Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Décembre 2024**

Fluidifier les parcours complexes des adultes souffrant de troubles psychiatriques, quel rôle pour le DESSMS ?

Marine FERRÉ

Remerciements

Mes premières pensées vont à toutes les personnes m'ayant côtoyée professionnellement en amont et au cours de cette formation.
Bien sûr, celles et ceux en charge de la filière DESSMS et l'équipe pédagogique de l'EHESP ; mais aussi celles et ceux au plus long court qui ont été présentes à chaque étape de mon parcours professionnel : Mmes POILPRE, JOURDAN, DELACOURT, CHEDEVILLE, BECHEREL, GUITTET REMAUD, CHAUVIN, COUASNON et Ms. LESEGRETAIN, COMPOINT, LAURENT, … pour leur accompagnement avant et/ou pendant cette formation et plus particulièrement pour cette étape du mémoire.

Mémoire qui n'aurait pas été possible sans la disponibilité des tous les acteurs de la Santé Mentale de l'Orne, mais aussi de Ms LECOURT et HEINRY.

Une pensée particulière à Alexandre, Arthur et Simon : « vos encouragements et votre soutien sans faille ont été une vraie force pour moi. Sachez par ces remerciements formels que si j'ai pu en arriver là aujourd'hui, c'est en partie grâce à vous. »

À tous mes maitres de stage : M POTTIER, Mme SUDRE et M HARE : « vous m'avez permis de grandir professionnellement et de mieux appréhender mes prochaines fonctions. J'espère emmener un petit bout de chacun d'entre vous avec moi lors de ma prise de poste en janvier, merci à vous pour votre disponibilité et vos conseils. »
À Bruno Hare, un message plus particulier concernant ce mémoire : « j'espère qu'il fera transparaitre, sans te trahir, les enjeux pour une meilleure prise en charge des patients de l'hôpital psychiatrique. »

Enfin, à vous Didier, Florent et Louise, mes compagnons de voyages rennais, je pense que nos rires et stress partagés tout comme votre présence à chaque instant m'ont aidée à appréhender ces deux ans de formation avec plus de douceur.

Sommaire

Introduction 1

1 La maladie psychiatrique dans notre société actuelle, entre représentations, complexité de parcours et politiques volontaristes. 5

1.1 Psychiatrie et société d'abord une histoire de représentation. 5

1.1.1 La représentation de la folie en général. 5

1.1.2 L'inconscient collectif du « fou » et son écho médiatique. 7

1.1.3 La vision spéciale de la psychiatrie par la psychiatrie elle-même. 8

1.2 De la psychiatrie à la santé mentale et du malade au handicapé psychique, des parcours qui se complexifient. 9

1.2.1 Le statut du malade en établissement public de santé mentale (EPSM), patient ou usager ? 9

1.2.2 De la maladie mentale au handicap psychique, un changement de paradigme. 11

1.2.3 Dans ce cadre la nécessaire définition du parcours complexe. 11

1.3 Un basculement possible de vision, puisque accompagné par des politiques publiques et sociales fortes. 13

1.3.1 La réforme en profondeur du système asilaire vers une psychiatrie hors les murs. 13

1.3.2 Des bases législatives nécessaires pour permettre de rendre la notion de parcours efficiente et poursuivre l'ouverture de la psychiatrie. 14

1.3.3 La mise en œuvre de politiques de coordinations. 15

2 Les patients ornais en parcours complexe, entre dynamique territoriale et limitation culturelle/structurelle. 17

2.1 Le Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO), un EPSM de recherche de mémoire dynamique et innovant accueillant des personnes aux parcours complexes. 17

2.1.1 Un EPSM historique proposant une palette de prestations de soins toujours plus variée. 17

2.1.2 Les patients au parcours complexe du CPO. 19

2.1.3 Une dynamique d'innovation pourtant forte.....20
2.2 Un territoire avec des coordinations à renforcer. 21
2.2.1 Les dispositifs ornais, récents mais visibles et pro-actifs. 21
2.2.2 La psychiatrie perçue comme défaillante par les autres acteurs. 23
2.2.3 Le PTSM, un dispositif au carrefour des différents champs de la santé mentale, ici fort et facteur de mobilisation.....24
2.3 Améliorer l'efficience des actions par comparaison avec les territoires limitrophes. 26
2.3.1 Un benchmark de proximité comprenant : 3 ex- régions, 6 départements donc 6 populations et 2 ARS. 26
2.3.2 La nécessaire innovation dans le cas des prises en charges les plus complexes. 28
2.3.3 L'observation des frontières liées au secteur. 29

3 Le DESSMS, un acteur pour fluidifier les parcours complexes dans l'établissement et au-delà.....31
3.1 La communication comme levier de déstigmatisation. 31
3.1.1 Sortir de la culture du secret de la psychiatrie, de l'EPSM vers la cité. 31
3.1.2 La définition d'un circuit clair et des actions proportionnées à un territoire avec des personnes dédiées.....32
3.1.3 Une démarche aisée mais à mettre en œuvre au long court pour s'adapter à la réalité territoriale. 34
3.2 Un travail avec les co-acteurs de la santé mentale à renforcer pour fluidifier les parcours. 35
3.2.1 Un établissement dynamique dont l'accès doit être rendu plus facile.....35
3.2.2 La référence sanitaire, sociale et médicosociale et les conventionnements comme base d'une meilleure coordination. 36
3.2.3 Un travail à moyen terme nécessitant un suivi régulier et une disponibilité de l'établissement. 38
3.3 Le développement de la formation en tant qu'établissement expert en santé mentale. 39
3.3.1 La formation, passer d'actions à une marque employeur. 39
3.3.2 Faire de la formation un levier d'attractivité interne et externe. 40

3.3.3 Un travail à long terme au bénéfice des acteurs de la santé mentale mais aussi et surtout des usagers. 41

Conclusion 43

Bibliographie 45

Liste des annexes I

1- Listing des patients en situation complexe au CPO II

2- Grille d'entretien des partenaires du PTSM III

3- Benchmark des établissements avec vocation psychiatrique environnants IV

4- Convention type V

5- Explicitation de la formation certifiée pour les structures d'hébergement de personnes âgées X

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Assistante Sociale
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
C360	Communauté 360
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission de Droit et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Contrat Local de Santé Mentale
CMP	Centre Médico Psychologique
CoDir	Comité de Direction
COPA	Coordination de Parcours
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSSE	Cadre Supérieur Socio-Educatif
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DESSMS	Directeur d'Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FIOP	Fonds d'Innovation Organisationnel en Psychiatrie
FNAPSY	Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IME	Institut Médico-Educatif
JLD	Juge des Libertés et de la Détention
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique, ici pour les « Etablissements sanitaires généralistes »
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAG	Projet d'Accompagnement Global
PTSM	Projet Territorial en Santé Mentale
UHA	Unité d'Hospitalisation pour Adolescent
UNAFAM	Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

Introduction

Le 30 octobre 2023, premier jour de stage et premier appel d'une cadre de service dans le cadre de mes missions de stage concernant la fluidification des parcours complexes (Information, Représentativité et Conventionnement entre autres). Si je découvrirai par la suite que cela n'est pas rare, j'ai alors pris la mesure de ce que pouvait être un parcours complexe et comment les patients pouvaient être tributaires des acteurs mobilisés et mobilisables.

En effet, nous l'appellerons M.M, il est âgé de 25 ans. S'il est actuellement hospitalisé dans le service d'entrée, c'est faute d'un ailleurs plus adapté. La cadre m'explique cela en même temps qu'elle m'informe de l'arrêt de travail de deux professionnels, suite à une crise de violence de M.M.

Après recherche dans le dossier, je découvre qu'il est bien connu de l'établissement. Son premier séjour à l'Unité d'Hospitalisation pour Adolescent date de ses 17ans, alors qu'il était pris en charge par un Institut Médico-Educatif (IME) du département et cela parce qu'hébergé en famille d'accueil sur la même commune (en effet l'Aide Sociale à l'Enfance d'un département parisien avait, faute de mieux, trouvé cette solution de placement).

Depuis, et dans le cadre de son diagnostic d'autisme sévère, il a d'abord fait régulièrement des séjours courts en hospitalisation, puis les séjours dont devenus de plus en plus longs jusqu'à un hébergement à la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) de l'établissement. Enfin et depuis 2 ans, il est hospitalisé en service entrant puisque disposant d'une chambre d'isolement au besoin, mais reste sans solution ou projet de sortie à ce jour.

Pour avoir une vision globale de cette situation, il m'a fallu appeler les médecins de la structure somatique et psychiatrique, les différents cadres, les acteurs transversaux de la prise en charge, un acteur de chaque Maison départementale de l'Autonomie qui connaisse le sujet (le local et celui de la région parisienne où il possédait il y a quelques années un hébergement d'urgences de renseigné), son mandataire judiciaire, … tous me disant être sans solution car M.M. est « instable ».

Je n'ai pu faire autre chose que simplement prendre acte de la situation dans un premier temps.

Je me suis alors saisie de la situation avec une analyse plus large et me suis questionnée sur mon champ d'action possible en tant que futur directeur. Quels étaient les leviers mais aussi les freins dans la gestion de ce parcours ? Comment répondre aux besoins de ce patient tout en garantissant la protection des professionnels ?

Tout d' abord je me suis interrogée : Pourquoi tous les professionnels tenaient le même discours sur ce patient ? Pourquoi en recherchant des solutions, on me parlait du manque de moyens ? Comment se fait-il que la direction n'ait été interpellée qu'en cas de crise aigüe ? Comment faire face à ma difficulté de recueil d'informations et ce sentiment de solitude ?

Puis dans un deuxième temps et dans le cadre de ce mémoire j'ai exploré des hypothèses expliquant cette situation.
La psychiatrie est-elle trop sanitarisée et ne voit-elle pas seulement le patient et la résolution de problème sans prendre la problématique de manière plus large ?
Pourquoi n'y a-t-il pas lors de situation de crises ou de contexte plus global plusieurs acteurs autour du parcours de la personne, les liens ne sont-ils pas automatiques ?
Mais aussi en transversalité, quelles représentations ont les acteurs de la santé mentale de ces personnes souffrantes ? Et donc plus largement quelles représentations circulent dans la société ?

C'est autour de cette situation (en écho à d'autres déjà vécues au cours de ma carrière) et cette base réflexive sur un nouveau positionnement professionnel que j'ai réfléchi et travaillé ce mémoire.
Ainsi la question générale sera de savoir dans quelle mesure, un DESSSM peut participer à fluidifier les parcours complexes des adultes souffrant de troubles psychiatriques.

Pour cela après avoir tenté de mieux appréhender la représentation du patient de psychiatrie dans notre société, je questionnerai le positionnement de mon établissement de stage sur son territoire d'influence en comparaison de ce qui est possible ailleurs pour finir par proposer en regard, des actions de fluidification de parcours.

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

J'ai, dans un premier temps, essayé de baliser les parcours que j'allais étudier et fait une analyse de ceux qui sont pointés comme complexes dans l'établissement.
Pour cela j'ai récupéré un tableau de suivi que j'ai complété de nouvelles données pour affiner la définition que je pourrais faire d'un parcours complexe (annexe 1).
Tout au long du travail j'ai complété ce tableau de suivi de parcours complexes une fois par semaine pour permettre d'évaluer au long cours les résultats des actions mises en place.

Pour cette analyse de terrain, j'ai également interrogé la Cadre Supérieur Socio-Educative (CSSE), le médecin Cheffe de pôle en charge du pôle transversal et des parcours complexes et tous les référents des autres pôles. Mais aussi, la gouvernance : le Directeur délégué (maitre de stage), le Directeur médical et le Président de Commission Médicale d'Etablissement (CME) pour mieux appréhender leurs visions de ces parcours et leurs gestions par l'établissement.

12 entretiens représentant de manière formelle dans le cadre du mémoire 32 heures.

Forte de cette base d'échanges formalisés lors d'entretiens conduits sans grilles d'analyse les premiers mois, j'ai ensuite questionné la littérature.
D'abord la littérature interne : projets, commissions, comptes rendus d'instances…
Lectures que j'ai complétées par celles réglementaires concernant le sujet mais aussi par des lectures plus sociologiques.
J'ai poursuivi cette démarche tout au long du travail de mémoire en m'intéressant à l'actualité, aux divers rapports ou articles pour questionner des hypothèses de travail.

Dans un second temps, j'ai fait le choix d'analyser le sujet d'un point de vue qualitatif plutôt que quantitatif puisqu'il s'inscrit dans une volonté de comprendre le phénomène. J'ai privilégié la description comme méthodologie pour mieux comprendre, appréhender le sujet.
Pour cela j'ai réalisé des entretiens semi-directifs munie d'une grille, pour essayer de ne pas me disperser. (Annexes 2 et 3).

Pour la réalisation de ces grilles d'entretiens semi directifs j'ai travaillé en plusieurs étapes :

- La définition de l'objectif de recherche, la connaissance par les partenaires de l'établissement de stage des rôles de l'établissement, des personnes ressources et du métier de DESSMS plus particulièrement. Enfin une question ouverte pour savoir si le partenariat semblait suffisant ou s'il fallait faire des ajustements
- La création du Guide d'entretien et la sélection des participants. Avec un choix porté sur les acteurs du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Cet organe de coordination s'est montré efficient. (Etablissement porteur du PTSM).
- L'envoi par mail de ce support pour toucher le plus grand nombre possible d'acteurs avec un éventuel entretien de clarification et d'approfondissement en deuxième temps proposé aux interrogés pour favoriser un climat de confiance.
- La transcription des résultats, l'encodage des grandes thématiques ressortis et l'analyse quantitative.

J'ai pu envoyer cette grille à 37 acteurs du territoire, j'ai reçu 12 réponses, lesquelles ont été suivies de 9h d'entretiens.

Forte de cette analyse j'ai souhaité dans un troisième temps interroger les acteurs des établissements de même spécialité, limitrophes pour confronter sur un territoire élargi les pratiques et les premiers constats (annexe 4).
Cela s'est fait lors d'entretiens libres en présence physique nécessitant des déplacements ou par téléphone.

Les interviews des 8 décisionnaires d'établissements interrogés, la retranscription des entretiens et les déplacements ont représenté 20 heures de travail.

Enfin tout le long de la période de stage et dans le cadre de mes missions j'ai pu observer et/ou participer à diverses réunions de coordination de dispositifs ou de parcours complétant ainsi cette étude.
J'ai également eu des échanges informels avec les acteurs du territoire, les autorités de tutelles, les usagers et leurs représentants.

Mes précédents stages en MAS et à la direction départementale de l'Agence Régionale de Santé ont certainement eu une influence sur ma propre représentation de la santé mentale. J'ai conscience de l'instabilité de cette représentation en cette période de formation et admets que celle-ci a pu introduire un biais dans ma conduite des entretiens.

Les verbatims des échanges tous comme les citations seront entre guillemets.

1 La maladie psychiatrique dans notre société actuelle, entre représentations, complexité de parcours et politiques volontaristes.

