



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Elève Directeur d'Hôpital

Promotion 2006

**Amélioration de la prise en charge
somatique des patients hospitalisés au
CHS de la Savoie**

Jean-Noël GRAS

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement M. Jean-Maurice LASSERRE, directeur du CHS de la Savoie, pour l'accueil qu'il m'a réservé pendant le déroulement de mon stage ainsi que M. Noël VANDERSTOCK, directeur des ressources humaines et M. Marc VALLEZ, directeur des finances et de l'informatique pour l'aide qu'ils m'ont apporté en tant que maîtres de stage. Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction : Mme Céline DESSEIGNE, directrice des affaires médicales et générales puis directrice des ressources humaines et des affaires médicales, M. Georges DUBOIS, directeur des services économiques et M. Patrick DESOMBRE, directeur des soins.

Mes remerciements se portent enfin vers tous ceux qui ont accepté de se rendre disponible dans le cadre des entretiens ou de la recherche des informations nécessaires. Je pense en particulier au Dr SARAVANE à l'EPSM de Ville Evrard et au Dr GUILLARD à l'EPS de Maison Blanche qui ont su me faire partager leur passion pour l'amélioration de la santé physique des patients psychiatriques.

Mes remerciements s'adressent enfin à l'ensemble des professionnels que j'ai pu côtoyer de façon plus informelle dans les différents services visités et qui m'ont permis de me faire une idée plus précise de la réalité concrète du terrain.

Sommaire

| | |
|---|----|
| PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX EVALUATION | 4 |
| 1. Caractéristiques somatiques des patients psychiatriques..... | 5 |
| 1.1. Une population fragilisée | 5 |
| 1.1.1. Surmortalité des patients psychiatriques | 5 |
| 1.1.2. Sur-morbidité des patients psychiatriques et facteurs de risque..... | 7 |
| 1.2. Les caractéristiques somatiques des patients psychiatriques hospitalisés au CHS de Bassens | 9 |
| 1.2.1. Les données tirées des entretiens avec les professionnels | 10 |
| 1.2.2. Les données tirées de la thèse de médecine de 1997 sur la prévalence du VIH au CHS de la Savoie | 11 |
| 1.2.3. Les données tirées de l'enquête menée dans le unités d'hospitalisation complète | 11 |
| 1.2.4. L'analyse des résultats des évaluations de pratiques professionnelles..... | 19 |
| 1.2.5. L'analyse des demandes de consultations aux spécialités médicales | 21 |
| 1.2.6. L'analyse des décès par services | 25 |
| 1.2.7. Analyse de la consommation de produits pharmaceutiques | 27 |
| 1.2.8. Analyse des diagnostics des patients du CHS hospitalisés au CH de Chambéry en 2005 | 30 |
| 2. Les obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques | 33 |
| 2.1. La séparation entre le somatique et le psychiatrique..... | 34 |
| 2.1.1. Une séparation inscrite dans l'histoire | 34 |
| 2.1.2. Des pratiques divergentes..... | 34 |
| 2.2. Des préjugés bien établis vis à vis de la maladie mentale | 35 |
| 2.3. Un environnement psychiatrique difficile | 36 |
| 3. Evaluation des dispositifs actuels de prise en charge somatique des patients hospitalisés au CHS de la Savoie | 36 |
| 3.1. Description du dispositif en place à l'intérieur du CHS | 36 |
| 3.1.1. La prise en charge globale du patient par le psychiatre et le médecin de garde | 37 |
| 3.1.2. Les vacations de généralistes dans les unités de soins..... | 37 |
| 3.1.3. Le Groupement de Consultation des Spécialités Médicales (GCSM) | 39 |
| 3.2. Les liens avec les partenaires extérieurs | 44 |
| 3.2.1. Les liens avec le CH de Chambéry..... | 44 |
| 3.2.2. Les liens avec les médecins généralistes et les structures sociales et médico-sociales :..... | 48 |
| 3.3. Les limites du dispositif actuel | 48 |
| DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS D'AMELIORATION | 50 |
| 4. Axes d'amélioration concernant la prise en charge somatique des patients psychiatriques : objectifs institutionnels et exemples extérieurs | 51 |
| 4.1. Les objectifs et les projets contenus dans le projet d'établissement et dans le SROS51 | 51 |
| 4.2. Les exemples extérieurs..... | 52 |
| 4.2.1. Une unité de médecine somatique à l'intérieur d'un établissement psychiatrique : le CH du Vinatier à Lyon..... | 53 |
| 4.2.2. Un service somatique qui coordonne l'ensemble de la prise en charge..... | 54 |
| 4.2.3. Un service somatique installé à l'hôpital général : le CH de Vienne (Isère) .. | 58 |
| 5. Propositions d'amélioration et de réorganisation de la prise en charge somatique des patients du CHS de la Savoie | 59 |
| 5.1. La reconnaissance d'une politique somatique à l'échelle de l'établissement | 59 |
| 5.2. La création d'un service de médecine somatique pleinement responsable des différents aspects de la médecine somatique | 61 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.1. La création d'un poste de chef de service de médecine somatique : PH somaticien plein temps..... | 61 |
| 5.2.2. Une réorganisation des temps médicaux pour la médecine générale et les spécialités | 61 |
| 5.3. Une coopération plus étroite avec le CH de Chambéry..... | 65 |
| 5.3.1. Favoriser l'utilisation d'un personnel commun pour les spécialités et le demi- poste de médecine générale | 66 |
| 5.3.2. Elaborer une convention de prise en charge coordonnée des patients du CH et du CHS | 66 |
| 5.3.3. L'élaboration de réseau de correspondants extérieurs | 68 |
| 5.4. Les autres solutions possibles : la médecine de liaison coordonnée par le CH et le transfert de lits au CH | 68 |
| 5.4.1. Un système de médecine de liaison coordonné par le CH | 69 |
| 5.4.2. Le transfert de lits du CHS vers le CH..... | 70 |
| Conclusion | 73 |
| Bibliographie | 75 |
| Liste des annexes | I |
| Personnes rencontrées en entretien | II |
| Contenu de l'enquête somatique dans les unités de soins | V |
| Proposition de convention entre le CHS de la Savoie et le CH de Chambéry..... | XIV |

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CLCT : Centre de Lutte Contre la Tuberculose
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico Psychologique
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques en
matière de Santé et de solidarité
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPS : Etablissement Public de Santé
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ETP : Equivalent Temps Plein
GCSM : Groupe de Consultations des Spécialités Médicales (CHS de la Savoie)
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation Complète
HCL : Hospices Civils de Lyon
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HJ : Hôpital de jour
HL : Hospitalisation Libre
HO : Hospitalisation sous Contrainte
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PH : Praticien Hospitalier
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification A l'Activité
UF : Unité Fonctionnelle
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

La problématique de la prise en charge somatique des patients psychiatriques constitue aujourd'hui un enjeu important dans l'amélioration de la prise en charge globale des patients psychiatriques.

Une véritable prise de conscience des difficultés particulières rencontrées dans ce domaine émane à la fois des résultats d'enquêtes menées par différents organismes (INSERM, INSEE, DREES) mais aussi par les professionnels et les représentants des usagers. Des recommandations particulières à ce sujet voient le jour dans les SROS 3^e génération mais aussi dans les projets médicaux de plusieurs établissements psychiatriques.

Le CHS de la Savoie n'est pas à l'écart de la réflexion concernant cette question. En effet, l'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques a été reconnue par la CME comme un des 10 axes prioritaires du projet d'établissement pour la période 2006-2010.

La mise en œuvre de cet axe du projet d'établissement nécessite tout d'abord un état des lieux et une évaluation de la situation locale au regard des données nationales et internationales existant sur cette question. Au regard des résultats obtenus, il convient de proposer des axes d'amélioration .

PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX EVALUATION

1. Caractéristiques somatiques des patients psychiatriques

Malgré une vision contraire, longtemps véhiculée dans l'opinion publique, les patients psychiatriques sont particulièrement fragilisés au regard de l'ensemble des pathologies somatiques. Toutes les études récentes vont dans le même sens et prônent un renforcement spécifique dans la prise en charge somatique de ces patients.

Après une présentation des données récentes existant dans ce domaine, il conviendra de se pencher sur la situation spécifique des patients du CHS de la Savoie.

1.1. Une population fragilisée

1.1.1. Surmortalité des patients psychiatriques

- Evolution du nombre et du taux de mortalité des patients psychiatriques hospitalisés depuis le début du siècle

La surmortalité des malades mentaux était déjà repérée par les aliénistes dès le 19^e siècle. Des recueils de mortalité des patients psychiatriques hospitalisés existent de longue date. Leur suivi de 1900 à 1967 donne les résultats suivants.

De 1900 à 1939, le taux de mortalité passe de 123 à 86 pour 1000. De 1940 à 1944, il connaît une augmentation massive enregistrant le drame de la sous alimentation généralisée dans les hôpitaux psychiatriques pendant la seconde guerre mondiale. En 1945, il se stabilise à 98 pour 1000 avant de connaître une forte décroissance liée à l'introduction des antibiotiques, des neuroleptiques mais aussi à l'amélioration des moyens et des lieux de prise en charge des patients psychiatriques. En 1967, il se stabilise autour de 62 pour 1000.

- Etude de cohorte des patients schizophrènes de secteur de psychiatrie générale 1993-99

Au delà du nombre et du taux de décès des patients psychiatriques hospitalisés, il convient de comparer cette population spécifique au regard de la population générale. A cet effet, une étude de cohorte a été menée par l'INSERM de 1993 à 2001 par

F. Casadebaig et A. Philippe pour évaluer le taux de mortalité des patients schizophrènes des secteurs de psychiatrie générale et les causes de décès.¹

Le niveau global de mortalité est de 3,7 fois supérieur à celui de la population générale dont 3,5 pour les hommes et 4,4 pour les femmes. Parallèlement, 71 % des patients décédés sont des hommes. On constate donc une surmortalité masculine.

