômes positifs et négatifs)
PECM : Prise en charge médicamenteuse.
PMI : Protection maternelle infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPH : Promotion Professionnelle Hospitalière
PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales
PSI : Projet de Soins Individualisé
PTSM : Projet territorial de santé mentale
REMEDI : Revue des Erreurs Liées aux Médicaments et Dispositifs Médicaux
RMM : Revue de Mortalité Morbidité
RPS : Risques Psycho-Sociaux
RSMQ : Responsable du management de la qualité
SAMSAM : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDRE : soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat
SDRE : Hospitalisation sur Demande d'un Représentant de l'Etat
SDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SI : Système d'information
SL : Soins Libres
SMPR : service médico-psychologique régional
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSP : Soins de Suite Psychiatriques et de Réadaptation
UHPSA : Unité d'hospitalisation Programmée et séquentielle des adolescents
USIP : Unités de Soins Intensifs Psychiatriques
VoIP : Voice Over Internet Protocol (transmission de la voix via internet)
VPN : "Vpn Keys Mean Virtual Private Network"