Tout d'abord il est important de reprendre la définition actuelle de la santé mentale.
L'organisme mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « *comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté.* »

1.1 Psychiatrie et société d'abord une histoire de représentation.

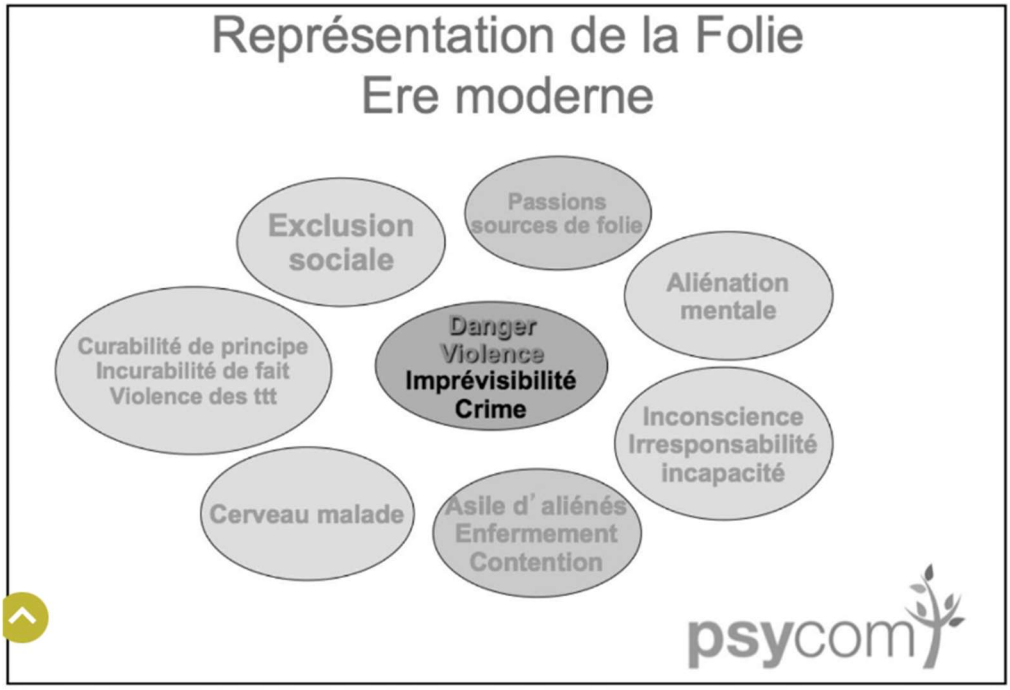
1.1.1 La représentation de la folie en général.

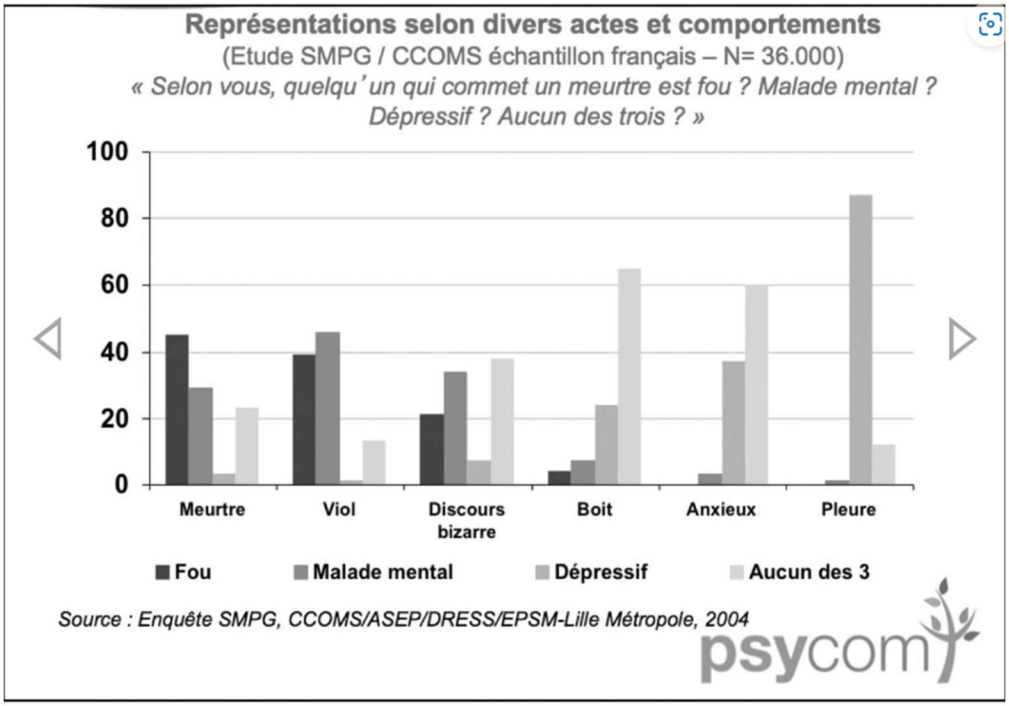
Lorsque l'on pense à une personne souffrant de maladie mentale ou hospitalisée en psychiatrie l'imaginaire collectif se met en marche.
Ainsi la représentation est souvent celle de camisoles, de bizarreries et d'inadaptations sociales voir de dangerosité.

C'est pourquoi, Michel FOUCAULT dans : L'histoire de la folie à l'âge classique (Foucault, 1972) permet une analyse approfondie de la perception de la folie.
Il met en avant les différentes conceptions de la folie à travers les siècles et leurs inscriptions en contre à la normativité sociale. Car le « fou » est celui en dehors des normes, en dehors de la moralité chrétienne, nécessitant contrôle et enfermement.
Il explique que par cette mise au ban de la société, la folie s'est trouvée dépersonnalisée. Ces représentations permettant ainsi un internement et un traitement coercitif admis par tous au nom de l'ordre social et politique soit, l'ordre public.
Si M. FOUCAULT met également en avant les nouvelles formes de traitement et la volonté de certains pionniers de la psychiatrie de réformer les institutions pour plus d'humanité tel que le souhaitait PINEL ou ESQUIROL ; il en analyse les effets pervers. . En effet il explicite comment le traitement de comportement problèmes, la mise en place de catégories pathologiques a renforcé l'idée d'une norme et donc, a stigmatisé davantage ceux en dehors de cette « norme ».

Aujourd'hui ces représentations sont toujours d'actualité et visibles notamment via la mise en image en 2015 d'une enquête « santé mentale en population générale : images et réalités » menée en 2004 (Caria, Arfeuillère, Loubières, & Joseph, 2015)

Il est ainsi possible de remarquer que les verbatims qui ressortent ne sont que des représentativités négatives. Mais plus stigmatisant et discriminant, les interrogés estiment que dans 45% des cas un meurtre serait commis par un fou et, que dans 85% des cas une personne qui pleure serait dépressive.





1.1.2 L'inconscient collectif du « fou » et son écho médiatique.

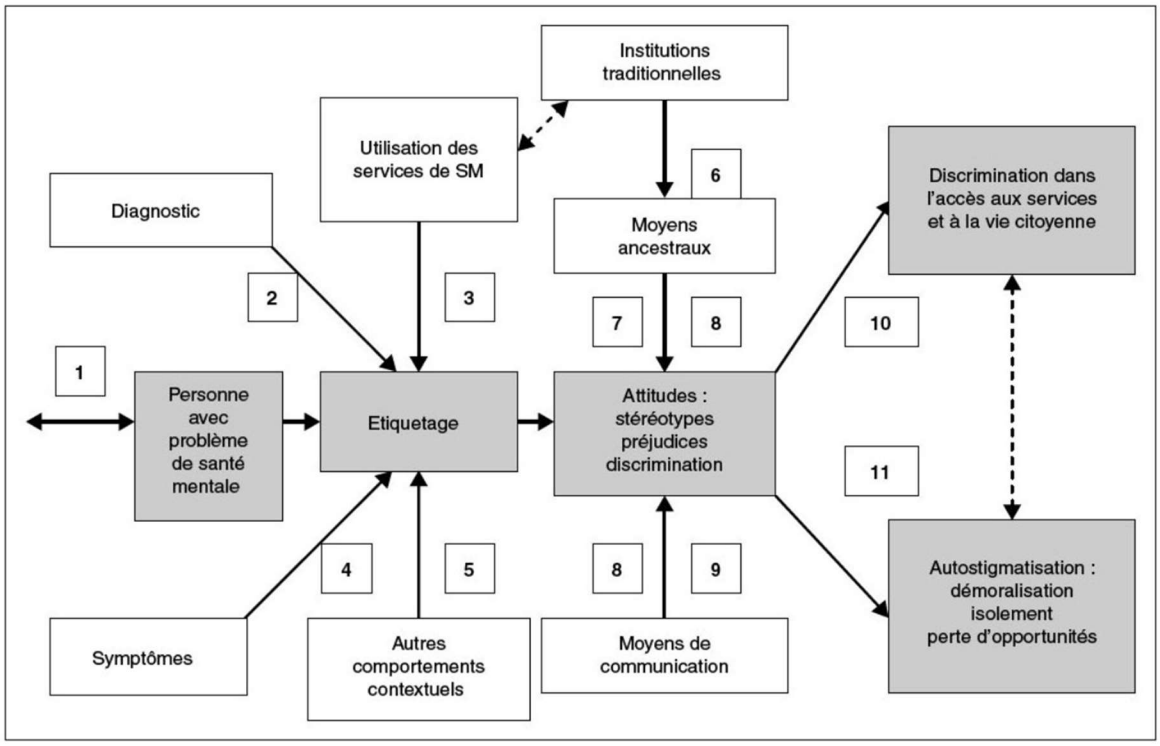
Dans la société imprégnée de ces représentations il apparait naturel que ce soit cette image qui soit véhiculée par les médias. En effet si les médias jouent « un rôle majeur dans notre société, et influent sur les croyances, les attitudes et les comportements » (Caria, Arfeuillère, Loubières, & Joseph, 2015), il convient de rappeler que les professionnels sont eux même traversés par ces mêmes représentations.
En parallèle, cette couverture médiatique n'a cessé de se renforcer face à l'enjeu de pressurisation de nouvelles modalités informationnelles conduisant à produire dans l'immédiateté. Cela concourant de manière inévitable à cette stigmatisation lors des faits divers, mais aussi à une acculturation erronée de la discipline.

Depuis ce choix de sujet en octobre, l'analyse du traitement médiatique de la psychiatrie dans la presse locale est riche d'enseignement.
Ainsi, à 7 reprises l'information faisait part d'un acte délictueux ou criminel de la part d'un usager de la santé mentale au sens large. Et à 3 reprises l'information donnée concernant la santé mentale l'a été de manière plus positive (la semaine de l'autisme, une exposition d'art thérapie et un séjour de répit).
Quoi qu'il en soit une recherche de lien avec la psychiatrie est recherché et ce champ de santé est analysé (« il aurait été placé sous curatelle en raison de troubles psychiatriques » dans une affaire de délaissement d'enfant, « Depuis l'attaque, les soignants de l'hôpital psychiatrique x exercent leur droit de retrait : plus aucun transfert de détenu entre la prison et l'hôpital n'est assuré » dans le cadre d'une interview 3 jours après un fait divers sans lien direct avec la situation d'origine).
Il peut être intéressant de relever que les différents verbatims utilisés font appel soit au registre de la peur et /ou du danger : « un schizophrène », « de manière barbare », « sont dehors »…, soit à celui de l'infantilisation et/ou de la compassion : « exceptionnellement, ils ont pu sortir », « des œuvres dignes de professionnels », « malaise dans la psychiatrie »…

En ce sens, il est possible de remarquer que certaines expérimentations se développent pour rendre les informations « sensibles et responsables » (Cimelière, 2016).
Des échanges entre journalistes et professionnels de santé se développent. Et cela depuis les années 1990. D'abord avec le programme « Open the door » de la World Psychiatric association avec des résultats mitigés dans le cadre de campagnes d'informations.
Mais il est également possible d'inscrire dans cette dynamique le programme « Papageno » qui aide à développer une communication adaptée concernant les suicides où, internes en

psychiatrie et étudiants en journalisme échangent pour déconstruire les mythes et apprendre à travailler ensemble.

Toutes ces actions doivent permettre de lutter contre les stigmatisations vécues par les patients de psychiatrie. En raison de « comportement étranges qu'ils peuvent présenter », « d'épisodes de violences occasionnels chez une minorité de personnes » et d'une image véhiculée « d'exclusion et de défense sociale » les services de psychiatrie et les malades en particulier, peuvent se retrouver discriminés ou s'auto-stigmatiser. (Lopez, 2007)



1.1.3 La vision spéciale de la psychiatrie par la psychiatrie elle-même.

Il est possible d'ajouter que cette vision de la population générale peut également être le fruit des acteurs de la psychiatrie eux-mêmes.

Ces personnes, comme tous vivent avec des systèmes de pensées individuels (stéréotype, valeurs, gestion du risque) qui viennent renforcer le phénomène social de représentation (Lopez, 2007).

La psychiatrie du reste, est une discipline peu attractive.

En effet et comme le rappelait Franck BELLIVER lors du congrès encéphale de 2023 (Bellivier, 2023), la discipline n'attire plus et fait face à une « offre ne correspondant plus aux besoins ».

Il pointe ainsi plusieurs sources de difficultés et notamment, ajoutés au volume de demandes de soins ne cessant de croitre, deux enjeux directement liés à la représentation de la discipline.
D'abord la difficulté de la définition de son champ d'exercice par sa particularité d'être au carrefour des autres disciplines, et par ailleurs le renforcement des préjugés par son propre discours (« manque de moyens », « poids judiciaire »…) qui peut entrainer des discours/des injonctions contradictoires conduisant à une perte de sens.

Concernant les infirmiers, la problématique d'attractivité semble identique (psychiatres, 2024). Le métier a cependant vécu de grandes transformations.
Afin de rendre les prises en charges plus professionnelles et pour valider diverses expérimentations au fil du temps, un diplôme professionnel d'« infirmier des hôpitaux psychiatrique » a été créé en 1955, généralisé sous le sigle « infirmier de secteur psychiatrique » en 1969 et qui perdurera jusque 1992.
Si l'arrêt de cette spécialisation est régulièrement remis en question en ce qui concerne la spécificité des prises en charge, on peut penser qu'elle a permis une attractivité du métier dans sa globalité.

De plus et par voie de décret du 12 aout 2019, le diplôme d'état d'infirmier en pratique avancé crée en 2018, s'est vu ajouter la mention « psychiatrie et santé mentale ». Cela devrait ainsi permettre de rendre plus visible cette spécialité et de renforcer les moyens humains qui concourent à la « bonne santé de ses usagers ».
Mais aussi concourir à moyen terme à une nouvelle image de la discipline.

1.2 De la psychiatrie à la santé mentale et du malade au handicapé psychique, des parcours qui se complexifient.

1.2.1 Le statut du malade en établissement public de santé mentale (EPSM), patient ou usager ?

La sémantique concernant les patients hospitalisés en psychiatrie a beaucoup évolué avec le temps.
Si à la fin du XIX^{ème} siècle nous parlions d'aliénés, le malade mental est devenu patient et est aujourd'hui usager.

Si comme le rappelle (Salvarelli, 2013), « la psychiatrie est une médecine comme une autre » le terme de patient pourrait définir la personne prise en charge en EPSM.
En effet dans le langage courant le patient représente la personne qui reçoit des soins au sens large du terme. Néanmoins le terme de patient renvoie également à la notion de souffrance et de passivité (Marmilloud, 2019).
Cette vision ne coïncide plus avec la vision actuelle des personnes soignées et de la réflexion éthique sur leur place dans le soin qui a eu lieu ces dernières années.
La loi du 4 mars 2002 (Parlement, Loi du 4 mars 2002, 2024) relative aux droits des malades, a mis en lumière le terme de démocratie sanitaire et a permis de réaffirmer la nécessité d'un projet de santé global faisant du patient un usager du système de santé.
En effet afin de le rendre acteur de son parcours et de lui permettre de faire des choix éclairés, un renforcement de l'information à sa disposition a été estimé nécessaire. Cela comme première étape à des prises de décisions le concernant directement dans le cadre d'une relation thérapeutique à rechercher et à établir.

Le changement de paradigme de la psychiatrie vers la santé mentale a permis une rupture avec les anciennes logiques de vision et de prise en charge du malade (Garnoussi, 2017). Ainsi l'usager de santé mentale devient un partenaire revalorisé « dans ses capacités de prise de décision et d'actions ».