Au delà de l'importance de la mortalité non naturelle (1 décès sur 3 est un suicide), la mortalité naturelle est également importante. Elle est 2,6 fois plus élevée qu'en population générale avec 2,4 pour les hommes et 3,7 pour les femmes. Dans cette dernière catégorie, les décès de cause indéterminée sont 5 fois plus élevés qu'en population générale. Ce dernier élément pose le problème du manque d'intérêt concernant les causes somatiques de décès des patients schizophrènes et le nombre important de morts subites.

Concernant les causes spécifiques de décès naturels, on constate une surmortalité par rapport à la population générale pour toutes les pathologies observées. Les maladies infectieuses et le sida sont 5 fois plus élevés que dans la population générale, les maladies respiratoires 7 , les maladies circulatoires 3, les cancers 1.5, les fausses routes 9.

La vulnérabilité des patients psychiatriques est donc soulignée dans cette étude.

➤ Les apports des autres études menées dans ce domaine

Les différentes études menées dans ce domaine vont dans le même sens. Le risque de décès est de 3 à 5 fois supérieur à celui de la population générale²

Parallèlement, les autres études montrent que la mortalité s'accroît avec la durée d'hospitalisation en psychiatrie. Elle est maximale, multipliée par 10, lorsque le patient hospitalisé est issu d'une structure médico-sociale avec hébergement.²

Parallèlement, un patient schizophrène a une espérance de vie écourtée de 9 à 12 ans par rapport à la population générale.¹

¹ « Soins somatiques en santé mentale » Editions d'Oberstier – 2003

² Enquête « Handicap, Incapacité, Dépendance » 1998-2001 INSEE

Les mêmes causes de décès sont repérées par les différents auteurs. Au-delà des morts non naturelles (suicides, accidents, morts violentes) qui sont très élevées dans la population psychiatrique et touchent particulièrement les hommes de moins de 35 ans, les morts naturelles sont plus fréquentes que dans la population générale.

Parmi les causes fréquentes de décès, on retrouve une sur-représentation des maladies respiratoires, infectieuses, cardio-vasculaires mais aussi des cancers, notamment du poumon et du larynx. On constate également une plus grande fréquence des morts subites. Elles pourraient être favorisées par certains psychotropes ou certaines interactions médicamenteuses. Les fausses routes sont également une cause non négligeable de décès.

1.1.2. Sur-morbidité des patients psychiatriques et facteurs de risque

Toutes les pathologies somatiques connaissent une nette sur-représentation dans cette population. En effet, 30 à 60 % des patients hospitalisés en psychiatrie présenteraient une pathologie organique associée mais pas toujours dépistée.

Méconnue 1 fois sur 2, la pathologie organique influe sur l'évolution de la pathologie psychiatrique dans 50 à 70 % des cas et constitue un facteur causal dans près de 20 %.¹

➤ Les facteurs de risque

Les patients psychiatriques présentent des facteurs de risque les exposant davantage aux affections somatiques graves.

Ils présentent tout d'abord une perception différente de leur corps. Ils ne perçoivent pas toujours leurs besoins physiologiques ou même les signes d'une éventuelle maladie qui commence à s'installer. De plus, les neuroleptiques réduisent la sensibilité à la douleur. Parallèlement les troubles fréquents du raisonnement, de la communication et du langage ne permettent pas toujours au patient de s'exprimer avec clarté ou de coopérer de façon suffisante à l'établissement du diagnostic. Il est parfois difficile de faire la part des choses entre une surestimation pathologique des symptômes somatiques et le déni total de ces derniers. Tout cela explique largement la difficulté pour établir un diagnostic : les médecins somaticiens passent à côté d'un problème somatique 1 fois sur 3 et les psychiatres 1 fois sur 2.

¹ R Février, S Bryssine, D Valon « Comorbidités psychiatriques en psychiatrie » Santé mentale 90 – septembre 2004

Les effets secondaires de la prise prolongée des neuroleptiques sont également un important facteur de risque. En effet, ils entraînent directement des effets indésirables à l'origine directe ou indirecte de nombreuses pathologies somatiques. On peut citer :

- la surcharge pondérale et l'obésité : les patients schizophrènes présentent un risque d'obésité multiplié par 3 par rapport à la population générale. Diverses causes interviennent ici : action directe de certains neuroleptiques mais aussi troubles du comportement alimentaire et difficultés pour instaurer des mesures préventives.
- La sécheresse buccale (polydipsie) et les problèmes dermatologiques
- La constipation chronique avec un risque accru d'occlusion intestinale

La tabagisme est également une réelle difficulté pour les patients psychiatriques. Plus de la moitié des patients schizophrènes ont une très forte consommation de tabac. Ici encore, les mesures de prévention et d'éducation à la santé s'avèrent très difficiles à mettre en œuvre.

Signalons enfin les comportements sexuels à risque (partenaires multiples et manque de protection) et la plus grande fréquence des prises de drogues qui entraînent un plus grand risque de diffusion du sida et des maladies sexuellement transmissibles

➤ Les principales pathologies rencontrées

- Les maladies cardio-vasculaires : infarctus, angine de poitrine : elles sont sur représentées et favorisées par des facteurs de risques vasculaires plus fréquents (tabagisme, surcharge pondérale, diabète, syndrome métabolique) et probablement par des effets directs de la pathologie mentale sur le système cardio-vasculaire.
- Les cancers : les données sont ici plus contradictoires mais les études les plus récentes portant sur un grand nombre de patients schizophrènes retrouvent une sur représentation des cancers, notamment pulmonaires et pharyngés¹. De plus, ces patients ont des chances de survie diminuées de 50 % en cas de cancer, par rapport à la population générale
- Les troubles endocriniens et métaboliques : dans la schizophrénie le risque de survenue d'un diabète de type 2 est multiplié par 2 par rapport à la population générale. On parle de « syndrome métabolique » pour décrire un ensemble de perturbations caractéristiques des patients psychiatriques traités sous neuroleptiques et associant hypertension artérielle, obésité, intolérance au glucose ou diabète de

type 2.

- Les pathologies infectieuses : le sida est également sur représenté. Sa prévalence varie entre 4 et 23 % selon les auteurs et les groupes étudiés. Cela s'explique par l'existence de comportements sexuels à risque et l'usage de drogues. Les difficultés pour mettre en place des mesures préventives rendent la situation plus difficile.

1.2. Les caractéristiques somatiques des patients psychiatriques hospitalisés au CHS de Bassens

Le CHS de la Savoie est le seul établissement psychiatrique du département. Il est constitué par 6 secteurs de psychiatrie adulte, 3 intersecteurs de pédopsychiatrie, 1 intersecteur adolescent et deux unités intersectorielles pour patients chroniques au long cours. Il comprend 12 unités d'hospitalisation complète totalisant 281 lits. Elle peuvent être classées en 4 catégories selon la répartition suivante :

| | Agglomération Chambéry Aix les bains | Nb lits | Vallées de Tarentaise Maurienne | Nb lits |
|---|---|-------------------------------------|---|-------------------------------------|
| Unités d'entrée | U2 : Chambéry sud U4 : Chambéry nord Bachelard : Aix les bains | 28 28 25 | U3 : Basse Tarentaise Daquin : Haute Tarentaise U1 : Maurienne | 23 27 29 |
| Unités chroniques | Belledonne : Chambéry nord Pinel : Aix les bains Duclos : Chambéry sud | 25 24 26 | | |
| Unités intersectorielles de patients au long cours | Charcot | | | 21 |
| | De Boigne | | | 19 |
| Unité intersectorielle adolescents | Adolescents | | | 6 |

Le site du CHS est complété par une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) qui regroupe des patients polyhandicapés atteints de psychoses infantiles ou entraînant des déficiences caractérisées par une perte d'autonomie irréversible.

Le CHS ne dispose pas à ce jour de données suivies permettant une vision globale de l'état somatique des patients. En effet, il n'existe pas de synthèse des données somatiques contenues dans le dossier du patient, ni de saisie des actes somatiques au titre de l'activité, ni de suivi du nombre de décès.

Cela indique d'ores et déjà le manque de visibilité de la médecine somatique dans l'établissement.

Tous les éléments accessibles ont cependant été exploités afin de parvenir à regrouper des informations sur l'état somatique des patients du CHS

- Des entretiens avec les professionnels
- Une enquête menée auprès des cadres de santé dans 9 unités d'hospitalisation complète
- L'analyse des résultats des récentes évaluations des pratiques professionnelles menées dans le cadre de l'accréditation V2 : enquête de prévalence de la douleur, pertinence des examens somatiques d'entrée, utilisation des laxatifs
- L'analyse des demandes de consultations aux spécialités médicales
- L'analyse des décès
- L'analyse de la consommation de produits pharmaceutiques
- L'analyse des causes d'hospitalisation à l'hôpital général

1.2.1. Les données tirées des entretiens avec les professionnels

Selon, les professionnels rencontrés, les problèmes somatiques les plus courants rencontrés au CHS sont la constipation, la déshydratation et les démangeaisons. Ces manifestations sont la conséquence directe de l'administration des neuroleptiques.

Concernant les pathologies proprement dites, les cas les plus fréquents concernent :

- L'obésité et le diabète ainsi que l'hyperthermie directement liés aux effets secondaires des traitements psychiatriques
- Les problèmes cardiaques (aggravés par un manque de prévention)
- L'alcoolisme et les toxicomanies
- Les poly pathologies liées à la précarité et au vieillissement

Les nombre de cas de VIH sont peu nombreux. Il existe quelques cas de cancers nécessitant un traitement lourd. Des prise en charge en soins palliatifs sont parfois organisées en lien avec le CH. Le refus de soins du patient y fait parfois obstacle (cas d'un patient atteint d'un cancer depuis 3 ans et refusant tout traitement dans ce domaine).

1.2.2. Les données tirées de la thèse de médecine de 1997 sur la prévalence du VIH au CHS de la Savoie

Cette thèse, qui date déjà de quelques années, a été élaborée à partir d'un questionnaire réalisé auprès des personnels médicaux, soignants et administratifs (294 réponses).

Selon cette enquête, la prévalence du VIH paraissait faible au CHS de la Savoie. En effet, seules 38 % des personnes interrogées déclaraient avoir été en contact avec un patient atteint du sida au cours des 3 années précédentes.

Les facteurs de risque propres aux patients psychiatriques hospitalisés étaient par ailleurs signalés. Il s'agit tout d'abord de la plus grande fréquence des toxicomanies associées aux psychoses mais aussi aux pratiques sexuelles à risque (partenaires multiples, absence ou mauvaise utilisation de préservatifs, pratiques homosexuelles). Ces comportements étaient aggravés par l'environnement particulier de l'hospitalisation psychiatrique : rupture sociale, univers clos, défenses psychiques amoindries, déresponsabilisation.

Le dépistage n'était pas systématique. En effet, 60,5 % du personnel avait eu connaissance d'un dépistage VIH de patients contre 36,4 % dans le cas inverse. Les circonstances dans lesquelles, il avait été déclenché étaient principalement à la demande du patient, suite à un accident d'exposition au sang ou à la demande du personnel soignant.

Peu de difficultés étaient signalées en matière de prise en charge des patients séropositifs. Malgré une certaine appréhension (craintes vis à vis des effractions veineuses, du contact avec des prélèvements ou de l'agitation des patients) la grande majorité des personnels n'éprouvait pas de difficultés dans le contact avec ces patients.

En matière de prévention, les questions de transmission du VIH par voie sexuelle ou par usage de drogues intraveineuses avaient été abordées avec les patients par 58 % du personnel ayant participé à l'enquête.

1.2.3. Les données tirées de l'enquête menée dans le unités d'hospitalisation complète

Il n'a pas été matériellement possible d'organiser une enquête épidémiologique systématique au cours de la période de stage. Afin de pallier cette difficulté, une enquête

plus légère a été menée dans les unités de soins afin de tenter de mesurer le nombre et le contenu des différentes formes de prise en charge somatique.

Dans ce but, 7 grilles d'enquêtes ont été élaborées (voir annexes). Il s'agit des :

- Patients vus par le médecin généraliste ou l'interne pour des problèmes somatiques
- Patients ayant consulté aux spécialités médicales
- Patients ayant consulté un spécialiste au CH ou à l'extérieur
- Patients transférés en urgence au CH
- Patients hospitalisés au CH
- Patients faisant l'objet d'une pathologie somatique simple, nécessitant un traitement ponctuel
- Patients faisant l'objet d'une pathologie somatique grave ou chronique, nécessitant un traitement lourd

Ces grilles ont été distribuées et complétées par les équipes soignantes et les internes de garde des 12 unités d'hospitalisation complète au cours de la semaine du 11 au 15 septembre 2006.

Les principaux résultats et enseignement sont les suivants :

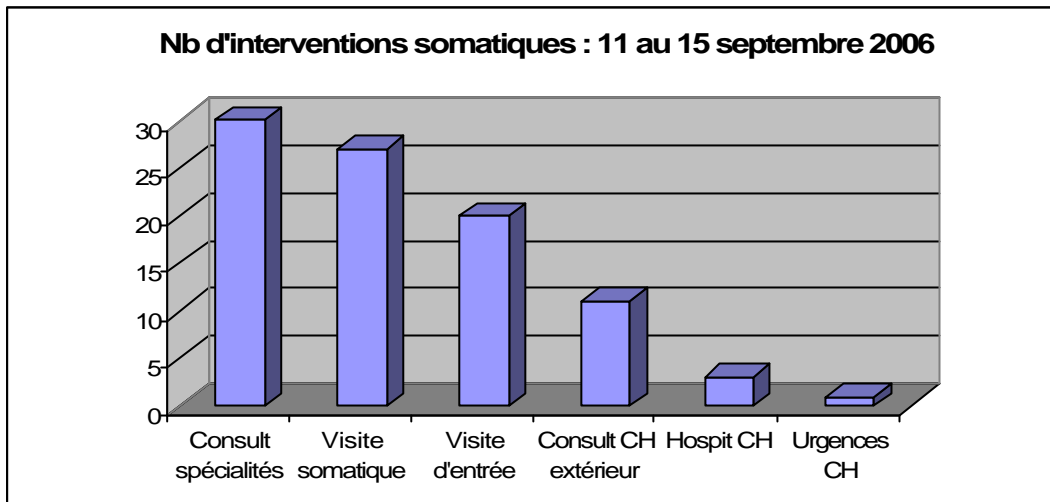
- Les différents types de prises en charge somatique en volume :

Les différents types de prise en charge (visites, consultations, hospitalisations et transferts au CH) représentent les valeurs suivantes :

92 interventions somatiques ont été recensées pendant la semaine. Leur répartition est la suivante :

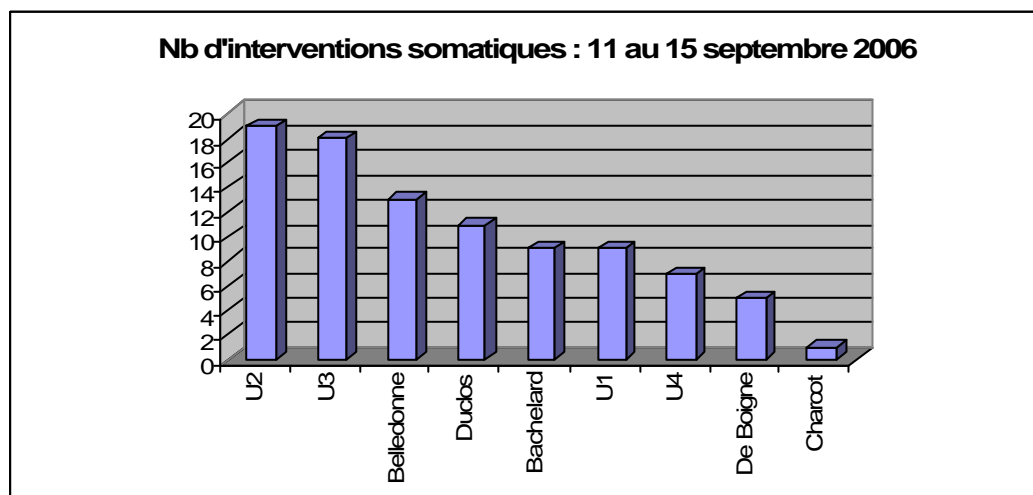
**NB INTERVENTIONS SOMATIQUES :
11 AU 15 SEPTEMBRE 2006**

| Unité | Consult spécialités | Visite somatique | Visite d'entrée | Consult CH | Hospit CH | Urgences CH | Total |
|--------------|---------------------|------------------|-----------------|------------|-----------|-------------|-----------|
| U2 | 9 | 7 | 2 | 1 | | | 19 |
| U3 | 5 | 8 | 4 | 1 | | | 18 |
| Belledonne | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 |
| Duclos | 4 | 3 | 4 | | | | 11 |
| Bachelard | 3 | | 1 | 4 | 1 | | 9 |
| U1 | 2 | 1 | 5 | 1 | | | 9 |
| U4 | 3 | | 2 | 2 | | | 7 |
| De Boigne | | 4 | | 1 | | | 5 |
| Charcot | | 1 | | | | | 1 |
| Total | 30 | 27 | 20 | 11 | 3 | 1 | 92 |



Les consultations aux spécialités médicales arrivent en tête (30) suivies des visites des généralistes ou internes de garde dans les unités (27) et des visites d'entrée (20). Les transferts ou consultations avec le CH ou à l'extérieur représentent une faible valeur (15 au total dont 11 pour les seules consultations). Le recours aux urgences est faible avec un seul cas.

La répartition par unités de soins donne la répartition suivante :



Elle s'échelonne de 19 interventions (U2) à 1 (Charcot). U2 et U3 sont ici en tête alors que les 2 unités de patients chroniques (De Boigne et Charcot) connaissent une faible activité somatique (respectivement 5 et 1 interventions)

➤ Les principales pathologies rencontrées :

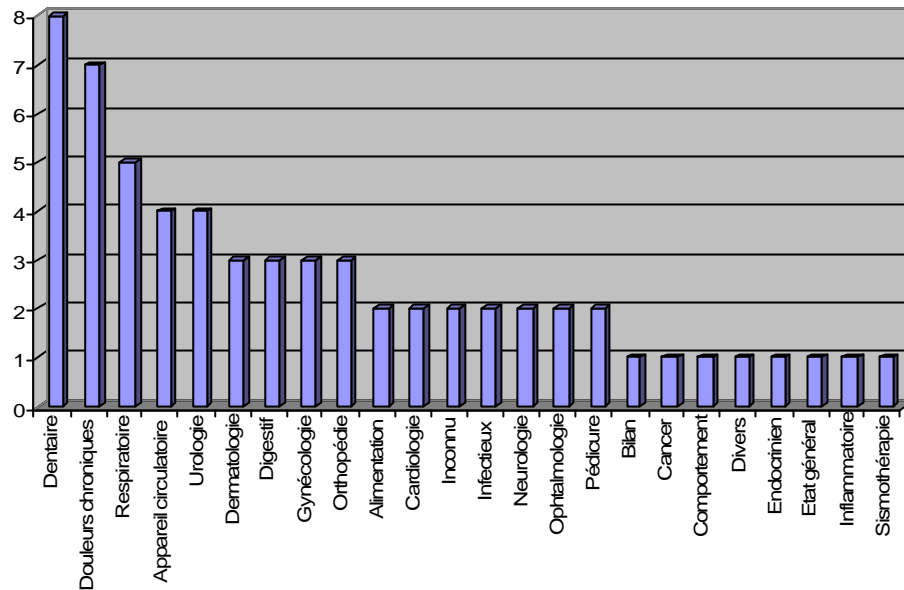
Les pathologies ou causes d'intervention somatiques par unités de soins sont les suivantes :