Ainsi la vision de l'usager de santé mentale permet plusieurs choses.
D'abord de voir le malade hospitalisé en psychiatrie différemment. Il n'est plus simplement la personne x, qui présente des troubles dans une prise en charge, et un parcours complexe. Mais il est aussi une personne avec un libre choix, un pouvoir d'agir qui conduit nécessairement à une individualisation des actions qui vont lui être proposées et donc une différenciation des réponses à apporter.
Cette nouvelle vision permet aussi de s'extraire de la seule pathologie de la personne. En effet passer de la psychiatrie à la santé mentale permet d'élargir les possibles et de chercher un bien être ou un équilibre qui peut ne pas être la guérison mais simplement une réponse à des besoins propres.
Comme le rappelle l'OMS le but devient alors, de « permettre de répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne et à adopter un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (Garnoussi, 2017).

Au cours des entretiens c'est le verbatim « patient » dans le secteur sanitaire qui était le plus souvent utilisé, le mot « usager » renvoyant davantage au secteur social et médico-

social, ou au terme générique d'une personne utilisatrice de l'établissement (après interrogation de cette différence de vocable).

1.2.2 De la maladie mentale au handicap psychique, un changement de paradigme.

La définition du handicap psychique (apparu dans les années 90) permet de sortir de la vision exclusivement maladie des troubles mentaux pour mieux prendre en charge les conséquences de ceux-ci. L'individu malade devenant alors un usager.

Néanmoins cette vision de fait pourrait conduire à un transfert des patients chroniques vers les établissement médico-sociaux (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017).
L'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) et la FnaPsy (Fédération nationale des associations d'usagers en Psychiatrie) en 2003 étaient en ce sens, vigilants, quant à la distinction du handicap psychique vis-à-vis du handicap mental en terme de services proposés.
C'est d'ailleurs dans ce cadre qu'ont été créés les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) et les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui permettent un accompagnement adaptable en terme de complémentarité avec le champ sanitaire ou social.

La notion de parcours permet de mettre en exergue les projets de vie en parallèle des projets de soins. Cette notion plus globale, élargit le panel de personnes concernées, puisque peut concourir à un parcours toute personne ou acteur de la Santé, y compris pour les plus dépendants.
Attention cependant au risque d'exclusion engendré par cette notion portant via l'autre de responsabilité individuelle sans considérer le statut social, les forces et faiblesses des individus et/ou de leurs proches (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017).

1.2.3 Dans ce cadre la nécessaire définition du parcours complexe.

Un parcours complexe est défini par la loi du 26 janvier au sein de l'article 74 (Parlement, LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2024) : « un parcours de patient dont l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories professionnelles de santé, sociaux ou médicaux sociaux ».

En psychiatrie cela semble encore un peu trop large.
En effet par l'évolution des prises en charge des patients (Salvarelli, 2013), cette discipline veille à considérer un malade dans un triptyque biologique, psychologique et social. Cela conduisant de fait, à une prise en charge de professionnels divers. Ainsi la psychiatrie actuelle recherche par une complémentarité des points de vue et des possibles thérapeutiques au sens large, de permettre aux malades une évolution de leurs symptômes.
De fait, la psychiatrie dans son organisation actuelle et sa prise en charge pluridisciplinaire des patients/usagers, répond de manière stricte à la définition des parcours complexes posée par la loi. Dans les établissements psychiatriques que j'ai pu interroger, la norme est aujourd'hui d'avoir dans chaque service, tant des professionnels de soins (ex : infirmiers - IDE) que des professionnels sociaux (ex : assistant sociaux – AS) que des professionnels du champ médico-social (ex : éducateur spécialisé).

Il convient donc de rendre la définition d'un parcours complexe plus précise en ce qu'elle entend de la complexité des prises en charges psychiatriques.

La définition plus précise pourrait être celle retenue dans le cadre du PTSM de l'établissement d'étude soit : « *une situation est dite complexe quand les réponses apportées multisectorielles (sanitaire, médico-social, social et judiciaire) ne sont pas adaptées aux besoins de la personne, ou quand il n'y a pas de possibilité de construire un projet de soin ou de vie* ».
Cette définition ayant elle-même suscité beaucoup de négociations et d'ajustements afin de trouver un consensus entre les différents acteurs, elle va permettre d'avoir un fil conducteur tout au long du mémoire et de pouvoir délimiter le périmètre des patients concernés par l'objet de ce dernier.
En effet, en fonction des acteurs du PTSM, la complexité des parcours ne se situe pas au même niveau : « absence de place », « manque de moyens humains », « financement inadéquat », « absence de coordination des tutelles » sont autant de réponses recueillies au cours d'entretiens. Les situations complexes sont également différentes en fonction du lieu de vie de la personne, si elle est au domicile, dans un établissement médico-social ou si elle est hospitalisée.
Puisque les attentes et les besoins sont différents en fonction des structures d'accueil, il a été pointé dès le premier groupe de travail, la nécessité de définir de manière commune les situations dites complexes.
Chacun méconnaissant ou ne pas prenant pas en considération les limites des autres acteurs.

1.3 Un basculement possible de vision, puisque accompagné par des politiques publiques et sociales fortes.

1.3.1 La réforme en profondeur du système asilaire vers une psychiatrie hors les murs.

Les textes législatifs régissant la prise en charge des personnes souffrant de maladie psychiatrique sont récents.

Le texte initial concernant l'internement des malades mentaux date de 1838.
Il a permis la mise en place d'établissement psychiatrique par département (et l'établissement dans lequel j'ai fait mon stage en fait partie) et de donner un statut juridique aux malades mentaux. Néanmoins dans l'évolution sociétale notamment éthique post seconde guerre mondiale, cette vision d'enfermement du malade mentale questionnait les nouveaux psychiatres.
Aux Etats-Unis Erving Goffman a étudié ces établissements qu'il perçoit comme des « institutions totales » au même titre que les prisons par exemple. Il explique que les normes strictes et les restrictions de liberté subies par les malades ne leur donnent pas d'autre choix que de se comporter comme des malades et donc de renforcer leur état de mal-être et leur nécessaire enfermement (Goffman, 1968). Cette étude a notamment permis de mettre en avant les défis auxquels pouvaient être confrontés ces malades, et questionner la nécessaire réforme de la santé mentale.

En France, un courant de psychiatrie porté par F. TOSQUELLES puis J. OURY a permis de développer le pouvoir d'agir des malades. Le but étant de les rendre acteurs de la prise en charge avant l'heure et de leur donner une place sociale au sein de l'institution, c'est ce qui est nommé : psychothérapie institutionnelle (Delion, 2014).
En parallèle de quoi se sont développées les thérapeutiques médicamenteuses (invention des neuroleptiques fin des années 50).
C'est par ces changements de prises en charges puisque « des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation » que l'offre psychiatrique s'est modifiée structurellement et a permis la mise en place d'une politique de sectorisation via la circulaire du 15 mai 1960 (publique, 1960).
De cette manière par un mouvement de désinstitutionalisation, s'est développée une prise en charge au plus proche des lieux de vie des personnes et leur maintien dans la cité. Cela

en passant de prises en charge exclusivement hospitalière à des prises en charge ambulatoire.
Puis le législateur n'a eu de cesse de renforcer le droit et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux tout en veillant à leurs conditions d'hospitalisation.
D'abord par la loi du 27 juin 1990 en remplacement de celle de 1883, puis de manière régulière.
En effet, si la loi de 1990 introduisait le contrôle des soins contraints par une autorité judiciaire et la présence d'un avocat tout en ayant une visée médicale, des ajustements réguliers ont permis d'être attentifs aux soins contraints.
En ce sens les lois du 5 juillet 2011 puis celle de septembre 2013 viennent préciser les modalités de soins sous contraintes : ils peuvent s'effectuer en dehors d'une hospitalisation complète. Ces lois renforcent la place et le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD), précisent les modalités d'admissions avec ou sans tiers et renforcent l'information donnée aux patients.

1.3.2 Des bases législatives nécessaires pour permettre de rendre la notion de parcours efficiente et poursuivre l'ouverture de la psychiatrie.

La seconde grande évolution législative concerne plus particulièrement la tentative de rapprochement du champ sanitaire avec les autres champs.

En effet depuis 1975 le secteur social et médico-social est régi par deux lois distinctes de celles du champ sanitaire :

- La loi n° 75-534 en faveur des personnes handicapées
- La loi n° 75-535 relatives aux institutions sociales et médico-sociales

Celles-ci avaient pour but de rappeler la place de citoyen à part entière, des personnes en situation de handicap, en renforçant leurs accès à la rééducation et à la réinsertion.
Ces lois intervenues 5 ans après celles régissant le champ sanitaire visaient à mettre les besoins des personnes aux centres de prestations sociales et médico-sociales possibles.
Mais cette vision et affirmation culturelle ajoutée aux lois de la psychiatrie ont renforcé « une division juridique du système de protection sociale français » (Berichel, et al., 2006).

Néanmoins les politiques publiques ont par la suite été dans une volonté constante de décloisonnement (Coldefy, 2016).

Cela a été rendu possible dans un premier temps par la loi du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées qui reconnaissait la notion de handicap psychique.

La loi HPST (Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) vient, elle, acter le nécessaire décloisonnement entre les différents secteurs de la santé en citant l'hospitalisation, la prévention, l'ambulatoire et le médico-social.

Puis afin de rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée, la loi n°206-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a :

- réaffirmé le secteur et replacé la psychiatrie dans une politique globale de santé mentale. Cela en associant tous les acteurs (libéraux, sociaux et médicaux sociaux) et en mobilisant autour de la prévention, du diagnostic, des soins, de la réadaptation et réinsertion
- fait des conseils locaux de santé mentale (CLSM) existants depuis début 2000 des pourvoyeurs d'actions de décloisonnement des pratiques professionnelles, d'amélioration de l'accès aux soins et de lutte contre l'exclusion.
- inscrit la notion de projet territorial de santé mental (PTSM).

Cette recherche d'amélioration continue des parcours des usagers de la santé mentale quel que soit le secteur d'origine n'a de cesse. En ce sens en 2018 une feuille de route de la santé mentale a été établie par le ministère de la santé et de la prévention souhaitant notamment garantir les parcours et améliorer les conditions de vie des personnes.
Ainsi et comme le rappelle (avec la prise en compte de recommandation des assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021) la synthèse du bilan de la feuille de route du 3 mars 2023 (prévention, 2023), il convient de réaffirmer que dans le cadre des parcours, il est nécessaire de renforcer et structurer la coopération entre les différents acteurs des territoires mais aussi, de poursuivre l'aller vers à destination des publics les plus vulnérables.

1.3.3 La mise en œuvre de politiques de coordination.

Ces dernières années ont vu se multiplier les possibles dispositifs de coordination dans une volonté d'être toujours auprès des demandeurs les plus vulnérables et les plus éloignés des prises en charge.

Ainsi la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
Ce dispositif existe sur un bassin de population où les professionnels qui en ont la charge (acteurs libéraux, sociaux, médico-sociaux et/ou sanitaires) et qui sont dans une démarche de collaboration, cherchent à répondre aux besoins spécifiques de cette même population.

Puis la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS) du 14 juillet 2019 a souhaité fluidifier les coordinations en regroupant l'ensemble des dispositifs préexistants. C'est en ce sens que les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) ont été créés.
Le but étant d'offrir aux professionnels et structures faisant face à des situations de vie ou de santé complexes, un point d'entrée unique pour une évaluation globale des besoins puis, la coordination et l'organisation des prises en charge nécessaires.

Le 11 février 2020 c'est lors de la Conférence Nationale du Handicap que le Président de la République a annoncé la création des Communautés 360 (C360).
Leurs objectifs étant que toutes les personnes en situation de handicap ou leurs familles puissent avoir une réponse en proximité face à un besoin exprimé.

Récemment est également apparu le nouveau métier de « coordonnateur de parcours » (COPA).
Cette fonction devant permettre de faire émerger une conception et une coordination des réponses à des usagers en situation complexe, au sein d'un établissement. Elle permet de prendre en compte et de soutenir l'auto-détermination de l'usager en mobilisant les acteurs possiblement concernés.

Tous ces dispositifs ont comme but commun, de renforcer l'aspect règlementaire stricto-sensu, de décloisonner les divers champs sanitaires, sociaux et médicaux sociaux, pour répondre par territoire aux besoins des usagers en matière de santé et donc de la psychiatrie.

2 Les patients ornais en parcours complexe, entre dynamique territoriale et limitation culturelle/structurelle.

Le parcours des individus dépend donc des déterminants sociétaux de l'époque, de la recherche de la réconciliation des différents secteurs autour d'eux, de configurations personnelles, individuelles : famille, types de troubles, âge d'entrée en psychiatrie…mais aussi d'une baisse des capacités d'hospitalisation, (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017).
De fait, dans ce même rapport il a été démontré que les personnes prises en charge en psychiatrie qui sont reconnus en situation de handicap par la CDAPH, bénéficient d'un suivi plus intensif et sont également ceux ayant une fragilité sociale plus importante.

2.1 Le Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO), un EPSM de recherche de mémoire dynamique et innovant accueillant des personnes aux parcours complexes.

2.1.1 Un EPSM historique proposant une palette de prestations de soins toujours plus variée.

J'ai effectué mon stage long au sein du Centre Psychothérapeutique de l'Orne (CPO).
Si le site principal est situé à Alençon (61), il s'agit d'un EPSM a visée départementale puisqu'il couvre l'entièreté du département de l'Orne concernant la pédopsychiatrie et le département (moins un secteur) pour la psychiatrie adulte.

Cet établissement a une histoire longue dans la ville puisqu'il est encore dans ses locaux historiques pour la partie hospitalisation du secteur central, pour les bâtiments techniques et administratifs.
En effet le site principal a suivi les évolutions de la psychiatrie, que ce soit dans les prises en charge proposées aux personnes accueillies ou dans l'aspect architectural des lieux.

- En 1774 arrêté pour la création d'un dépôt de mendicité
- En 1780 premiers prisonniers accueillis
- Après plusieurs aller-retours de sœurs et de transformation du public accueilli ; en 1831 le préfet organise le dépôt de mendicité et le nomme : « hospice départemental des aliénés et infirmerie des prisons civiles et militaires d'Alençon »

- En 1840 et à la suite de la loi sur le statut des aliénés l'établissement devient « l'asile départemental des aliénés de l'orne »
- En 1945 l'établissement devient hôpital psychiatrique de l' Orne puis CHS puis CPO
- En 1974 développement d'un centre d'accueil pour enfants et de l'ambulatoire
- En 2001 création de la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

L'établissement se compose actuellement de :

- 142 Lits d'hospitalisation répartis en deux communes et 6 services
- 5 Lits d'hospitalisation pour adolescents
- 63 Places d'hôpitaux de jour sur 5 communes,
- 17 Centres médico psychologiques/CATTP, 8 pour les adultes et 9 pour les enfants

Mais aussi d'un pôle d'activité dit « transversal » avec

- Des places en accueil familial thérapeutique,
- Un atelier thérapeutique et d'autres services transversaux
- Une filière de soins santé-justice autour de 2 centres pénitentiaires
- Une activité somatique et pharmaceutique

C'est ce pôle d'activité qui est en charge des liens avec les acteurs du territoire et notamment du lien avec le secteur social et médico-social et de la gestion de la MAS.

Le virage ambulatoire de l'établissement a été engagé massivement depuis 2014 et aujourd'hui la psychiatrie qui y est pratiquée est clairement à visée hors les murs.
Ainsi il est facile de retenir les chiffres clefs suivant, le CPO produisait en 2022 : 100 000 actes ambulatoires pour 1000 séjours d'hospitalisations (A noter les 100 isolements et contentions réalisés cette même année). Le tout pour une population globale de 277 000 habitants.

La durée moyenne de séjour (DMS) a donc diminué, avec une grande disparité en ce qui concerne un service où sont positionnés les malades chroniques (sans lui la DMS serait de 32 jours).
En effet lorsque l'établissement décide de retravailler son offre, en parallèle de l'ouverture de la MAS en 2002, il a développé massivement son offre ambulatoire sur l'ensemble du territoire.
Ainsi les patients institutionnalisés et stables ont été positionnés sur la MAS, alors que les patients présentant des troubles légers ont été transférés sur l'ambulatoire avec une offre renforcée.
Restait la question des patients chroniques mais non stables. La décision a été prise de créer une unité dédiée.

2.1.2 Les patients au parcours complexe du CPO.

Aujourd'hui c'est cette unité créée en 2016 pour les patients chroniques instables de l'époque mais qui depuis, ont vieilli ou se sont stabilisés qui interroge. Quels projets de vie pour ses patients au très long court ?

Du fait de sa spécificité, l'entièreté des patients accueillis au CPO ont une prise en charge pluridisciplinaire.
L'outil de travail d'alors est donc « le projet de sortie et la détermination de la bonne filière » (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017).

La complexité peut donc se définir via la vision : « l'hospitalisation est un accident de parcours », et donc se définit pour les parcours de patient sans alternative à celle-ci.
Sur les 135 patients hospitalisés en moyenne quotidiennement, il a pu m'être transmis une liste de 27 patients en parcours complexe soit 20%, 19 proviennent de cette unité sur les 26 lits qu'elle comporte soit les trois quarts.

Les cadres supérieurs de santé au nombre de quatre, effectuent une revue bimensuelle de ces situations mais au vu des dates d'entrée dans l'établissement, on observe que certains parcours peinent à se fluidifier.
Néanmoins et comme vu en annexe (1), pour certains de ces patients, des parcours sont plus complexes que d'autres. J'ai donc essayé d'en avoir une lecture statistique pour pouvoir mieux appréhender les leviers d'action.
Ainsi j'ai complété le tableau de suivi qui comportait déjà les notions d'identité, d'âge, d'entrée dans l'établissement, de service, de présence ou non de mandataire judiciaire et le(s) orientation(s) envisagée(s).
Pour cela j'ai ajouté : les acteurs mobilisés et une liste d'attente éventuelle, le lieu d'hébergement et/ou la prise en charge précédente, ainsi que la présence ou non de la famille et le recours effectué ou pas à un dispositif de coordination.

Cela a permis de mettre en exergue plusieurs faits :
Le premier est que dans ces situations complexes, un peu plus de la moitié ne le sont uniquement parce qu'ils n'arrivent pas, malgré l'orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), à obtenir une place d'hébergement médico-sociale plus en adéquation avec leurs besoins actuels.
Pour les autres il est à noter certaines similitudes de parcours avec des patients sans famille proche ou alors peu impliquée voire ayant relevé de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), pour la plupart ayant déjà eu une expérience médico-sociale ou sanitaire à l'adolescence (Institut

médico éducatif – IME, Hôpital de Jour et/ou unité d'hospitalisation pour adolescents – UHA).
De plus le recours à un des dispositifs de coordination existant n'est pas systématiquement actionné.

2.1.3 Une dynamique d'innovation pourtant forte.

Cela est d'autant plus étonnant que l'établissement est dans une dynamique d'innovation continue et ce depuis plusieurs années maintenant.

En ce sens il est dans une réponse quasi-systématisée des appels à projet que ce soit pour les Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP) ou les appels à projets dédiés au renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA).
Ce fond, créé en 2019, finance notamment des projets garantissant « un meilleur parcours thérapeutique médicamenteux, renforçant la prise en charge psychiatrique de publics spécifiques tels que les personnes placées sous-main de justice, les personnes en situation de handicap ou encore les femmes victimes de violence, renforçant l'accès aux soins somatiques ou encore la prévention et la gestion de la crise. » et donc devant fluidifier les parcours les plus complexes.

Cette démarche pro-active d'amélioration continue de l'offre ou de réponses aux besoins spécifiques de ses usagers lui a permis de remporter à plusieurs reprises ces appels à projet.
Si le dernier FIOP obtenu proposait le déploiement d'une nouvelle équipe mobile en lien avec la structure prenant en charge les adolescents en situations complexes à doubles notification (CDAPH & ASE), le CPO a été remarqué dans le cadre des « pépites » pour sa mise en œuvre d'une infirmière de parcours sur le service d'admission sur le site d'Alençon.
Cette fonction, déployée avait deux objectifs :

- Pouvoir dans un délai maximal de 72h définir un projet à court et moyen terme en fonction des informations recueillies
- Organiser des sorties opérationnelles et notamment la vigilance quant à l'aspect social des parcours de vie afin d'éviter les ruptures de soins

Le pôle transversal est lui, en perpétuelle ré-interrogation de ses pratiques et de l'offre proposée devant répondre aux besoins des patients qu'il a en charge tout en s'ouvrant vers l'extérieur.

Cela, que ce soit par la création de services, celui sur la réhabilitation psycho-sociale par exemple et son inscription dans le programme « BREF », ou celui du déploiement d'un nouveau CATTP en centre pénitencier.
Aujourd'hui, afin que les usagers de l'établissement et pas uniquement ceux pris en charge par le pôle, puissent exprimer leurs souhaits et besoins en cas de crises les empêchant de consentir aux soins, un travail est en cours afin de généraliser la mise en place de l'outils « Mon GPS – Guide Prévention et Soins ».

Néanmoins il est à noter que certaines initiatives au carrefour de champs sanitaires sociaux et médico-sociaux sont difficilement effectives pour les patients. Tant par les faibles orientations médicales novatrices que par le manque d'implication des acteurs autour de la situation. J'en veux pour exemple le déploiement des appartements thérapeutiques sur le site de L'Aigle où en 4 ans il y a eu seulement 3 orientations l'année dernière et 1 seule prise en charge est efficiente.

2.2 Un territoire avec des coordinations à renforcer.

2.2.1 Les dispositifs ornais, récents mais visibles et pro-actifs.

Le territoire et ses acteurs se sont inscrits dans le cadre réglementaire de la mise en place des dispositifs de coordination précédemment cités.

Tout d'abord le DAC 61 (DAC61, 2024). Il a vu le jour via un conglomérat de 4 dispositifs pré-existants le 25 mai 2022 : 3 MAIA ou selon le nouveau sigle « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie » mais aussi la PTA : Plateforme Territoriale d'Appui de L'orne.
Cela afin de répondre à 3 missions principales :

- Informer, orienter et conseiller. Pour cela des coordonnées uniques sont transmises aux acteurs, charge à eux de répartir les demandes sur les territoires d'actions du DAC au nombre de 4.
- Faire des évaluations globales et être en appui à la coordination. Cela possiblement du domicile, jusqu'à la stabilisation de la situation.
- Créer une animation territoriale en favorisant l'interconnaissance des ressources. En alimentant l'observatoire des ruptures de parcours par exemple.

Dans l'Orne si son existence ne date que de deux ans, le maillage territorial est fort, et le pilotage est assuré par des acteurs expérimentés de la coordination de parcours.

Ce dispositif est assez lisible et permet même de créer des outils innovants. On peut citer pour exemple la « Co-Orne-Dination ». Il s'agit de favoriser en 8 temps et lieux l'interconnaissance des structures ornaises agissant dans le domaine de la santé et de permettre de créer une base de contacts utiles pour les prises en charge.

La C360 de l'Orne est quant à elle plus récente puisque la convention n'a été signée que le 20 septembre 2023. Cela ayant eu l'avantage de me permettre de m'y intégrer dès le début de stage et d'en suivre les évolutions.
Celle-ci est portée par une association et a pour but de renforcer la notion de « zéro sans solution ». Ses missions principales sont donc de :

- Réceptionner les appels et le traitement des signalements.
- Accompagner l'autodétermination et l'expression du projet de vie.
- Accompagner l'agencement de solutions.
- Assurer une fonction d'observatoire et d'expérimentation de solutions.

Néanmoins ce dispositif est en construction et l'équipe n'est composé que de 2 ETP.
L'organisation de ce dispositif s'organise en deux espaces : des comités décisionnels où figurent les membres cœurs (acteurs du champ du handicap du département) et des groupes de travail thématiques se voulant plus opérationnels.
On observe alors étrangement que les groupes de travail peinent à être opérants du fait des acteurs présents souvent non décisionnels (chef de services ou professionnels des services ou des établissements) qui doivent faire un retour à leur hiérarchie puis reviennent sur le sujet au groupe suivant. Cette démarche de travail est lourde et démobilise dans le temps.
Quant aux comités décisionnels, ils permettent de réunir plusieurs acteurs parfois en « coopétition », d'engager de fait le dialogue et la négociation pour trouver un consensus. C'est dans cet espace que la décision est quasi-systématiquement prise.

Ces négociations permettent aux acteurs d'être vigilants quant au tuilage de certaines missions. Il s'agit d'éviter l'empiétement des uns sur les autres et de définir des circuits clairs pour les utilisateurs notamment en ce qui concerne ces deux premiers dispositifs (DAC/C360).

Sans les dispositifs de coordination, il est également possible de parler des liens avec le conseil départemental même s'ils doivent être renforcés. En effet, il n'intervient que pour les Plans d'Accompagnements Globaux (PAG) qui sont souvent nécessaires dans les parcours les plus complexes. Il n'a pour vocation d'intervenir qu'en deuxième intention pour privilégier la coopération entre acteurs directs. Ce n'est pas toujours le cas.

Néanmoins cette volonté partenariale forte, a été réaffirmée lors des groupes de travail concernant le prochain Schéma de l'Autonomie 2025-2029.

Il me semble important d'évoquer ici les CPTS. Ma participation à la mise en place de l'une d'entre elles m'a permis d'identifier des manques dans les dispositifs précédemment décrits.
En effet si les acteurs sanitaires (MCO- Psychiatrie), sociaux et médico-sociaux (Personnes Agées et Personnes en situation de Handicap) par la volonté des politiques publiques arrivent de mieux en mieux à communiquer, travailler ensemble et réfléchir aux parcours, le secteur libéral n'était que peu pris en considération.
Pourtant force est de constater que dans ce département rural, où vit une population vieillissante au niveau socio-économique faible, ce sont souvent ces acteurs de premier recours qui ont en charge les plus éloignés du soin et les plus vulnérables.
Ce nouveau dispositif émane de la volonté des professionnels libéraux, charge à eux de travailler sur les freins et leviers pour répondre aux problématiques d'un territoire donné en adéquation avec l'ensemble des partenaires des dispositifs agissant sur le bassin de vie.

Dans cette dynamique de toujours plus « aller vers », il pourrait être intéressant de mobiliser la présence d'élus dans les dispositifs pour les faire connaitre et renforcer l'équité des accès aux services.
Les Contrats Locaux de Santé (CLS) pourraient être un levier mais dans le département, sur les 12 possibles, seul 1 a été signé et 4 sont en passe de l'être.

2.2.2 La psychiatrie perçue comme défaillante par les autres acteurs.

Afin de connaitre la vision des acteurs de la santé du territoire, j'ai proposé une grille d'audit (annexe 2) à tous les acteurs des dispositifs ci-dessus.
Ainsi cela a permis de voir les limites des actions de l'établissement pour les acteurs du territoire mais aussi de dégager des priorités d'actions.

La première information est que la plupart des personnes interrogées n'ont pas de connaissance psychiatrique que ce soit de l'ordre de formations ou d'informations. Cela alors même qu'ils ont une idée de ce que cela représente et que tous disent être confrontés à « des problématiques en lien avec des troubles psychiatriques ». La demande est forte d'accéder à ce type de savoirs pour être plus opérants auprès des populations prises en charge.

C'est en ce sens qu'elles souhaitent faire appel à l'établissement comme expert, et regrettent les non-retours. Néanmoins à la lecture des questionnaires, on s'aperçoit que les demandes sont éparpillées auprès de divers professionnels. Après interrogation le recours se fait davantage lors de temps informels par le biais de l'interconnaissance sans être bien formalisé.
À ce moment, je dois aussi préciser que j'ai dû faire un grand nombre de relances pour obtenir des retours concernant : des situations, des demandes de renseignements et des questionnaires ; même pour celles et ceux m'ayant donné directement leurs coordonnées mais qui peuvent regretter que « les activités quotidiennes prennent souvent le pas sur du temps d'analyse de pratiques ou d'échanges pluriprofessionnels ».

A savoir que chacun regrette la méconnaissance des structures/services sanitaires, sociales et médico-sociales existant sur le territoire. L'impression majoritaire étant que lorsqu'un interlocuteur est contacté ce n'est jamais le bon.
Ici, si la psychiatrie n'est pas seule pointée du doigt, mais en ce qu'elle est la garante de la santé mentale elle pourrait être un acteur à mobiliser.
En effet, si chacun regrette l'absence régulière de l'établissement dans les groupes de travail des différents dispositifs de coordination, tous reconnaissent « c'est le CPO qui connait le mieux les acteurs et qui est le mieux en capacité de répondre (même quand il n'est pas directement concerné) ».

2.2.3 Le PTSM, un dispositif au carrefour des différents champs de la santé mentale, ici fort et facteur de mobilisation.

L'établissement est également le porteur du PTSM.

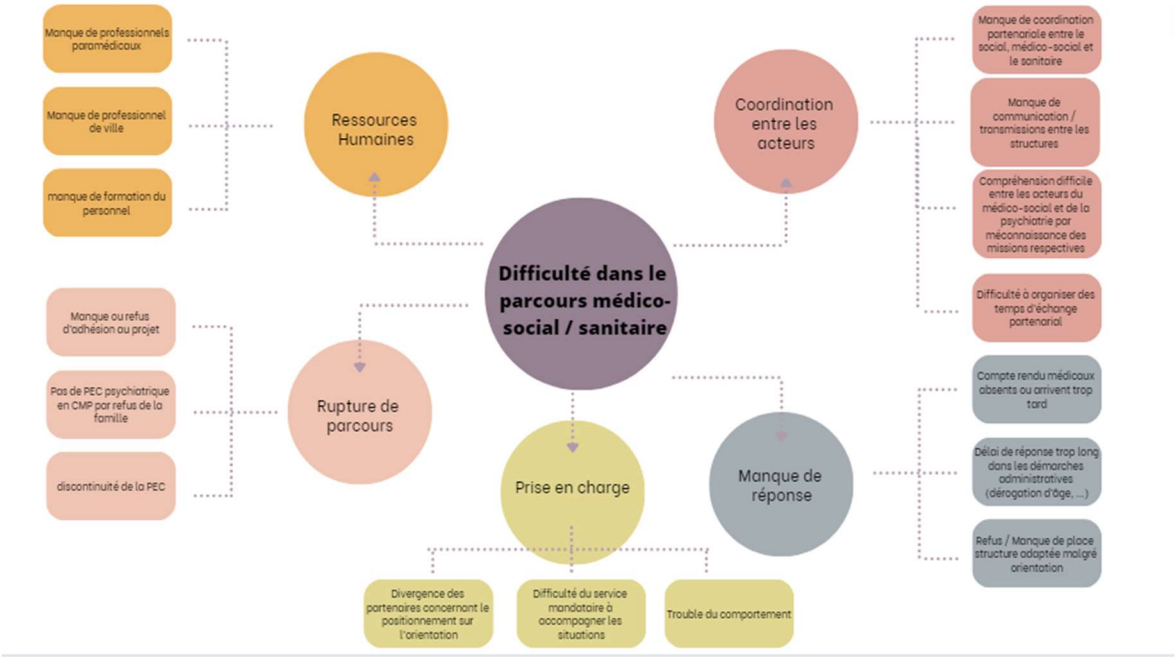
Le contrat territorial de santé mentale (CTSM) qui était la première brique du PTSM, a fusionné avec ce dernier lors de sa mise en œuvre effective. Ce choix de mutualiser le CLSM et le PTSM a été une volonté forte des acteurs afin de rendre les différentes actions du PTSM plus efficientes, du fait des acteurs quasi identiques qui, regroupés représentent au sens large les personnes concernées par le champ d'action de la santé mentale : du psychiatre aux représentants des usagers en passant par les élus ou la préfecture.

Le PTSM 61 a été adopté par l'ARS par suite d'un décret de décembre 2020.
Sachant que ce sont les mêmes acteurs de l'ARS qui analysent les FIOP, cela amène une certaine légitimité régionale des actions de l'établissement pour son territoire.