GROUPES DE PATHOLOGIES PAR UNITES : 11 au 15 SEPTEMBRE 2006

| Classification | U2 | U3 | Belledonne | Duclos | Bachelard | U1 | U4 | De Boigne | Charcot | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|--------------|
| Entrée | 7 | 6 | 2 | 4 | 1 | 7 | 2 | | | 29 |
| Dentaire | | 4 | 2 | | 2 | | | | | 8 |
| Douleurs chroniques | 4 | 1 | | | 2 | | | | | 7 |
| Respiratoire | | 1 | | 3 | 1 | | | | | 5 |
| Appareil circulatoire | | 2 | | 2 | | | | | | 4 |
| Urologie | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | 4 |
| Dermatologie | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 3 |
| Digestif | | | | | 1 | | | 2 | | 3 |
| Gynécologie | | | 3 | | | | | | | 3 |
| Orthopédie | 1 | 1 | 1 | | | | | | | 3 |
| Alimentation | 2 | | | | | | | | | 2 |
| Cardiologie | 1 | | 1 | | | | | | | 2 |
| Inconnu | | | 1 | | | 1 | | | | 2 |
| Infectieux | | 1 | | | | 1 | | | | 2 |
| Neurologie | | | | | | | 2 | | | 2 |
| Ophtalmologie | 1 | | | | | | 2 | | | 2 |
| Pédicure | | | 1 | | | | | | 1 | 2 |
| Bilan | | 1 | | | | | | | | 1 |
| Cancer | | | | | 1 | | | | | 1 |
| Comportement | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Divers | | | 1 | | | | | | | 1 |
| Endocrinien | 1 | | | | | | | | | 1 |
| Etat général | | | | 1 | | | | | | 1 |
| Inflammatoire | | | | | | | | 1 | | 1 |
| Sismothérapie | | | | | | | 1 | | | 1 |
| Total | 19 | 18 | 13 | 11 | 9 | 9 | 7 | 5 | 1 | 92 |

Si on exclut les entrées qui constituent la première cause d'intervention somatique (29), la répartition des pathologies se fait de la façon suivante :

Nb d'interventions somatiques en dehors des visites et examens d'entrée : 11 au 1 septembre 2006



Sur un plan global, 5 pathologies dominant largement : dentaire (8 dont dents cassées, préparation à l'orthodontie, bilan dentaire et adaptation de prothèse), douleurs chroniques (7 dont douleurs lombaires, du genou et migraine), pathologies respiratoires (5 dont bronchite), pathologies de l'appareil circulatoire (hypertension et phlébite), problèmes urologiques (dont infection urinaire).

Les autres pathologies ont une plus faible représentativité avec seulement 3 à 1 cas. On peut noter la faible prévalence des problèmes cardiaques ou des cancers.

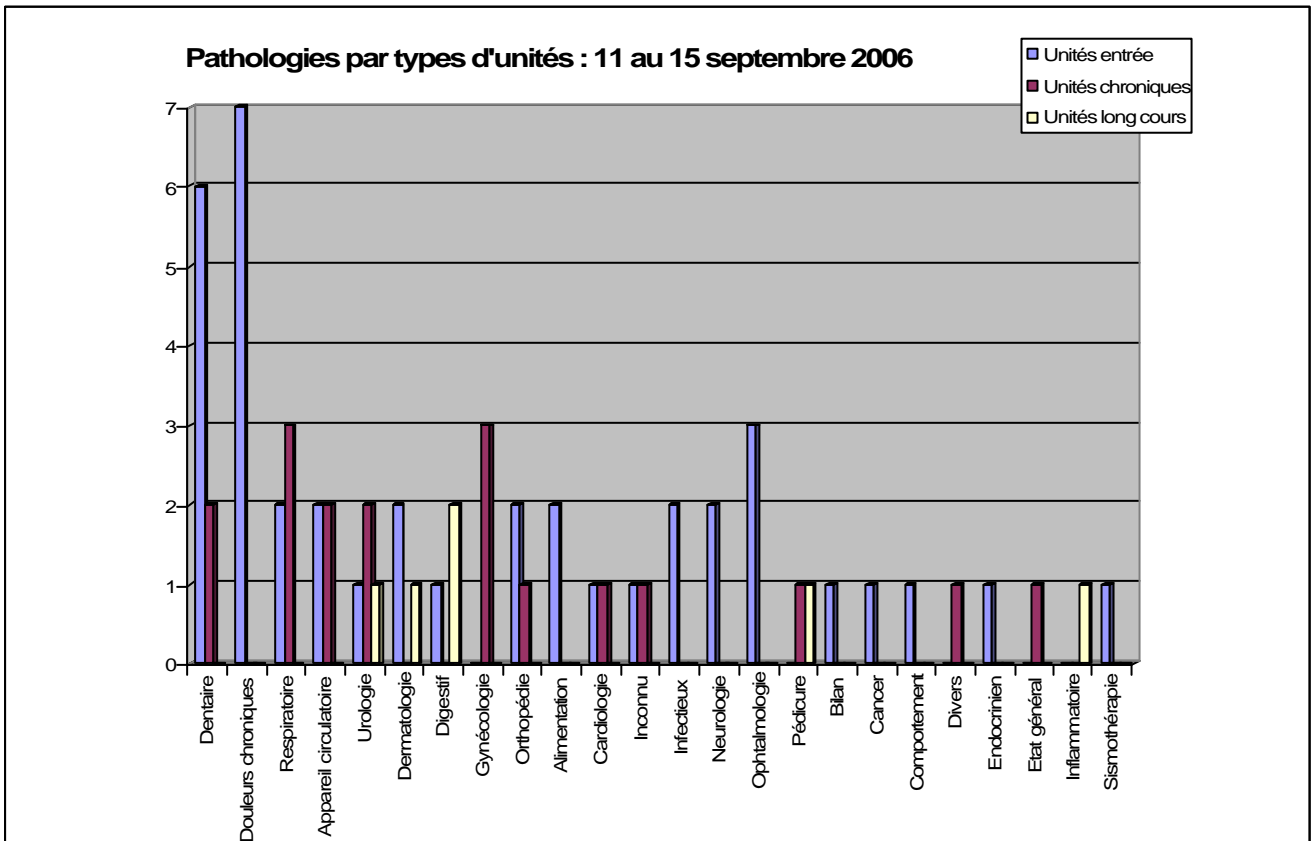
Si on regroupe les pathologies par types d'unités, on obtient les résultats suivants :

**GROUPES DE PATHOLOGIES PAR
TYPES D'UNITES :
11 AU 15 SEPTEMBRE 2006**

| Classification | Unités | | | Total |
|-----------------------|--------|------------|------------|-----------|
| | entrée | chroniques | long cours | |
| Entrée | 23 | 6 | 0 | 29 |
| Dentaire | 6 | 2 | 0 | 8 |
| Douleurs chroniques | 7 | 0 | 0 | 7 |
| Respiratoire | 2 | 3 | 0 | 5 |
| Appareil circulatoire | 2 | 2 | 0 | 4 |
| Urologie | 1 | 2 | 1 | 4 |
| Dermatologie | 2 | 0 | 1 | 3 |

**GROUPES DE PATHOLOGIES PAR
TYPES D'UNITES :
11 AU 15 SEPTEMBRE 2006**

| Classification | Unités entrée | Unités chroniques | Unités long cours | Total |
|----------------|---------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Digestif | 1 | 0 | 2 | 3 |
| Gynécologie | 0 | 3 | 0 | 3 |
| Orthopédie | 2 | 1 | 0 | 3 |
| Alimentation | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Cardiologie | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Inconnu | 1 | 1 | 0 | 2 |
| Infectieux | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Neurologie | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Ophthalmologie | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Pédicure | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Bilan | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Cancer | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Comportement | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Divers | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Endocrinien | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Etat général | 0 | 1 | 0 | 1 |
| Inflammatoire | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Sismothérapie | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Total | 62 | 24 | 6 | 92 |



Les unités d'entrée regroupent les 2/3 des activités somatiques (62 cas). Dans cette catégorie, 3 pathologies dominant largement : douleurs chroniques (7), dentaire (6) et ophtalmologie (3).

Dans les unités de chroniques les affections respiratoires et gynécologiques dominant (3)
L'activité somatique dans les unités au long cours est très faible et non significative.

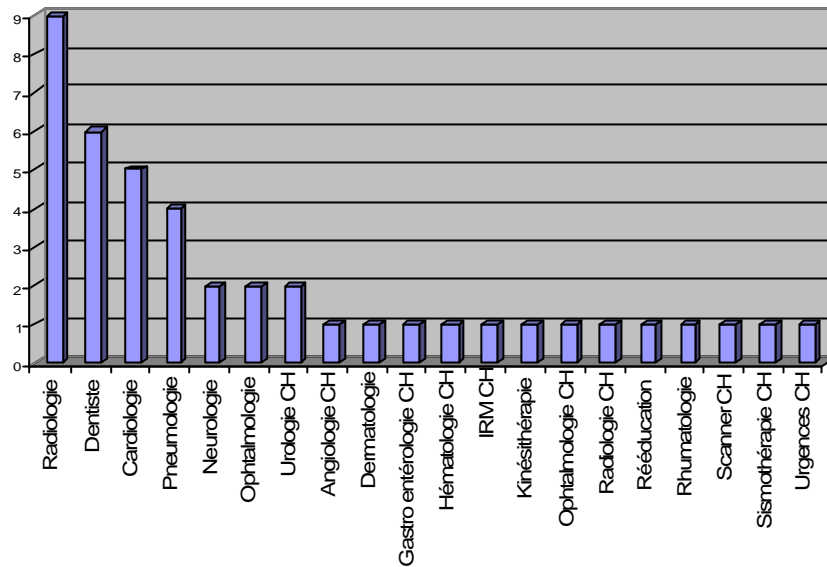
➤ Les consultations :

La répartition des consultations par disciplines donne les résultats suivants :

CONSULTATIONS : 11 AU 15 SEPTEMBRE 2006

| Consultation | U2 | Bachelard | Belledune | U3 | U4 | Duclos | U1 | De Boiane Charcot | Total |
|-----------------------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-------------------|-----------|
| Radiologie | 3 | 2 | 1 | | | 1 | 1 | | 8 |
| Dentiste | | 2 | 2 | 2 | | | | | 6 |
| Cardiologie | 4 | | 1 | | | | | | 5 |
| Pneumologie | | | | 2 | | 1 | 1 | | 4 |
| Neurologie | | | | | 2 | | | | 2 |
| Ophtalmologie | 1 | | | | 1 | | | | 2 |
| Urologie CH | | 1 | 1 | | | | | | 2 |
| Angiologie CH | | | | | | 1 | | | 1 |
| Dermatologie | | | | | | | | 1 | 1 |
| Gastro entérologie CH | | 1 | | | | | | | 1 |
| Hématologie CH | | 1 | | | | | | | 1 |
| IRM CH | | | | | | | 1 | | 1 |
| Kinésithérapie | | | | 1 | | | | | 1 |
| Ophtalmologie CH | | | | | 1 | | | | 1 |
| Radiologie | | | | | | 1 | | | 1 |
| Radiologie CH | | | | 1 | | | | | 1 |
| Rééducation | 1 | | | | | | | | 1 |
| Rhumatologie | | 1 | | | | | | | 1 |
| Scanner CH | 1 | | | | | | | | 1 |
| Sismothérapie CH | | | | | 1 | | | | 1 |
| Urgences CH | | | 1 | | | | | | 1 |
| Total | 10 | 8 | 6 | 6 | 5 | 4 | 3 | 1 | 43 |

Consultations par disciplines : 11 au 15 septembre 2006



Au total, 43 consultations ont été réalisées dont 27 aux spécialités et 16 au CH. On retrouve les 3 principales disciplines des spécialités : radiologie (9), dentiste (6), cardiologie (5) et pneumologie (4).

Les consultations au CH concernent un grand nombre de spécialités mais ne concernent qu'un 1 cas pour chacune d'elles.

Il est intéressant de poursuivre l'étude avec le calcul des temps d'attente. Les résultats sont alors les suivants :

**SPECIALITES CH :
MOYENNE TEMPS
D'ATTENTE : 11 AU 15
SEPTEMBRE 2006**

| Discipline | Attente |
|-----------------------|---------|
| Sismothérapie CH | 9:00:00 |
| Ophthalmologie CH | 3:00:00 |
| Scanner CH | 2:30:00 |
| Hématologie CH | 2:00:00 |
| Angiologie CH | 1:15:00 |
| Urologie CH | 1:15:00 |
| Radiologie CH | 1:10:00 |
| Gastro entérologie CH | |
| IRM CH | |
| Urgences CH | |

**SPECIALITES CHS OU
LIBERAL : MOYENNE
TEMPS D'ATTENTE : 11 AU
15 SEPTEMBRE 2006**

| | |
|----------------|---------|
| Radiologie | 1:15:00 |
| Pneumologie | 1:07:30 |
| Dermatologie | 1:00:00 |
| Neurologie | 1:00:00 |
| Rééducation | 1:00:00 |
| Cardiologie | 0:55:00 |
| Radiologie | 0:42:00 |
| Dentiste | 0:37:30 |
| Ophtalmologie | 0:37:30 |
| Kinésithérapie | 0:30:00 |
| Rhumatologie | |

Hormis la sismothérapie (activité à la journée compte tenu de l'anesthésie), les durées d'attente vont de 01 h à 3 h. Il n' y a pas de données concernant les urgences.

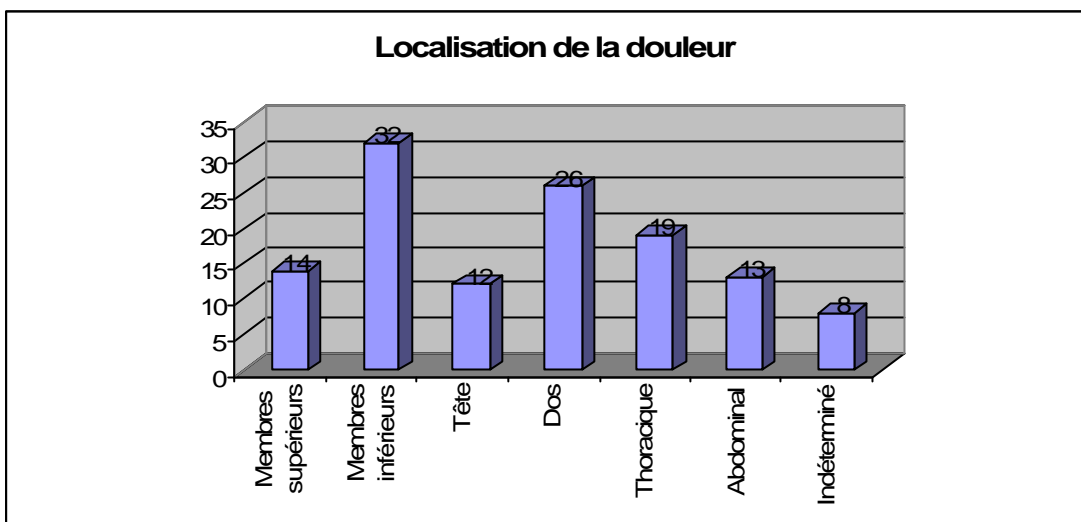
A u niveau des spécialités, les temps d'attente varient entre 30 minutes et 01 heure. Le temps d'attente est donc réduit de façon notable.

1.2.4. L'analyse des résultats des évaluations de pratiques professionnelles

L'établissement s'est engagé dans l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la préparation de l'accréditation v2 (la visite des experts de l'HAS s'est déroulée en juin 2006). Un thème peut retenir notre attention : l'enquête de prévalence de la douleur

La douleur est un phénomène difficile à évaluer pour les patients psychiatriques. Les perceptions du patient sont souvent faussées ou altérées par la pathologie psychiatrique et la communication est souvent difficile sur ce sujet. La douleur est cependant présente et demeure un facteur essentiel à prendre en compte pour le traitement somatique des patients psychiatriques.

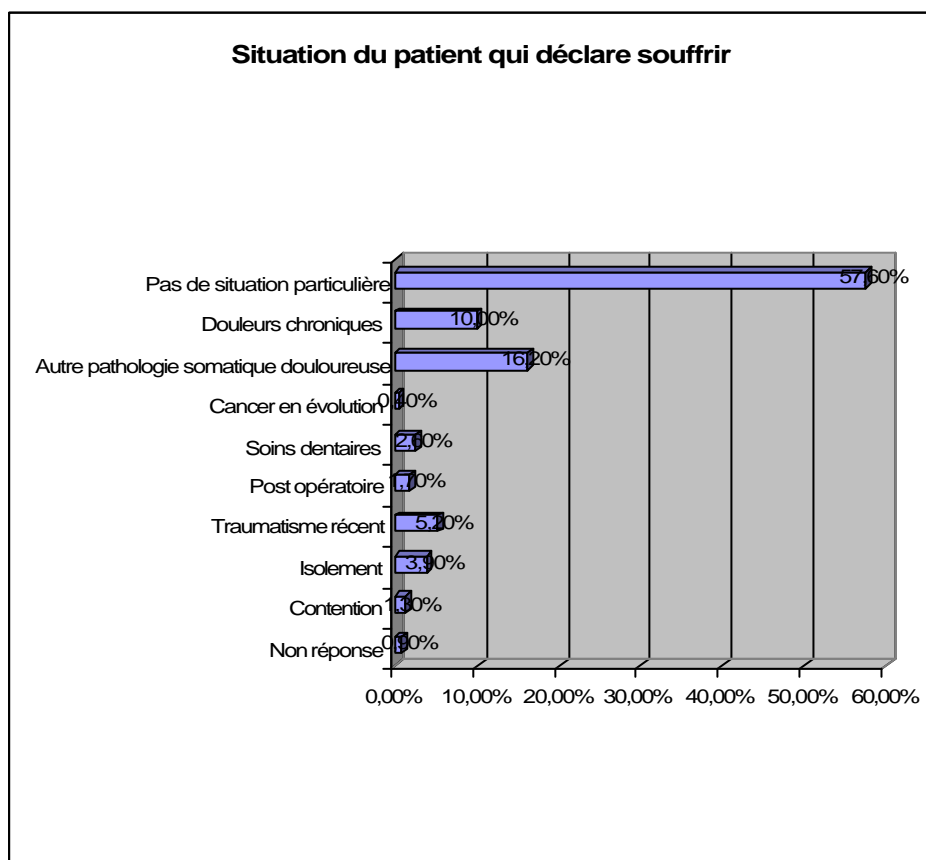
L'enquête sur la douleur a été réalisée en 2006 et porte sur 304 patients hospitalisés dans les différentes unités du CHS. Les principaux résultats sont les suivants : 57 % des patients déclarent avoir une douleur physique. La localisation de cette douleur est la suivante :



Les douleurs des membres inférieurs et du dos arrivent en tête suivies des douleurs thoraciques. Un lien peut exister avec la sédentarité (membres inférieurs), les troubles psychosomatiques (douleurs thoraciques) mais il est difficile de tirer des conclusions avec ces seules données.

Sur une échelle d'intensité de la douleur de 0 à 10, la moyenne est de 6,09.

La situation des patients percevant une douleur est la suivante :



L'origine somatique de cette douleur n'est pas établie dans la majorité des cas (57,6 % des cas). Lorsque le lien est établi, les douleurs chroniques ou provenant de pathologies complexes dominent. Il s'agit donc d'une douleur difficile à appréhender.

Sa prise en charge au niveau des équipes soignantes pose problème : 29,5 % des patients seulement déclarent avoir été questionnés au sujet de la douleur depuis leur entrée à l'hôpital. De plus, lorsque les patients déclarent une douleur, elle n'est reconnue par l'équipe soignante que dans 42,7 % des cas.

Concernant la prise de médicaments antalgiques, 30,9 % des patients déclarent en prendre alors que 20,3 % en reçoivent réellement.

1.2.5. L'analyse des demandes de consultations aux spécialités médicales

L'analyse porte sur l'année 2005 et permet de visualiser les demandes de consultation au service des spécialités médicales du CHS dans les différentes unités de soin.