La feuille de route qui décline du projet régional de santé en lien avec les particularités territoriales du département se compose de 6 thématiques et 13 enjeux.
Ici, vont particulièrement nous intéresser les enjeux suivants :

- « Structuration et articulation des politiques publiques (4) »
- « Fluidifier les parcours en toute sécurité pour éviter les points de ruptures des personnes (10) »
- « L'usager patient » acteur de son parcours de vie (11) »

En effet, la part belle est laissée aux situations complexes puisque c'est une difficulté majeure pour les acteurs dans leurs gestions au quotidien. Cela avec un manque de lisibilité sur le manque d'offre, entre problématique de moyen humain et/ou autres circonstances.
En ce sens, sur le premier semestre 2024 a été travaillé un état des lieux des situations complexes du département.
Pour cela un questionnaire a été envoyé à l'ensemble des acteurs ayant en charge des personnes souffrant de handicap psychique.
Les 8 services ayant répondu ont fait remonter 42 situations complexes et le schéma ci-dessous permet de mettre en avant les difficultés de parcours mais aussi les leviers d'actions.



Il est à noter que dans le même moment la C360 s'était fixée le même objectif et souhaitait envoyer un questionnaire similaire. Ma participation aux différents dispositifs de coordination a permis d'éviter ce doublon.

Le PTSM est un acteur majeur de l'information sur les problématiques de santé mentale sur le département.
Ainsi, il s'est engagé dans le déploiement de la formation des premiers secours en santé mentale. Cette formation n'a de cesse de voir son nombre de demandeurs augmenter, ce qui montre bien le besoin des professionnels du territoire (les formations de l'année 2024 ont été complétées sans même faire appel à candidature du fait de la liste d'attente 2023).
Le coordonnateur du PTSM met également en place des temps forts d'acculturation à la maladie mentale par le biais de journées d'informations, de tables rondes, etc…

Cela met bien en lumière l'intérêt porté à la santé mentale et la dynamique naissante grâce au travail de mise en commun des informations et de projection dans un travail partenarial coordonné.

Néanmoins, des problématiques persistent encore que ce soit dans les représentations, le besoin de réponses plus effectives ou la mise en place de circuits clairs avec des acteurs définis pour limiter les ruptures d'information.

Forte de ce constat j'ai souhaité mettre en parallèle de cet état des lieux départemental celui des territoires limitrophes. Cela pour interroger les usagers de ces territoires qui présentent probablement des similitudes, mais aussi le positionnement et innovation des établissements gestionnaire de santé mentale face aux difficultés de parcours.

2.3 Améliorer l'efficience des actions par comparaison avec les territoires limitrophes.

2.3.1 Un benchmark de proximité comprenant : 3 ex- régions, 6 départements donc 6 populations et 2 ARS.

Ce comparatif a été rendu possible par des échanges formalisés tout au long de la période de stage (annexe 2).
Cette multiplicité de points de vue a été rendue possible et a démontré son intérêt. Des échanges ont eu lieu :

- En région avec :
  - L'autre établissement du département en charge d'un secteur adultes
  - Sur l'ancienne région, un autre EPSM départemental en proximité d'un CHU

- Un EPSM limitrophe sur la même ARS et qui travaille parfois en partenariat avec le CPO

- Sur l'autre région limitrophe avec :
  - Deux établissements MCO d'un département qui ne comporte pas d'EPSM mais trois services de psychiatrie rattachés, chacun à un centre hospitalier (Un département comporte non pas un EPSM mais trois services de psychiatrie un par centre hospitalier)
  - Un EPSM mais avec lequel des tensions existent dans le cadre de recherche de places d'accueil en urgences. Cela en lien direct avec l'établissement support du GHT du CPO à cheval sur deux départements dont celui de cet EPSM.

De ces échanges avec les différents directeurs et médecins en charge des parcours complexes on peut remarquer (annexe 3) que :

- La gestion des situations complexes est à chaque fois une question qui est posée, de la même manière que pour ce mémoire chacun en fait une définition différente.
- Les besoins des populations prises en charges sont différents et dus en partie à l'aspect architectural des structures ou à divers degrés d'implication territoriale.
- L'organisation dans les établissements et entre les acteurs est hétérogène : entre infirmier de coordination, cadre supérieur de santé, cadre socio-éducatif, DESSMS dédié ou mission d'un directeur adjoint.
- La place de l'ambulatoire diverge allant même jusqu'à une diminution pour une centralisation dans un établissement.

La place du politique n'est pas non plus la même. Il est à noter que les départements avec le plus d'élus dans les dispositifs de coordination ou les instances de réflexion sur la santé mentale, ont des organisations de parcours mieux définis avec des personnes dédiées.

L'impact régional et la vision ARS sont également opposés. D'un côté, la sectorisation reste la norme et de l'autre, l'entraide est souhaitée/souhaitable (encouragée sans être obligatoire).
On remarque que les parcours de consolidations des médecins à diplôme étranger y aident d'ailleurs fortement, puisque nécessairement ils deviennent praticiens multisites.
Par ailleurs, on peut remarquer que les politiques de mise en œuvre de mutualisation des offres ne reposent pas uniquement sur les secteurs mais aussi sur une organisation définie par celle-ci.

Enfin quand il y a une offre multiple sur le département on peut remarquer des actions et des visions de la santé mentale qui peuvent parfois diverger : « renfort de l'ambulatoire » vs « liste d'attente pour hospitalisation » ; « équipe mobile à domicile » vs « évaluation hospitalière systématique »…
Cela s'est vu encore plus directement dans l'établissement quand, il y a une demande de l'ARS de s'inspirer d'une convention d'un département limitrophe et de la même région pour l'adapter (Les 4 groupes de travail auxquels j'ai assisté n'ont pour l'instant pas suffi à cette adaptation territoriale).

L'attractivité du territoire a également une incidence sur les actions mise en place. Les sites en proximité direct avec des CHU ne sont pas confrontés aux mêmes problématiques de continuité de l'activité et donc de la nécessité aussi marquée de l'innovation. Ils bénéficient également d'un étayage médical plus fort.

2.3.2 La nécessaire innovation dans le cas des prises en charges les plus complexes.

Les établissements se saisissent d'autant plus de ces parcours complexes que l'orientation vers le champ du handicap pour les établissements psychiatriques n'est pas liée à l'état de santé mais plus à un rôle positif dans l'amélioration de la dépendance ; on peut parler de « logique d'hébergement » (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017)

L'innovation reste au cœur de l'évolution des prises en charges des pathologies psychiatriques à minima ou celle de la santé mentale plus largement.
Ainsi après avoir fait état de la dynamique de l'établissement d'innovation, pour une vision plus large de celle-ci dans le cadre de parcours complexe il était important d'interroger les autres méthodologies.
Trois axes semblent faire consensus : le développement des équipes mobiles, la recherche de structures d'accueil spécifiques ayant en charge le public visé et la nécessaire déstigmatisation.

La notion d'aller vers est déployée par tous via les équipes mobiles ou autres modalités. Cela peut-être dans le cadre d'urgences, dans le cadre de situation de précarité, pour des évaluations dans des structures d'hébergement social ou médico-social. Il est alors possible de parler des équipes déployées pour « l'orientation et le soutien » des patients chroniques en crise dans une recherche d'éviter l'hospitalisation.

De plus nombreux services ont été créés afin de proposer des alternatives aux services de psychiatrie en tant que tel. On peut ici parler par exemple d'un EPSM ayant déployé, au sein de l'établissement MCO de la ville un service d'accueil et d'évaluation des urgences. Sur le même modèle que les UHCD il stabilise et réoriente les demandes.
Ou encore la création dans un EPSM d'unités sanitaires de préparation au médico-social. Cela en lien avec une autre dynamique régionale (pas interrogée mais limitrophe avec à sa tête le même directeur) et visant à offrir une réponse pour tous dans un temps défini même si elle n'est pas complète en premier lieu.

La place des usagers et de leurs proches dans les structures tout comme la participation à la déstigmatisation est une question constante et rassemble tous les acteurs même s'ils n'en ont pas la même lecture.
On peut ainsi remarquer les nombreuses initiatives de temps forts institutionnels régionaux, de mobilisation des réseaux sociaux et de création de médias (journal, radios…).

2.3.3 L'observation des frontières liées au secteur.

Si le volet recherche de la psychiatrie, portée pas les plus grands EPSM ou CHU permettent une diffusion des savoirs et des nouvelles pratiques. Il est intéressant de remarquer qu'il n'existe que peu d'échanges entre les établissements de psychiatrie d'abord, avec les établissements du sanitaire ensuite et donc encore moins avec des structures sociales et médico-sociales on remarque alors que plus il y a d'éloignement, plus les pratiques semblent non harmonisées.
Il semble perdurer une culture du secret qui fait que quelques questions dans le cadre de ce mémoire sont restées sans réponse.

Ainsi, si sur le territoire du stage et ses secteurs, il a été aisé de questionner les différents acteurs des champs sociaux et médico-sociaux, les élus ou tutelles, cela n'a pas été possible dans les autres secteurs et c'est dommageable.

De fait comment évaluer des politiques d'innovation dans le cadre des parcours complexes sans avoir le retour en premier lieu des bénéficiaires ? Comment certains organismes gestionnaires régionaux ou multi-départementaux arrivent à gérer ces différentes modalités organisationnelles des services/établissements de psychiatrie ?
(Sachant de par mon stage d'observation, qu'au moins une fondation départementale travaille sur 5 établissements interrogés).

La question reste posée pour tous les acteurs de la santé mentale. En effet lors de ma participation au recrutement de la deuxième référente C360 du département, une autre coordinatrice (d'un autre département) était présente, j'ai pu me rendre compte que chacune avait une vision différente de ses missions et de son pouvoir d'agir.

Si cela montre que la fluidification des parcours et la résolution de leurs complexités n'est possible que dans le cadre de territoires définis avec des acteurs acculturés et mobilisés, cela interroge sur l'égalité de traitement et d'accès possibles pour tous.
En effet, en fonction des solutions existantes, les bénéficiaires des dispositifs en parcours complexes ne sont pas les même d'un territoire à un autre.

Cependant, dès lors que les logiques et cultures de chaque secteur sont explicitées, tous les acteurs essaient d'améliorer les parcours en cohésion.
Cela renvoyant à l'hypothèse de tensions entre les secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires qui semble effectivement surestimés (Bourdais, Giordano, Lemasson, Quidu, & Roussel, 2017).

3 Le DESSMS, un acteur pour fluidifier les parcours complexes dans l'établissement et au-delà.

Au vu de cet état des lieux, le choix a été de définir les politiques à mettre en place pour un DESSMS avec ses connaissances, sanitaires mais aussi sociales et médico-sociales. Cela en fonction des priorités se dégageant autant des publics accueillis que des retours du benchmark des structures limitrophes. Les priorités ont été définies et catégorisées en fonction de l'impact financier pour l'établissement et la facilité de mise en œuvre. Proposant ainsi une planification à court, moyen et long terme.

Il est important de signifier que les actions entreprises, devront se faire dans le cadre d'un management agile. Celui-ci devant permettre de prendre en considération les problématiques dans leurs complexités et la multitude des axes d'interventions possibles via des objectifs clairs et définis.
Cela en mettant les professionnels dans leurs diversités au centre de la méthodologie (recherche, action, expérimentation) pour privilégier le consensus et la démarche continue de process à impulser. Dans une visée de constante adaptabilité ; avec des professionnels gardant une forte motivation et donc mobilisation. Tout en n'omettant pas les usagers des projets qui doivent être régulièrement interrogés (Granger, 2023).
Dans une volonté de le coupler avec un « lean management », permettant à un dirigeant d'être en perpétuel questionnement dans une volonté de mettre au centre de ses décisions l'amélioration continue et le travail collectif (Ignace, 2016) de manière simple et efficace.

3.1 La communication comme levier de déstigmatisation.

3.1.1 Sortir de la culture du secret de la psychiatrie, de l'EPSM vers la cité.

L'amélioration de la communication dans l'établissement semble impératif tant en interne qu'en externe, cela consistant à l'affirmation de sa marque employeur (SALVI & VERGE, 2018).

En externe à l'EPSM cela doit permettre deux choses.
D'abord faire connaitre les offres et les parcours de l'établissement. En effet au vu des retours des partenaires il semble important de définir les lieux d'entrée que cela soit pour une évaluation, pour une expertise ou pour une information.

Mais aussi participer à la déstigmatisation de la santé mentale. Pour cela il est à noter la possibilité de s'inspirer de ce qui peut être fait ailleurs tout en étant vigilant avec les particularités territoriales (ici je pense notamment au déplacement).

L'identité visuelle de l'établissement est peu claire et peut conduire à un manque de lisibilité sur le territoire.
S'ajoute à cela communication médiatique minimale assurée uniquement par la presse écrite quand l'établissement ouvre des évènements à l'extérieur.

Au vu de cet état des lieux il convient donc de :

- Définir les personnes chargées de l'aspect communication de l'établissement et de définir les circuits de mise en œuvre.
- Définir, prioriser et programmer les actions avec un budget dédié.
- Suivre de manière séquencée la dynamique impulsée pour l'ajuster.

3.1.2 La définition d'un circuit clair et des actions proportionnées à un territoire avec des personnes dédiées.

D'abord il conviendra de définir l'identité du responsable.
Si la communication doit être assurée par le directeur délégué au vu de l'organigramme, par appétence c'est le directeur des ressources humaines et des affaires médicales qui peut s'en charger.

La première étape est donc de renforcer l'identité visuelle pour rendre l'établissement plus repérable que ce soit auprès des partenaires mais aussi auprès du public via divers médiums : les courriers transmis ou réseaux sociaux par exemple.
Cependant la création d'une nouvelle identité visuelle peut être couteuse puisque cela engendre la création de nouveau marquage. Aussi l'idée n'est pas de repartir de zéro mais de moderniser le logo existant et reconnaissable par tous, tout en unifiant les visuels.

Pour cela si la mise en œuvre d'une charte graphique d'établissement, et la définition d'un circuit de communication ont été discutées et définies en CoDir ; c'était pour déployer un discours unique de la part de la gouvernance et faire en sorte que tous, se sentent concernés. Il a été proposé de travailler sur un socle commun, avec à chaque fois un maximum de 3 choix à faire valider par le CoDir :

- Rafraichissement du logo
- Choix de la police

- Couleurs
- Papier à entête
- Signature électronique
- Support de présentation

Après cela, il a été décidé de mettre en place de groupe de travail avec les utilisateurs principaux : les secrétariats administratifs et médicaux dans un premier temps, auxquels il a été possible d'ajouter le service de reprographie du fait de sa gestion des créations des supports existants pour les différents services de l'établissement.
En effet, au vu du nombre de supports existants lié à la diversité des professionnels et des services mais aussi de l'éclatement territorial, un accompagnement au changement en rendant les utilisateurs proactifs dans les choix semble être à privilégier.

Une fois la validation en CoDir des choix et la présentation en directoire de la nouvelle politique d'identité visuelle, une diffusion à l'ensemble des professionnels par note de service sera à effectuer après avoir prévenu le groupe de travail et les encadrements administratifs, paramédicaux et médicaux.

La deuxième étape est une étape de suivi de mise en œuvre, en effet le fait de désigner une personne chargée de l'identité visuelle permet de faire remonter et modifier toutes les non-conformités avec la politique précédemment validée.
Il est à noter que lors d'une expérience précédente j'avais remarqué qu'au fur et à mesure de sa mise en œuvre, on observait une plus forte implication des acteurs et c'est là aussi ce qui est attendu. Par ailleurs, décision de créer sur l'outil informatiques des « bons visuels » à usage de tous pour des demandes de création auprès de la reprographie où est positionné un professionnel compétent et reconnus de tous.

En parallèle la communication externe doit être développée ce qui n'est pas dans la culture de l'établissement. Plusieurs étapes ont été définies chronologiquement :

1- Un renfort de la présence sur les réseaux sociaux. En effet, aujourd'hui cela permet de rendre visible les nouvelles modalités de prises en charge des patients. Notamment sur un réseau social professionnel pour rendre l'établissement plus attractif, aussitôt, par le directeur des ressources humaines.
2- Favoriser l'impact visuel de la présence de l'établissement lors de congrès, salons, évènements…Pour cela après définition d'un budget minimal, achat de « flag » et de « roll-up » mais aussi de goodies à distribuer (crayons) par le directeur des services économiques.

3- Enfin l'organisation formalisée et planifiée d'évènements. Jusque-là l'établissement « subissait » les opportunités qui s'offraient à lui avec néanmoins l'organisation de temps forts au moins deux fois par an. Il est important de lisser ces temps sur l'année, de réfléchir aux dates pour permettre au plus grand nombre d'y participer et de communiquer dessus autrement que par la presse à posteriori. Cette organisation sera assurée et suivi par le directeur délégué a minima en avril et septembre.

3.1.3 Une démarche aisée mais à mettre en œuvre au long court pour s'adapter à la réalité territoriale.

S'il est difficile de saisir les impacts de cette communication de manière effective il est possible de remarquer qu'en 6 mois :

- Le nombre de personnes présentes aux temps forts de l'institution n'a cessé de croitre (passage de la réservation de salles de réunion à la salle de spectacle au vu des besoins et capacités d'accueil).
- Les bons visuels à la reprographie se sont systématisés du fait de la mise en avant de compétences préexistantes et il a été rendu nécessaire la création d'un rétroplanning pour limiter le débordement ou les situations d'« urgences ».
- Le nombre d'abonnés sur les réseaux sociaux est passé de 35 à 405.
- Les partenaires ont interrogé plus facilement des pratiques ou des parcours en lien avec la clarification des circuits d'interventions.

A savoir et concernant les documents de sorties ; que les secrétariats médicaux (après validation des médecins) ont proposé, d'accélérer l'unification des documents médicaux et de les rendre compatibles avec les documents administratifs.

Des actions et indicateurs de suivis doivent néanmoins être déployés pour rester dans la dynamique, aussi :

- Un budget communication devra être défini chaque année.
- Un relevé des non-conformités sera assuré en reprographie.
- Les secrétaires de direction assureront le suivi médiatique de l'établissement.
- Un groupe de travail communication sur la base de celui assurant le journal interne a été créé afin de planifier, annuellement, un calendrier des temps forts qui sera à présenter en CoDir.

Tout cela devant s'inscrire dans le cadre plus large du Groupe Hospitalier de Territoire (GHT) (même si seul établissement avec la compétence) et du PTSM pour mieux planifier les actions et étendre la visibilité de la psychiatrie.
Il convient également de systématiser la présence de l'établissement lors d'action santé et santé mentale sur le territoire, où lors d'actions des partenaires.

La communication est le seul commun de la population du territoire et de la société en général. Elle participe à faciliter le « hors les murs » et son acceptation, mais aussi de rendre visible et lisible la psychiatrie pour les professionnels du social, du sanitaire et du médico-social et pour tous.

3.2 Un travail avec les co-acteurs de la santé mentale à renforcer pour fluidifier les parcours.

3.2.1 Un établissement dynamique dont l'accès doit être rendu plus facile.

Pour rappel reproche était fait par les acteurs du territoire de, la non mise à disposition de l'offre de l'établissement et la non-effectivité des réponses.
Cela alors même que l'établissement n'a eu de cesse au cours des dernières années de réaffirmer sa politique d'aller-vers.

La question du pourquoi est apparu au cours du retour des grilles d'audits remplies par les partenaires des dispositifs de coordination. En effet sur ces retours, aucun n'y avait inscrit la même personne ressource au sein de l'établissement. Allant d'un infirmier au directeur en passant par la cadre ou le médecin sans logique apparente. Cela pointant de fait un circuit peu clair.

Néanmoins l'établissement a, dans son organisation, une ressource cas complexes en la fonction du cadre supérieur de santé socio-éducatif (CSSE) du pôle transversal. Force est de constater, que cela est méconnu ou insuffisant.

Après les entretiens effectués avec les coordonnateurs du DAC 61 ou de la C360 61 est également apparu des délais de réponse allongés et le manque de visibilité sur la structure ou d'accessibilité à l'entièreté de la palette d'offre de soin.

La définition des circuits doit donc être revue, tout comme la réaffirmation de la volonté de l'établissement d'aller-vers, pour rendre ces innovations de prise en soins efficientes et de rester en contact avec les problématiques du terrain.

3.2.2 La référence sanitaire, sociale et médicosociale et les conventionnements comme base d'une meilleure coordination.

La référence des parcours complexes par la CSSE, quand bien même possédant la vision sociale et médico-sociale, tout en étant intéressante n'est pas suffisante.
Au vu de la complexité de cette mission, il convient d'avoir du temps dédié afin de répondre de manière systématisée et d'affirmer ainsi la crédibilité de l'établissement dans ces échanges avec les partenaires.
Au vu du Benchmark, dans beaucoup d'établissements un directeur est également en supervision de ces parcours.
Pour cela un choix a été fait de différencier deux aspects d'intégration de l'établissement sur le territoire avec les partenaires (sur le modèle explicité plus haut de la C360) : un axe décisionnel et un axe opérationnel.

Aussi le CSSE référent s'est vu étayé par un cadre de santé assurant lui-même des missions transversales. Outre l'augmentation du temps dédié aux parcours complexes, le choix de ce cadre s'est fait pour son travail antérieur avec des acteurs variés peu évoqués jusque-là mais nécessaires que sont les élus et la justice. Ce cadre ayant en gestion, entre autres, les services pénitenciers et l'équipe mobile précarité.
Cela dans un but d'avoir en permanence un professionnel disponible en créant une seule porte d'entrée via un mailing spécifique.

Enfin pour répondre à l'impossibilité parfois de trancher des difficultés de prises en charge par cet encadrement supérieur et de proximité du fait de leurs fonctions, l'aspect décisionnel et représentativité sera assuré par le directeur délégué ou la personne qu'il aura désignée.
La connaissance des différents partenaires et leurs champs d'actions semble néanmoins un prérequis auprès des partenaires.
Un DESSMS aurait donc toute légitimité ici compte-tenu de ses divers champs de compétences et de son poids dans les prises de décisions. Encore plus dans une équipe de direction restreinte comme celle-ci (3,4 ETP de directeur).

De la même manière un conventionnement qui existait pour le secteur des personnes âgées était effectif mais non efficient depuis environs 10 ans.

Cette convention répondant pourtant à certaines remarques faites lors des entretiens ou des temps de réunions en ce qui concerne les demandes d'expertises et les évaluations entre autres.
La décision a été prise de relancer la démarche afin de rendre le lien avec les partenaires dynamique et permettant ainsi de fluidifier les rapports et donc les réponses possibles aux besoins des usagers de la santé mentale.

Pour cela une révision de la convention est nécessaire avec le projet d'en proposer une version plutôt généraliste pour la rendre plus agile. Cela tout en reprenant la notion de parcours, les modalités d'accès à l'établissement et en y adjoignant l'organisation de répit et la formation (annexe 4).
Cette fois non plus à destination unique des structures médico-sociales du secteur de la personnes âgée mais à toutes les structures médico-sociales puis sociales dans un troisième temps.

Le retroplanning suivant peut-être défini :

- Dans les 3 mois : structures médico-sociales pour personnes âgées :
    - Lister l'ensemble des structures déjà conventionnées avec appel et envoi de la nouvelle version.
    - Lister les autres structures du secteur des personnes âgées et proposition d'un temps d'échange pour présenter le projet et les envies.
    - Demander un retour des conventions dans les 3 mois et assurer suivis et relances au besoin.
- Dans les 6 mois : structures médico-sociales pour personnes en situation de handicap :
    - Rencontrer les décideurs des organismes gestionnaires dans un premier temps au vu de l'organisation de l'offre du territoire puisque multiple et dispersée. Ainsi proposition d'une réunion en présentiel des huit interlocuteurs fléchés.
    - Proposer la convention et l'expliciter tout en se mettant à leur disposition pour la présenter dans leurs propres CoDir.
    - Transmettre les coordonnées et le nom des personnes dédiées.
    - Mettre en attente des demandes par établissement avec relances des organismes si pas de retour à 6 mois.
- A 1 an :
    - Evaluer l'effectivité des conventions signées.

- Faire un état des lieux des remontées de difficultés dans leurs mises en œuvre pour les ajuster.
- Travailler à une autre convention pour le secteur social ou tout autre acteur demandeur.

Enfin, la présence dans les différents dispositifs de coordination doit être effective que ce soit d'un point de vue opérationnel ou décisionnel.
Néanmoins, il pourrait être intéressant de se servir du PTSM ici dynamique, pour formaliser des rencontres multi-acteurs régulières pourquoi pas en renforçant les groupes de travail au sein de l'établissement et au plus près des publics accueillis.

Cela favorisant l'ajustement des regards entre psychiatrie, santé mentale, trouble du comportement et comportement problème et conduisant de fait à un ajustement de la représentativité d'une norme sociale.

L'intégration et le travail partenarial le plus large possible doit ainsi permettre aux personnes handicapées psychiques de mieux s'intégrer dans la société via notamment la réhabilitation psychosociale. Celle-ci pouvant se faire par de l'éducation thérapeutique (déjà en place) ou par l'intégration au monde du travail (en cours). En effet, concernant les adultes, le travail participe à rendre un parcours de vie « normal » d'un point de vue sociétal.
Il est donc souhaitable de renforcer également ces partenariats, participant de fait à la réhabilitation des personnes.

3.2.3 Un travail à moyen terme nécessitant un suivi régulier et une disponibilité de l'établissement.

Ces actions seront surtout couteuses en temps humain.
Aussi il convient d'évaluer la pertinence d'avoir du temps dédié et organisé dans la gestion des cas complexes.

Le fléchage défini d'un temps de 40% est à évaluer au regard du coût en fonction :

- De la baisse de temps de réunion puisque l'organisation est définie et harmonisée à l'échelle de l'établissement.
- De la baisse des interpellations fonctionnelles au niveau de la direction et donc l'opérationnalité dans la gestion des parcours complexes avant les crises.
- Du nombre de conventions signées et demandées.

- Mais aussi il serait intéressant de suivre via un indicateur, le nombre de sollicitations avec le délai de réponse, l'objectif donné étant de 48h.

Il faudra également quantifier le temps passé et les actions entreprises pour renouveler l'expérience voire l'ajuster ou la modifier.

Quoi qu'il en soit, cela aura un impact certain sur les interruptions de tâche et le délai de réponse.

3.3 Le développement de la formation en tant qu'établissement expert en santé mentale.

3.3.1 La formation, passer d'actions à une marque employeur.

Dans un délai plus long il serait intéressant de réfléchir au renforcement de l'offre de formation proposé par l'établissement du fait de son expertise. Et surtout de la valoriser.

En effet et comme expliqué précédemment, dans le cadre du PTSM, la formation des premiers secours en santé mentale a massivement été déployée. Les acteurs notent leur nécessaire renfort de compétence en ce qui concerne la santé mentale.
Mais les listes d'attentes sont longues, pointant un manque de réactivité face aux besoins.

En parallèle l'établissement assure par des professionnels une formation de « Prise en charge des troubles psychiques et comportementaux de la personne âgée accueillie en institution » à destination des établissements avec lesquels il est conventionné (annexe 5). On observe néanmoins que si son contenu répond aux demandes des professionnels d'établissement d'hébergement de personnes âgées, ces formations sont parfois annulées faute de participants ce qui semble antagoniste.

De plus, lors des échanges dans le cadre des conventionnements et lors des dispositifs de coordinations, les acteurs ont en plus fait part de leurs souhaits d'être formés par le CPO sur les sujets de santé mentale. Il convient donc de réfléchir à la manière de renforcer cette offre et de la rendre efficiente.

Au sein de l'établissement la démarche de formation existe avec même un cadre formé à l'ingénierie de formation.
Cela dans le but de :

- Faire de la formation une « marque employeur » de l'établissement qui est le principal acteur de santé mentale du territoire.
- Renforcer l'offre en externe auprès de nos partenaires mais aussi en interne pour toujours plus parfaire les compétences des professionnels de l'établissement qui pour certains, développent des savoirs particuliers (hypnose, communication alternative, psycho trauma…).

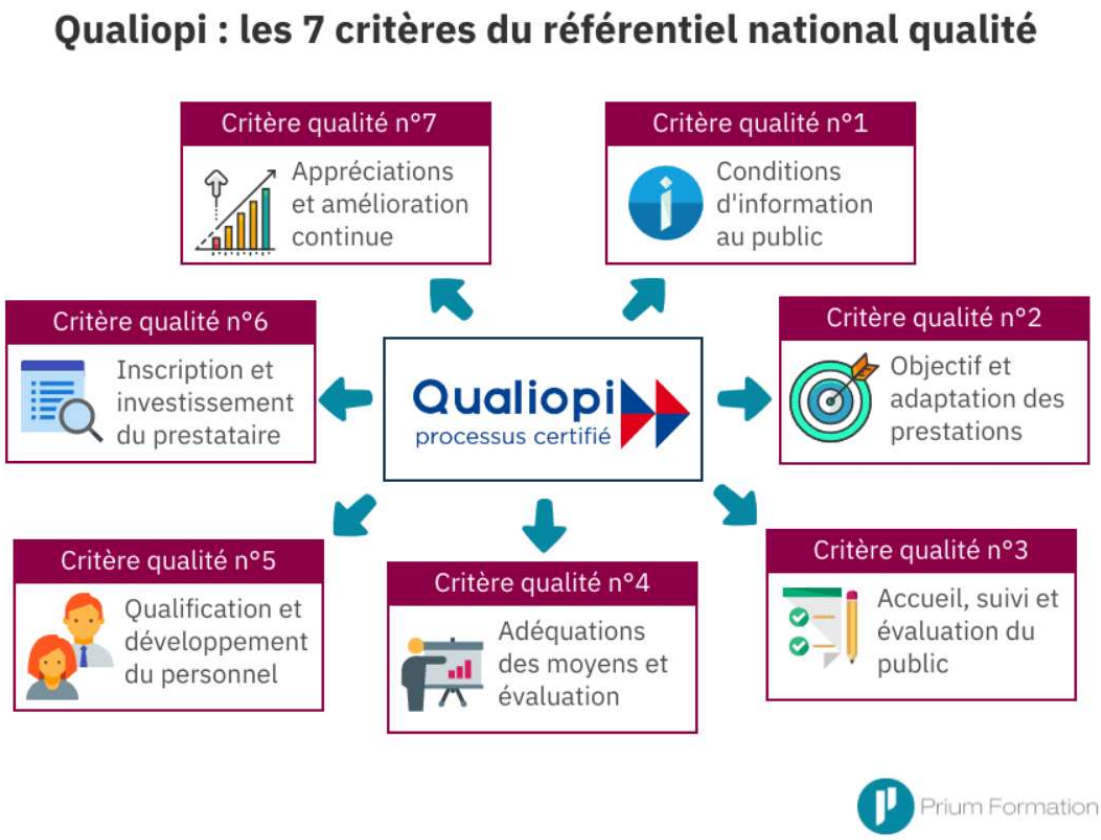
Et donc mettre dans le plan de formation des formations de formateurs, ce qui permettrait de répondre tant à une demande des acteurs du territoire que de développer l'aspect reconnaissance et transmission de connaissance souhaité dans le cadre du développement de la marque employeur de l'établissement (SALVI & VERGE, 2018).

3.3.2 Faire de la formation un levier d'attractivité interne et externe.

Un plan d'action a été défini de manière séquencée :

1- Systématiser l'envoi du catalogue de formation interne de l'établissement aux établissements conventionnés et faire une communication régulière sur les offres existantes.
2- Se rapprocher des structures/services conventionnés afin d'ajuster cette offre aux besoins.
3- Si des formations internes sont déjà existantes, les préparer à la certification « qualiopi » pour adapter l'offre existante.
4- Réajuster les tarifs qui n'ont pas été revus depuis 5ans.