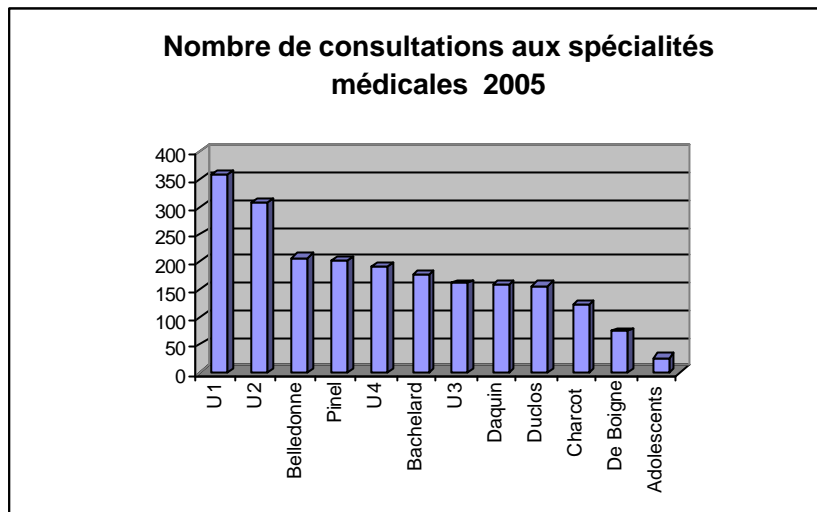
Ces données ont été recueillies à partir des cahiers de consultations (il n'existe pas de saisie informatisée des rendez-vous) et ont nécessité une reconstitution manuelle par unités de soins. En ce qui concerne les séances de kinésithérapie, les données disponibles ne permettent pas d'obtenir ce type de résultat. Elles sont donc manquantes dans cette partie de l'étude.

L'analyse des consultations par unités de soins en 2005 donne les résultats suivants :

CONSULTATIONS PAR UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE : 2005

| Unités HC | Balnéothérapie | Cardiologie | Dentaire | Dermatologie | Gynécologie | Neurologie | Ophthalmologie | ORL | Pédiatrie | Pneumologie | Radiologie | Rééducation | Total |
|--------------|----------------|-------------|------------|--------------|-------------|------------|----------------|-----------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| U1 | | 95 | 41 | 4 | 9 | 12 | 14 | 9 | 31 | 3 | 126 | 14 | 358 |
| U2 | | 48 | 26 | 8 | 5 | 16 | 20 | 4 | 28 | 3 | 135 | 15 | 308 |
| Belledonne | | 10 | 55 | 9 | 3 | 8 | 9 | 3 | 25 | 1 | 60 | 25 | 208 |
| Pinel | 17 | 15 | 24 | 3 | | 13 | 8 | 1 | 26 | 4 | 62 | 30 | 203 |
| U4 | | 44 | 41 | 6 | 4 | 7 | 5 | 3 | 8 | 5 | 65 | 4 | 192 |
| Bachelard | 1 | 20 | 25 | 4 | 9 | 15 | 4 | 1 | 7 | 2 | 65 | 25 | 178 |
| U3 | | 19 | 27 | 6 | 4 | 11 | 6 | 3 | 19 | 7 | 54 | 5 | 161 |
| Daquin | 1 | 23 | 28 | 1 | 6 | 21 | 6 | 1 | 6 | 2 | 45 | 20 | 160 |
| Duclos | | 18 | 34 | 9 | 3 | 11 | 8 | 2 | 17 | 7 | 46 | 2 | 157 |
| Charcot | 11 | 5 | 16 | 3 | 1 | 4 | 3 | 3 | 25 | 1 | 31 | 19 | 122 |
| De Boigne | | 4 | 11 | 1 | 1 | | 4 | 3 | 13 | 3 | 29 | 5 | 74 |
| Adolescents | 7 | 2 | 3 | 1 | | 6 | 3 | | | 1 | 5 | | 28 |
| Total | 37 | 303 | 331 | 55 | 45 | 124 | 90 | 33 | 205 | 39 | 723 | 164 | 2149 |

Le nombre total de consultations se répartit de la façon suivante :

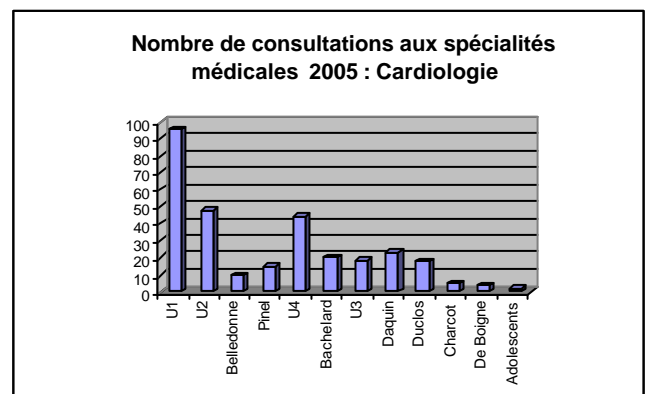
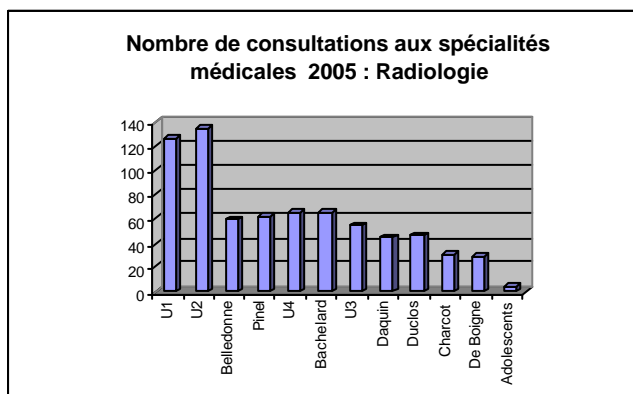


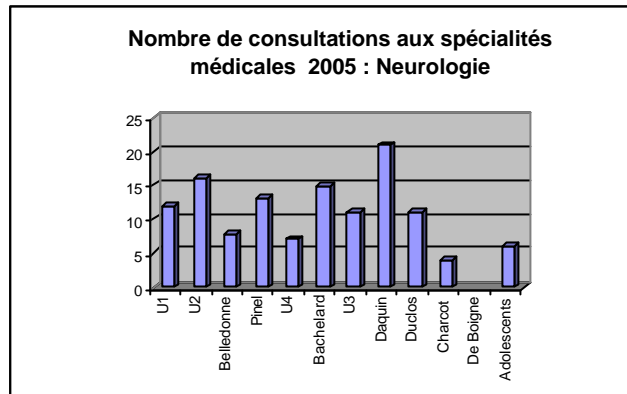
On peut d'ores et déjà remarquer l'importance des écarts existant entre les unités de soins (de 358 pour l'U1 pour arriver à 74 à De Boigne). L'unité adolescents est à part car elle concerne des patients plus jeunes en meilleure santé physique et ne comprend que 6 lits.

Trois ensembles se dégagent nettement :

- Des unités d'entrée avec un nombre important de consultants : U1 et U2 (358 et 308)
- Des unités d'entrée et de chroniques situées dans la moyenne (entre 157 et 208)
- Les unités intersectorielles au long cours avec les valeurs les plus faibles (entre 74 et 122). Ce résultat est cependant à pondérer car le turn-over est particulièrement faible dans ces unités.

Afin d'affiner l'analyse , il est intéressant de comparer le nombre de consultations par disciplines :

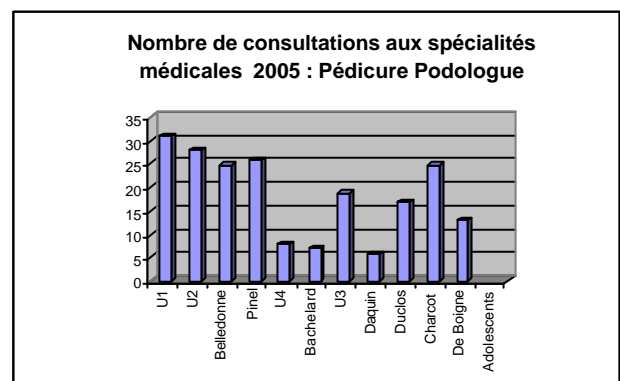
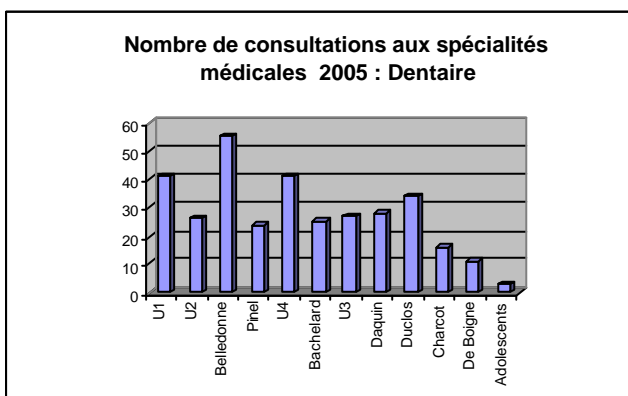




Ces 3 disciplines ont une visée diagnostique évidente (radiographies, électrocardiogrammes ECG, électroencéphalogrammes EEG). A ce titre, elles concernent particulièrement les unités d'entrée (U1 et U2 pour la radiologie, U1, U2 et U4 pour la cardiologie, Daquin, Bachelard et U2 pour la neurologie)

En revanche, dans tous les cas, les unités de patients au long cours sont les moins représentées. La quasi absence d'admissions nouvelles explique largement cette situation. En effet, les patients sont connus, résident dans l'unité et ne nécessitent pas un grand nombre de nouveaux examens.

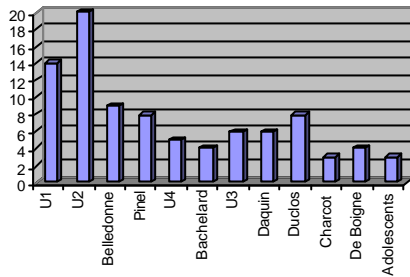
En ce qui concerne les adolescents, le faible nombre de consultations et d'actes s'explique pour les raisons évoquées plus haut (patients jeunes et en petit nombre).