Notre offre de formation formalisée doit néanmoins se professionnaliser, il convient donc au maximum de garder le référentiel de certification « qualiopi » en objectifs à atteindre.



Dans l'année à venir il faudra poursuivre la réflexion sur les lieux de formation.
En effet actuellement celles-ci ont lieu dans l'établissement par facilité organisationnelle mais aussi par souhait de mettre les partenaires au cœur de l'établissement permettant une meilleure appréhension de la psychiatrie.
Mais pour donner suite aux échanges avec les acteurs du conseil départemental et du champ du social, en lien avec nos particularités départementales la question se pose. Notamment lors des échanges en groupes de travail sur le schéma de l'autonomie, où était interrogé la possibilité de se déplacer sur le territoire pour aller à la rencontre des personnes notamment des services à domicile qui peuvent avoir des difficultés de déplacement.

3.3.3 Un travail à long terme au bénéfice des acteurs de la santé mentale mais aussi et surtout des usagers.

Cette action de formation devra se faire sur le long terme et la montée en charge de l'offre tout comme l'évaluation, ne pourra se faire qu'étape par étape.

En interne, après évaluation des fiches d'évènements indésirables et échange avec le préventeur des risques, est mise en avant la nécessité de développer davantage les formations sur la gestion de l'agressivité et de la violence. S'il en existe une à vocation plutôt de gestion, il pourrait être intéressant d'en développer une sur la communication

alternative comme suivi à la MAS. En effet il est à préciser que dans 80% des cas étudié la violence était le fait de patients ou usagers en parcours complexes.

Une analyse des différents plans de formation a été conduite pendant le stage pointant ainsi des axes de travail.
Le travail d'accompagnement managérial à renforcer afin de permettre aux encadrants de proximité de différencier besoins et demandes de formation ; mais aussi de faire monter en compétences les professionnels ayant un projet professionnel en accompagnant la montée en compétence.
En parallèle de quoi il a fallu formaliser le recueil de l'entièreté des formations suivi par les professionnels de l'établissement. En effet pour certains, notamment les psychologues suivant des formations non financées par l'établissement, celles-ci n'apparaissent pas dans le suivi RH des professionnels. A savoir que pour cette campagne 2024, l'établissement a la remontée de 8 professionnels en capacité immédiate de former leurs pairs à la systémie, l'EMDR, ou la communication alternative.

Enfin, au vu de ces adaptations du plan, une enveloppe financière annuelle se dégagera rendant possible et neutre le suivi de formation de formateurs ; nécessaire pour la professionnalisation et l'augmentation de l'offre interne de formation. (Formations qui seront accessibles de manière annuelle sous forme d'appel à candidature et de dossier de projet). Il conviendra donc de suivre les effectifs de formateurs en interne.

En externe il serait intéressant de :

- Suivre le nombre de formations ouvertes à nos partenaires et le nombre de professionnels formés.
- Assurer un suivi de l'efficience financière de cette action. En effet aujourd'hui le tarif n'a pas été revu mais pour l'ajuster il faudra un travail d'évaluation au réel des coûts. Coût engendré par l'aspect temps humains mais aussi par la logistique et la certification des formations.

Enfin l'évaluation générale se fera lorsque les acteurs extérieurs deviendront de plus en plus spécialisés dans la santé mentale et qu'ainsi leurs demandes diminueront, au bénéfice des résidents ou usagers de leurs structures.

Conclusion

La formalisation de ce mémoire m'a permis de me rendre compte des biais de pensée initiaux que je pouvais avoir dans le cadre d'une prise de décision. Cela, de par ma culture et mes représentations, mais aussi, par ma perception territoriale de la prise en charge des usagers de santé mentale.
Il a été impactant pour moi, de me rendre compte des fortes disparités territoriales pour un même sujet posant des problèmes dans la gestion des lits des établissements de santé mentale, et surtout dans la prise en compte des besoins et souhaits de parcours des usagers de l'établissement.

Ainsi il m'a fallu réfléchir à un plan d'action réaliste et donc faire des choix. Néanmoins le déploiement d'une dynamique de travail collective sur cette notion de parcours complexes en psychiatrie de ma place de DESSMS dont le cœur de métier se situe en l'accueil des publics les plus vulnérables a été, je pense, porteur. En effet la légitimité des actions entreprises du fait de la connaissance des établissements des autres champs que sanitaire n'a que peu de fois été questionnée (actions de communication, renfort de la formation et des relations partenariales).
Si ces missions de stages ont permis une mobilisation nouvelle de l'établissement, une évaluation continue des actions sera nécessaire pour poursuivre la démarche autrement que de manière opérationnelle de crise et de réponse à appel à projet.
Dans le cadre de ces missions de stages mais aussi des retours des partenaires, mon point de vue au fur et à mesure des recherches de ce qu'était une « bonne gestion » a évolué pour prendre plus de hauteur.
Ce travail accompagné de l'étayage professionnel de mon maitre de stage m'ont permis de prendre davantage de distance lors de la phase réflexive du traitement d'une problématique ; et de l'importance de questionner la question.
Je pense être sortie de la posture du : « il faudrait faire, quitte à le faire seul » en ce qui concerne un enjeu sociétal important à fort impact organisationnel sur l'établissement ; pour tendre vers un « comment faire ensemble pour que cela perdure dans le temps ».

Enfin si le sujet traité s'est limité aux adultes en situations complexes, sur l'établissement d'autres parcours complexes existent, ceux des adolescents, ceux des plus précaires, ou ceux des personnes accueillies en structure médico-sociale.
Nul doute que comme dans le passé le législateur sera dans une dynamique d'adaptation, la prochaine étape pouvant être la proposition de loi visant à prendre dix grandes mesures pour la santé mentale, n° 1772 , déposé(e) le mardi 17 octobre 2023 et présentée au CPO.

Bibliographie

ARTICLES :

Bellivier, F. (2023, 1 26). *Crise de l'attractivité en psychaitrie : état des lieux et perspectives.* Récupéré sur santémentale.fr: https://www.santementale.fr/2023/01/crise-de-lattractivite-en-psychiatrie-frank-bellivier-dresse-un-etat-des-lieux-et-des-perspectives/

Caria, A., Arfeuillère, S., Loubières, C., & Joseph, C. (2015, 1). Passer de l'asile à la Cité, de l'aliéné au citoyen : un défi collectif: Destigmatisation et environnement politique. *Pratiques en santé mentale*, pp. 22-31.

Cimelière, O. (2016, 7 1). *Communication & Santé mentale : La psychiatrie est-elle condamnée à un traitement médiatique négatif ?* Récupéré sur Le blog du communicant: https://www.leblogducommunicant2-0.com/humeur/communication-sante-mentale-la-psychiatrie-est-elle-condamnee-a-un-traitement-mediatique-negatif/

Coldefy, M. (2016, 2). Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Revue française des affaires sociales*, pp. 21-30.

Delion, P. (2014, 4). La psychothérapie institutionnelle: d'où vient-elle et où va-t-elle? *Empan*, pp. 104-112.

Garnoussi, N. (2017). L'usager actif et capable, figure de la biopolitique de la santé mentale. Dans B. M.-C. Argoud D., *Les nouvelles figures de l'usager, de la domination à l'émancipation?* (pp. 39-51). Rennes: Presses de l'EHESP.

Granger, L. (2023, 5 3). *Qu'est-ce que le management agile ?* Récupéré sur www.manager-go.com: https://www.manager-go.com/management/quest-ce-que-le-management-agile.htm

Ignace, M.-P. (2016, février 16). *Toyota et le lean management.* Récupéré sur www.operaepartners.com: https://blog.operaepartners.fr/2016/02/16/toyota-et-le-lean-management/

Lopez, M. (2007, 10). Moyens de communication, stigmatisation et discrimination en santé mentale: élement pour une stratégie raisonnable. *L'information psychiatrique*, pp. 793-799.

Marmilloud, L. (2019). 2. Être patient, être malade. Dans L. Marmilloud, *Donner vie à la relation de soin: Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité* (pp. 37-80). Toulouse: Eres.

Salvarelli, J. (2013). De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *L'information psychiatrique*, 15-31.

SALVI, N., & VERGE, L. (2018, 1). *" Marque employeur " à l'hôpital : pourquoi et comment faire ?* Récupéré sur Santé RH: https://www.sante-rh.fr/-marque-employeur-a-l-hopital-pourquoi-et-comment-faire_679F55853B78B9.html

OUVRAGES :

Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique.* Lonrai: Editions Gallimard.

Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux.* Paris: Editions de minuit.

RAPPORTS :

Bourdais, J., Giordano, G., Lemasson, V., Quidu, F., & Roussel, P. (2017). *TRAPSY Entre accompagnement médico-social du handicap psychique et soin psychiatrique.* île de France: IRESP.

Berichel, V., Bescond, A., Caucase, M., Chevriot, L., Darin, J.-P., Duhamel, B. :., . . . Mougne-Girard, B. (2006). *Aspect de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes).* Rennes.

REGLEMENTATION :

Parlement. (2024, 7 19). *Loi du 4 mars 2002.* Récupéré sur légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCTA000000889846

Parlement. (2024, 07 16). *LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Récupéré sur Légifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406

prévention, M. d. (2023). *Santé mentale et psychiatrie, synthèse du bilan de la feuille de route.* Paris.

publique, M. d. (1960, mars 15). Circulaire. *Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*.

DIVERS SOURCES WEB

DAC61. (2024, 7 16). *DAC 61*. Récupéré sur dac61.fr: https://www.dac61.fr/

psychiatres, c. d. (2024, 5 4). *Psychiatrie : « Le manque d'attractivité des postes infirmiers en hospitalisation est criant ».* Récupéré sur Lemonde.fr: https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/05/04/psychiatrie-le-manque-d-attractivite-des-postes-infirmiers-en-hospitalisation-est-criant_6231532_3232.html

Liste des annexes

1- Listing des patients en situation complexe au CPO **Erreur ! Signet non défini.**

2- Grille d'entretien des partenaires du PTSM .....**Erreur ! Signet non défini.**

3- Benchmark des établissements avec vocation psychiatrique environnants **Erreur ! Signet non défini.**

4- Convention type.....**Erreur ! Signet non défini.**

5- Explicitation de la formation certifiée pour les structures d'hébergement de personnes âgées .....**Erreur ! Signet non défini.**

1- Listing des patients en situation complexe au CPO

NOM	PRENOM	DDN	SERVICE	1ER DOSSIER	MESURE DE PROTECTION	ORIENTATION	CDAPH	LIEU DE PEC	PRESENCE DE PROCHE	ACTEURS MOBILISES	DISPOSITIF	ATTENTE
		56	A	1982	TUTELLE	EHPAD	O	CPO	N	AS	C360	
		61	A	1998	TUTELLE	MAS	O	CPO	N	AS	C360	
		64	A	1999	TUTELLE	MAS	O	CPO	N	AS	C360	
		58	A	2000	TUTELLE	MAS	O	CPO	O	AS	C360	
		50	A	1970	TUTELLE	EHPAD	O	CPO	N	AS	C360	
		47	MAS	1962	TUTELLE	EHPAD	O	CPO	N	DR	C360	
		58	A	1975	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		90	E	1994	TUTELLE	FAM	O	CPO	O	AS	C360	
		48	A	1975	TUTELLE	EHPAD		CPO	N	AS	C360	
		52	A	1978	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		60	A	1984	TUTELLE	EHPAD		CPO	N	AS	C360	
		99	M	2016	TUTELLE	SERVICE ADAPTE	O	CPO	N	IDEC	C360	
		40	A	1985	TUTELLE			DOM	N	DR	C360	
		81	A	2012	TUTELLE			FOYER	N	DR	C360	
		59	MAS	1994	TUTELLE	SERVICE ADAPTE	O	FAM	N	DR	C360	
		90	A	2019	TUTELLE			CPO	O	AS	C360	
		68	A	1988	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		89	A	2017	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		62	A	1975	TUTELLE	EHPAD	O	CPO	N	AS	C360	
		85	A	2007	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		96	E	2014	TUTELLE			CPO	N	AS	C360	
		75	E	1986	TUTELLE	FAM	O	CPO	N	AS	C360	
		88	E	2002	TUTELLE			DOM	N	AS	C360	
		2000	E	2004	TUTELLE			DOM	N	AS	C360	
		92	E	1998	TUTELLE			DOM	N	AS	C360	
		83	E	1998	TUTELLE			DOM	O	AS	C360	
		83	A	2022	TUTELLE			PARENTS	N	AS	C360	

2- Grille d'entretien des partenaires du PTSM

Dans quel champ travaillez-vous ?
Depuis combien de temps ?
Pour vous que représente la santé mentale ?
Avez-vous bénéficié d'une formation ou information spécifique concernant la santé mentale ? et si oui laquelle ?
Etes-vous régulièrement confronté à des problématiques en lien avec des troubles psychiatriques ?
Si oui à quelle fréquence ?
Quelle définition pourriez-vous faire des situations complexes que vous rencontrez ?
Selon vous cela concerne principalement des problématiques sanitaires, sociales, médico-sociales ou autres ?
Quel(s) acteur(s)/partenaire(s) est (sont) ressources pour vous ?
Quel lien entretenez-vous avec le CPO ?
Quelle personne est votre contact sur le CPO ?
Savez-vous ce qu'est un DESSMS ou D3S ? Et si oui quelle représentation avez-vous de ce métier ?
Souhaitez-vous que nous puissions échanger de cette problématique en direct ? Si oui, merci de me transmettre vos coordonnées.
Quelles dates seraient possibles pour vous ?

3- Benchmark des établissements avec vocation psychiatrique environnants

établissements interrogés	département	parcours complexes	verbatims/ mots clefs	équipe mobile	service dédié
CHU	14	directeur dédié	pas de sujet - présence de coordination majeur- si besoin appel de l'ars - travail avec epsm - recherche	x	n
EPSM	78	médecin, cadre supérieur de santé et csse	internes - innovation - accueil- échanges- disponibilité - vulnérabilité -acceptation- destigmatiser - sortir	x	oui
EPSM	14	directeur dédié au médico social	peu de disponibilité - soutien chu - communicaton- réseau sociaux- mineurs	4	oui
EPSM	28	directeur dédié en charge parcours, usagers et affaires médicales	ambulatoire ++ - w ac l'équipe social - commision et coordination - représentation- réhabilitation par le social - formation -communication partenariale	8	oui
EPSM	72	échange avec le directeur des ressources humaine	frontière etanche sanitaire et MS - unité dédié- innovation - servicce gradué par type de tbles - pluridisciplinarité - centralisation des l'offre - unité de sau psy -	4	oui
EPS	61	chef de pôle	un tout petit secteur - pas de moyen- besoin d'aide- liste d'attente- evaluation en vad	0	n
EPS	53	directeur de pôle	equipe mobile importante++ - lien avec les structures médico-scoiale - travail avec la justice - manque de medecins++ - ump evalue aux urgences - formation - cump	1	n
EPS	53	directeur de pôle	plus simple que autre eps mais gestion des lits regionales "CROP"- pas de reclamation - actions de formations	0	n

4- <u>Convention type</u>

CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'ORNE

CONVENTION DE COOPERATION

Entre le **Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO)** situé 31 Rue Anne Marie Javouhey 61014 ALENCON, représenté par son Directeur, Monsieur Christophe MAZIN ;

Et **l'Etablissement Social et Médico-Social (ESMS) xxxxxxxxxxxxxxxxxx**, situé xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, représentée par son Directeur, xxxxxxxxxxxxxxxxx.

Préambule

Les orientations de la politique de santé mentale font de la prévention et de l'alternative à l'hospitalisation en psychiatrie des priorités et la prévention des hospitalisations est un axe majeur en matière de soins aux résident(e)s des ESMS.

Ce public est sensible, rapidement déstabilisé et rendu vulnérable par tout changement de ses habitudes de vie.

Il est donc nécessaire que les services de psychiatrie mettent à disposition, sur le lieu même de leur résidence, des moyens de prise en charge des résident(e)s des ESMS.

Les deux établissements signataires ont donc décidé de passer convention pour permettre aux résident(e)s de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxx** de bénéficier des soins nécessaires à l'amélioration de leur état de santé mentale.

Article 1 : cadre légal et règlementaire

La présente convention détermine les engagements réciproques du CPO et de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**.

Elle est conclue dans le cadre des textes législatifs et réglementaires suivants :

- *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,*
- *Loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale.*

Elle s'inscrit dans le cadre du Programme Régional de Santé 2023-2028 qui recommande de renforcer « *l'offre psychiatrique notamment par sa gradation (…) avec la nécessité d'une meilleure connaissance des acteurs entre eux et des dispositifs existants* ».

Ou encore d'apporter *« une attention particulière aux personnes vulnérables* » avec par exemple le développement de « *l'offre de psychogériatrie pour mieux prendre en compte les enjeux de santé mentale au quotidien.* »

Dans le cadre du PTSM (Projet Territorial de Santé Mentale) volonté de s'inscrire dans la « *promotion de la santé mentale tout au long de la vie* » notamment par le déploiement de proposition de « *formation* ».

Elle s'inscrit dans la perspective de la politique territoriale de santé et dans les projets d'établissements des signataires.

Article 2 : objet de la convention

La présente convention a pour but de formaliser et développer une coopération entre le CPO et **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** et de définir comment doit s'articuler leur complémentarité. Elle s'inscrit dans le cadre des réseaux de soins dont l'objet est d'intensifier la concertation existante entre les établissements et d'optimiser l'offre de soins de proximité.

Elle est conçue dans un esprit de coopération loyale et de synergie fondée sur le respect des missions et compétences de chacun, ainsi que sur la recherche de solutions efficientes pour les usagers.

Article 3 : description des établissements

L'offre de soins du Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO) :

Le CPO, établissement public de santé spécialisé en psychiatrie, exerce une mission de service public dans le cadre de la prise en charge des pathologies mentales auprès des patients domiciliés ou hébergés sur le territoire géographique de ses secteurs de psychiatrie générale.

L'hospitalisation en psychiatrie reste un accident dans un parcours de soins. La politique générale du CPO vise à en faire une exception, limitée à un moment de la prise en charge et a choisi de renforcer son offre ambulatoire pour la prévenir dans la mesure du possible.

Les modes de prise en charge des patients se répartissent entre une activité ambulatoire : Centres Médico-Psychologiques (CMP) et Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), répartis sur le territoire et une activité d'hospitalisation.

Cf. Annexe 1 : carte de localisation des équipements du territoire.

L'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx :

Cf. Annexe 2 : descriptif établi par l'Etablissement.

Article 4 : nature du partenariat

Engagements du CPO :

Le CPO propose différents modes de prise en charge dans le cadre exclusif des soins en santé mentale.

Tous les résidents de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** peuvent avoir accès aux soins proposés ; le CPO s'engage à mettre ses équipes à disposition dans les limites suivantes :

4.1. En ambulatoire :

Assurer des passages d'infirmiers référents, à périodicité définie conjointement entre les deux équipes.
Réaliser une évaluation clinique.
Assurer, si nécessaire et sur prescription du psychiatre, un suivi infirmier individuel des résidents qui présentent des troubles psychiatriques. Ce suivi se fait en lien avec l'équipe de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**.
Proposer des consultations de psychiatre et/ou de psychologue sur rendez-vous au CMP le plus proche ou toute autre action de soins ambulatoires jugée nécessaire.
En cas de problème aigu rencontré par un résident, assurer un contact téléphonique voir une consultation télémédecine par l'IDE Coordonnateur afin de prévenir une hospitalisation.
Réunir les professionnels soignants des deux structures sur des situations problématiques dans le but de faire une évaluation commune, de proposer une orientation et des actions d'amélioration.

4.2. En hospitalisation :

Hospitalisation à temps partiel ou complet sur indication du médecin psychiatre du secteur sur demande du médecin traitant ou du médecin référent de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxx** :

- → Si les mesures préventives élaborées avec **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxx** ne suffisent pas à maintenir le résident dans son lieu de vie.
- → Sur proposition et après évaluation par l'équipe de psychiatrie du CPO.
- → Le retour dans la structure d'origine des usagers ayant bénéficié d'un séjour de répit se fera par un soignant de l'unité d'hospitalisation si possible afin de faire du lien avec l'équipe de **l'ESMS *xxxxxxxxxx***. La fiche de liaison (avec la prescription médicamenteuse) sera envoyée au moins 24h avant le retour du résident avec un contact téléphonique soit par l'IDE Coordonnateur ou le Cadre de Santé du Service Hospitalisation soit par l'IDE ou le Cadre de Santé de **l'ESMS *xxxxxxxxxx***.
- → Un professionnel de **l'ESMS *xxxxxxxxxx*** accompagnera aussi le résident si possible lors d'une admission en séjour de rupture et d'une fiche de liaison sur les habitudes de vie.
- → Sauf urgence, les hospitalisations doivent être programmées.

L'hospitalisation a pour objectif de stabiliser le patient par réajustement de son traitement et/ou de sa prise en charge dans le but recherché de ne pas rompre le lien avec le lieu de vie du résident qui a naturellement vocation à le ré accueillir.

4.3 Pour le personnel soignant et éducatif de l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxx :

- → Possibilité d'accueillir le personnel de **l'ESMS *xxxxxxxxxx*** sur des périodes de « stages » de 5 jours et selon une convention établie

avec les deux Etablissements. Immersion dans les structures de soins pour un partage de connaissances et une sensibilisation aux prises en charge des troubles du comportement et de la clinique psychiatrique.

Engagements de l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx :

L'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx étudie les demandes d'admission émanant du CPO qui respecteront les modalités et les procédures habituelles prévues dans le livret d'accueil de l'ESMS.

Cf. Annexe 3 : protocole descriptif des modes d'admission.

Après une période d'essai définie par **l'ESMS *xxxxxxxxxx*** (maximum 3 mois), un bilan sera alors réalisé avec l'équipe de psychiatrie concernée afin de prononcer ou non l'admission définitive.

En cas d'incompatibilité entre le patient et **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxx**, le CPO s'engage à réintégrer le patient dans ses services.

Il est bien entendu que cette disposition n'est valable qu'avant que soit prononcée l'admission définitive.

Article 5 : transmissions des informations de prise en charge

Les modalités de transmission des informations personnalisées entre les équipes sont adaptées aux outils utilisés par **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**.

La transmission écrite des observations des personnels du CPO sur le logiciel informatique de gestion du dossier du résident est réalisée à l'issue de la visite.

Il est possible d'organiser des temps de synthèse rassemblant des professionnels de chaque équipe à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires.

Article 6 : proposition d'informations/formations

Les professionnels du CPO apportent des informations techniques sur :

- le fonctionnement du CPO et ses professionnels,
- la prise en charge des troubles psychiatriques.

Le CPO propose aux ESMS implantés sur le territoire des secteurs adultes un programme de formation afin de consolider le rôle partenarial.
Les deux structures peuvent organiser des stages de découverte pour les différents professionnels par échange.

Le CPO ouvrira à **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxx** l'accès à son catalogue de formation, avec des offres régulièrement mises à jour.

Le CPO bénéficie d'un agrément d'organisme de formation professionnelle.
Les offres de formation proposées feront l'objet d'une tarification conforme à celle du catalogue de formation.

Article 7 : responsabilité

Les professionnels du CPO intervenants dans les locaux de **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx** restent sous la responsabilité de leur établissement d'origine et sont couverts par la responsabilité civile du CPO.

Article 8 : coût

Les propositions de soins pour les résidents décrites dans ce document ne font pas l'objet de facturation, les activités ambulatoires de santé mentale étant gratuites.

Article 9 : bilan, évaluation

Afin de faire le bilan de la mise en œuvre de cette convention, de l'ajuster si nécessaire et de la reconduire, une réunion aura lieu à la demande de l'une ou l'autre des parties.

Elle se tiendra alternativement au CPO et à **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**.

Dans l'idéal seront présents :

Pour le CPO : Le directeur ou son représentant,
Le médecin psychiatre responsable de pôle ou son représentant,
Le cadre supérieur de santé du pôle,
Le cadre supérieur du pôle transversal en charge du suivi des conventions.

Pour **l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxxxx** :
Le directeur ou son représentant,
Le médecin coordonnateur ou son représentant,
Le cadre responsable,
Le psychologue, le cas échéant.

Article 10 : date d'effet et durée

La présente convention prend effet à la date de sa signature. Elle est conclue pour une durée de cinq ans et sera renouvelée par tacite reconduction pour une même période sauf dénonciation express de l'une des parties dans un délai de 3 mois avant échéance.

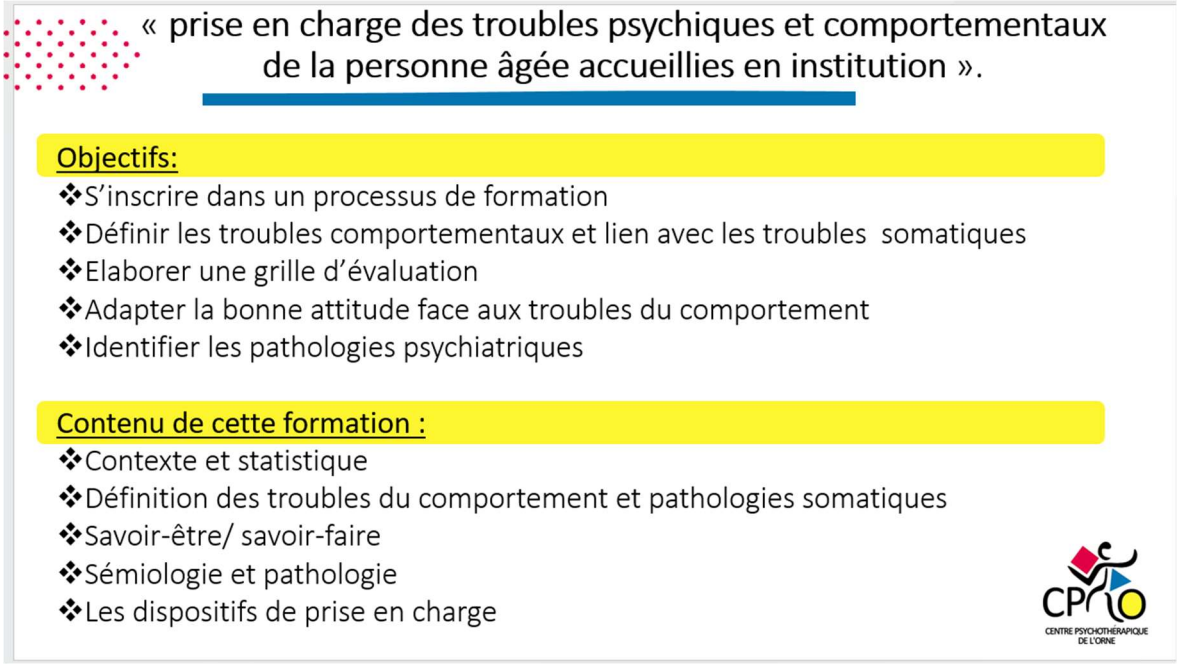
Elle peut être dénoncée par chaque partie à tout moment avec un préavis de trois mois.

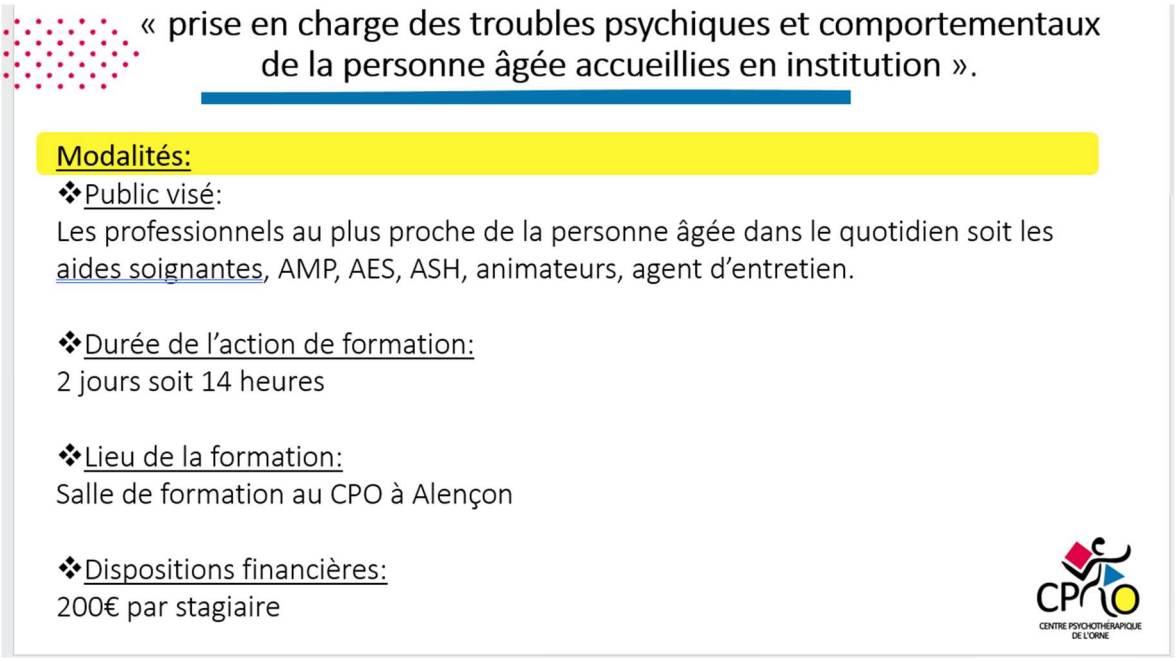
Fait à Alençon, le xxxxxxxxxx,

Pour l'ESMS xxxxxxxxxxxxxxxx,
Le Directeur,

Pour le CPO,
Le Directeur Général,

5- ***Explicitation de la formation certifiée pour les structures d'hébergement de personnes âgées***





FERRÉ	Marine	2024

DESSMS

Promotion 2023-2024

Fluidifier les parcours complexes des adultes souffrant de troubles psychiatriques, quel rôle pour le DESSMS ?

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé **:**

Le mémoire porte sur la manière dont un DESSMS en EPSM peut participer à fluidifier les parcours complexes des adultes hospitalisés.
Cela par sa connaissance des multi-vulnérabilités, mais aussi des différentes structures et services existant dans les champs sanitaires, sociaux et médico sociaux.

Si dans un premier temps il convenait d'analyser les représentations de la santé mentale, son évolution dans les pratiques accompagnées par des politiques publiques volontaristes, des situations complexes perdurent.
Aussi après leurs définitions, utilisation a été faite du lieu de stage pour dresser un état des lieux. Celui-ci, élargi aux dispositifs existants sur le territoire, mais aussi aux établissements limitrophes.
In fine les missions de stages ont permis de développer trois leviers d'actions pour fluidifier ces parcours complexes :

- Participer à l'acculturation sur la santé mentale par des actions de communication et le déploiement d'outils sur le territoire d'influence de l'établissement.
- Se servir de la formation en interne comme à visée externe, pour améliorer les prises en charges et tendre à la compréhension des comportements problèmes.
- Être un lien entre les différentes structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour faciliter les passerelles dans les parcours notamment par l'interconnaissance.

Cela au profit des usagers de la santé mentale, connus de l'établissements mais aussi au-delà.

Mots clés **:**
Psychiatrie – Santé mentale – Usagers – Stigmatisation – Acculturation – Formation – Coordination – Partenariat – Territoire

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.