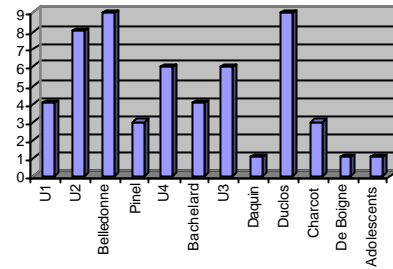
Le dentaire et la pédicurie podologie correspondent au contraire à des soins quotidiens prodigués aux patients. La répartition est donc assez différente. En effet, les unités de patients chroniques ou au long cours sont ici mieux représentées (Belledonne et Duclos pour le dentaire, Belledonne, Pinel et Charcot pour la pédicurie). Parallèlement, certaines unités d'entrée fournissent également beaucoup de consultants (U1 et U4 pour le dentaire, U1, U2 et U3 pour le podologue).

En ce qui concerne le dentaire, les unités au long cours restent peu représentées. Cela pose la question des soins bucco-dentaires pour ces patients.

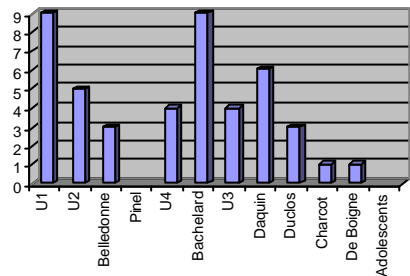
Nombre de consultations aux spécialités médicales 2005 : Ophtalmologie



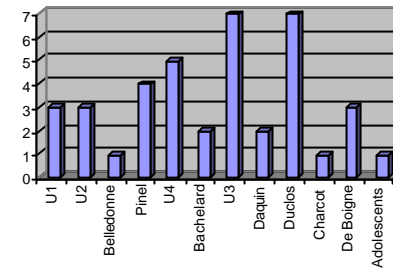
Nombre de consultations aux spécialités médicales 2005 : Dermatologie



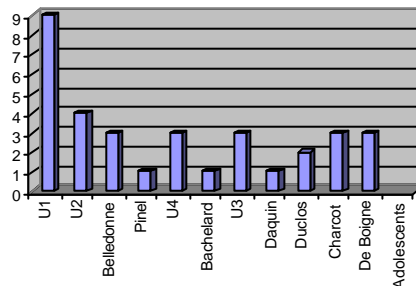
Nombre de consultations aux spécialités médicales 2005 : Gynécologie



Nombre de consultations aux spécialités médicales 2005 : Pneumologie



Nombre de consultations aux spécialités médicales 2005 : ORL



Il s'agit ici de petites disciplines représentant peu de consultations. La répartition est très inégale selon les disciplines. De plus, le faible nombre de consultants rend les répartitions peu représentatives.

L'ophtalmologie est la principale discipline de cette série. Sa répartition ressemble largement au profil d'ensemble des consultations aux spécialités (prédominance de 2 unités d'entrée U1 et U2 et faible valeur pour Charcot et De Boigne)

Pour la gynécologie, le profil est le même mais les unités les mieux placées sont ici U1 et Bachelard). La faible utilisation de cette discipline dans les unités au long cours est

également problématique car elle participe à un suivi préventif incontournable pour les patientes.

La dermatologie est au contraire bien représentée par des unités de patients chroniques (Belledonne et Duclos) mais aussi une unité d'entrée (U2). En revanche, les unités au long cours restent en marge.

En pneumologie, deux unités se dégagent nettement : U3 et Duclos. Enfin, concernant l'ORL, l'U1 est largement en tête.

L'interprétation de ces données est relativement difficile pour établir un véritable état des lieux somatiques des unités de soins. Elle permet cependant de noter quelques caractéristiques :

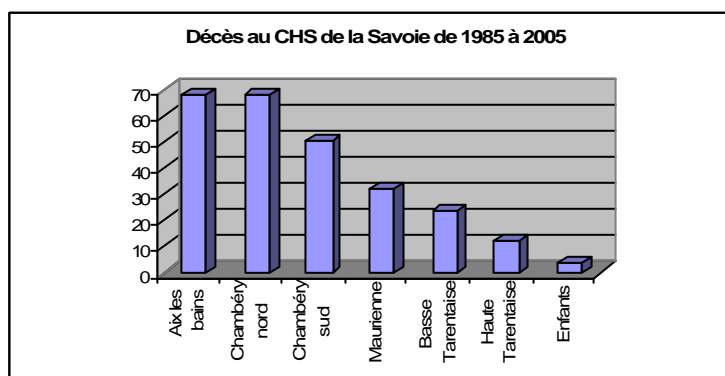
- Les unités d'entrée fournissent le plus grand nombre de consultations, qu'elles soient urbaines (U2) ou rurales (U1)
- Les unités de patients au long cours sont très peu représentées (à l'exception de la pédicurie) y compris dans des disciplines de prévention et de suivi (gynécologie, dentaire)

1.2.6. L'analyse des décès par services

L'analyse des décès par services depuis 1985 donne les résultats suivants :

DECES AU CHS DE LA SAVOIE DE 1985 A 2005

| Services | Total |
|------------------|------------|
| Aix les bains | 68 |
| Chambéry nord | 68 |
| Chambéry sud | 50 |
| Maurienne | 32 |
| Basse Tarentaise | 24 |
| Haute Tarentaise | 12 |
| Enfants | 4 |
| Total | 258 |

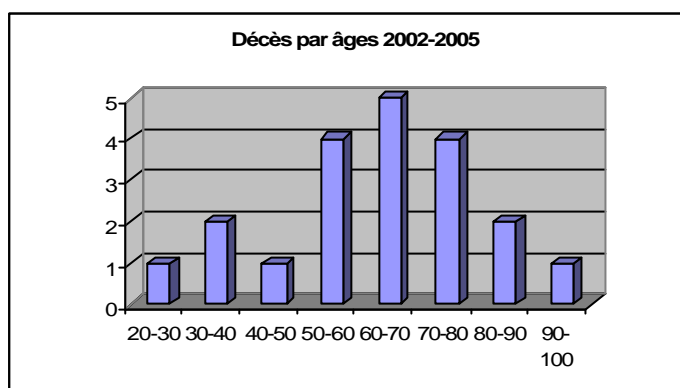


Les secteurs urbains (Chambéry nord et sud et Aix les bains) sont largement sur représentés par rapport aux secteurs ruraux.

L'analyse des décès par âge et par durée d'hospitalisation depuis 2002 donne les résultats suivants :

DECES PAR AGES 2002-2005

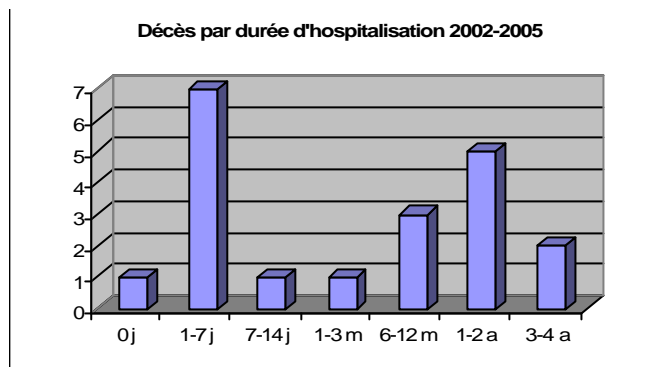
| Service | 20-30 | 30-40 | 40-50 | 50-60 | 60-70 | 70-80 | 80-90 | 90-100 | Total |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Basse Tarentaise | | | | | | 1 | 1 | | 2 |
| Chambéry nord | 1 | 1 | | 1 | | | | | 3 |
| Chambéry sud | | 1 | | 2 | 1 | 1 | 1 | | 6 |
| Haute Tarentaise | | | | 1 | 2 | | | | 3 |
| Maurienne | | | 1 | | 2 | 2 | | 1 | 5 |
| Total | 1 | 2 | 1 | 4 | 5 | 4 | 2 | 1 | 20 |



L'essentiel des décès concerne la tranche de 50-80 ans et en particulier les 60-70 ans. On se trouve donc en présence d'une structure assez comparable à celle de la population générale. Un pointe s'observe cependant pour la tranche 30-40 ans. Cela correspond certainement aux conduites à risques propres aux patients psychiatriques au cours de cette période (suicides, toxicomanies)

DECES PAR DUREES D'HOSPITALISATION 2002-2005

| Service | 0 j | 1-7 j | 7-14 j | 1-3 m | 6-12 m | 1-2 a | 3-4 a | Total |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Basse Tarentaise | | | | | | 2 | | 2 |
| Chambéry nord | | 1 | | | 1 | | 1 | 3 |
| Chambéry sud | 1 | 3 | 1 | | | 1 | | 6 |
| Haute Tarentaise | | 2 | | | 1 | | | 3 |
| Maurienne | | 1 | | 1 | 1 | 2 | 1 | 6 |
| Total | 1 | 7 | 1 | 1 | 3 | 5 | 2 | 20 |



La plupart des décès sont intervenus au cours de la première semaine d'hospitalisation. Il s'agit certainement de patients atteints de pathologies somatiques graves dès l'admission mais l'absence de données plus précises ne permet pas une interprétation détaillée.

A l'autre opposé, les décès les plus fréquents interviennent après une année d'hospitalisation.

Ici encore, l'absence d'analyse systématique des causes de décès sur la durée ne permet pas d'aller beaucoup plus loin dans l'interprétation.

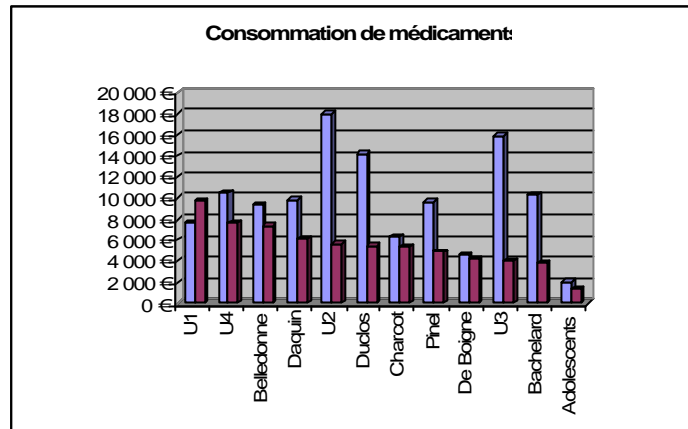
1.2.7. Analyse de la consommation de produits pharmaceutiques

Les données utilisées ici concernent le coût des produits pharmaceutiques consommés pendant un trimestre (avril à juin 2005). L'interprétation est également délicate car le prix des médicaments n'est pas nécessairement un bon indicateur du volume consommé ni de la qualité de la prise en charge somatique. Ces données permettent seulement d'indiquer de grandes tendances.

La consommation de médicaments somatiques et psychiatriques par unités de soins donne les résultats suivants

CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

| Type | Psychiatrique | Somatique |
|--------------|------------------|-----------------|
| U1 | 7 641 € | 9 734 € |
| U4 | 10 503 € | 7 736 € |
| Belledonne | 9 329 € | 7 334 € |
| Daquin | 9 844 € | 6 120 € |
| U2 | 18 002 € | 5 623 € |
| Duclos | 14 287 € | 5 450 € |
| Charcot | 6 317 € | 5 377 € |
| Pinel | 9 705 € | 4 864 € |
| De Boigne | 4 547 € | 4 249 € |
| U3 | 16 012 € | 4 135 € |
| Bachelard | 10 221 € | 3 844 € |
| Adolescents | 1 962 € | 1 378 € |
| Total | 118 372 € | 65 846 € |



Au niveau somatique, il existe un écart important (9734 euros pour l'U1 et 3 844 euros pour Bachelard). Une fois encore, l'U1 est largement en tête, suivie par l'U4, Belledonne et Daquin.

Les dépenses de médicaments psychiatriques sont particulièrement élevées dans certaines unités (U2, Duclos et U3) et inversement proportionnelles à celles des dépenses à caractère somatique.

Cela semble indiquer des modes de prises en charge somatique très différentes dans ces deux catégories d'unités.

A ce stade, l'analyse, peut être affinée en suivant la structure de la consommation de quelques médicaments somatiques en fonction du type d'unité de soins (unités d'entrée : U1, U2, U3, U4, Daquin, Bachelard -unités chroniques : Belledonne, Pinel, Duclos – unités au long cours : Charcot et De Boigne)

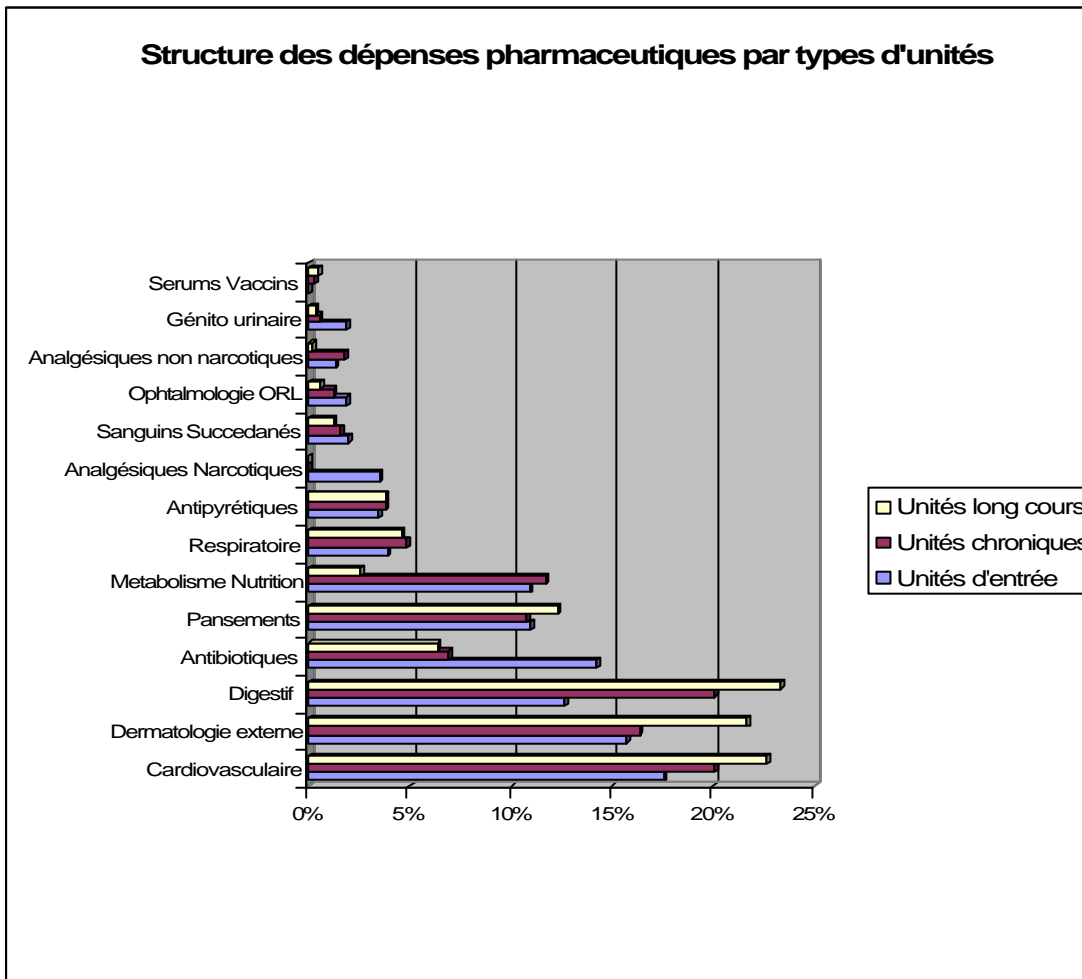
On obtient les résultats suivants :

STRUCTURE DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR TYPES D'UNITES

| Unités | Unités d'entrée | Unités chroniques | Unités long cours | Total |
|--------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------|
| Cardiovasculaire | 18% | 20% | 23% | 19% |
| Dermatologie externe | 16% | 16% | 22% | 17% |
| Digestif | 13% | 20% | 23% | 16% |
| Antibiotiques | 14% | 7% | 6% | 11% |
| Pansements | 11% | 11% | 12% | 11% |
| Métabolisme Nutrition | 11% | 12% | 3% | 10% |
| Respiratoire | 4% | 5% | 5% | 4% |
| Antipyrétiques | 3% | 4% | 4% | 4% |
| Analgésiques Narcotiques | 4% | | | 2% |
| Sanguins Succédanés | 2% | 2% | 1% | 2% |

STRUCTURE DES DEPENSES PHARMACEUTIQUES PAR TYPES D'UNITES

| Unités | Unités d'entrée | Unités chroniques | Unités long cours | Total |
|------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Ophtalmologie ORL | 2% | 1% | 1% | 2% |
| Analgésiques non narcotiques | 1% | 2% | 0% | 1% |
| Génito urinaire | 2% | 1% | 0% | 1% |
| Sérums Vaccins | | 0% | 1% | 0% |
| Total | 100% | 100% | 100% | 100% |



Les médicaments les plus représentés (entre 16 et 19 % des dépenses totales) concernent les pathologies déjà repérées à propos des patients psychiatriques : cardiovasculaire, dermatologie (démangeaisons), digestif (constipation). Ces produits pharmaceutiques sont davantage utilisés lorsque l'hospitalisation se prolonge (les unités au long cours sont ici sur représentées).

Un deuxième groupe (entre 10 et 11 % des dépenses totales) concerne des médicaments assez différents.

En ce qui concerne les antibiotiques, la part des dépenses provenant des unités d'entrée est nettement plus importantes (14 % contre 6 % pour les patients au long cours). La situation est la même pour les médicaments liés à la nutrition et au métabolisme (11 % contre 3 % dans les unités au long cours). Selon ces données, les cas de maladies inflammatoires ou de déséquilibres alimentaires ou métaboliques (diabète non régulé en particulier) doivent souvent être traités à l'arrivée du patient. A l'opposé, dans les unités au long cours, ils sont suivis régulièrement par le médecin généraliste et développent moins de pathologies aggravées nécessitant une forte consommation de médicaments. Pour les pansements, les dépenses sont à peu près identiques dans tous les types d'unités.

Le dernier groupe (entre 0,1 et 4 %) concerne des médicaments dont les dépenses sont plus faibles mais dont la consommation en volume peut être importante. C'est le cas des antipyrétiques (aspirine) dont la part de dépense est pratiquement la même (entre 3 et 4 % dans les différents types d'unités de soins).

Les médicaments respiratoires touchent davantage les unités au long cours (5 % contre 4 % dans les unités d'entrée). Cela peut s'expliquer par les effets à long terme du tabagisme chronique.

En revanche, les analgésiques narcotiques sont exclusivement utilisés dans les unités d'entrée, ce qui traduit l'existence de prises en charge somatiques lourdes à l'admission. Les autres types de médicaments sont principalement utilisés en unités d'entrée (sanguins et succédanés, ophtalmologie ORL, génito urinaire) à l'exception des sérums et vaccins, exclusivement utilisés dans les unités au long cours.

L'analyse de la consommation des produits pharmaceutiques permet donc de constater :

- L'importance des pathologies spécifiques des patients psychiatriques, aggravées avec la durée de l'hospitalisation : problèmes cardiovasculaires, démangeaisons, constipations, diabète
- Le mauvais état somatique de certains patients psychiatriques lors de leur admission : maladies inflammatoires, douleurs chroniques et problèmes divers
- A l'opposé, l'étayage somatique des patients au long cours : traitement des effets secondaires des traitements psychiatriques et prévention des pathologies somatiques classiques

1.2.8. Analyse des diagnostics des patients du CHS hospitalisés au CH de Chambéry en 2005

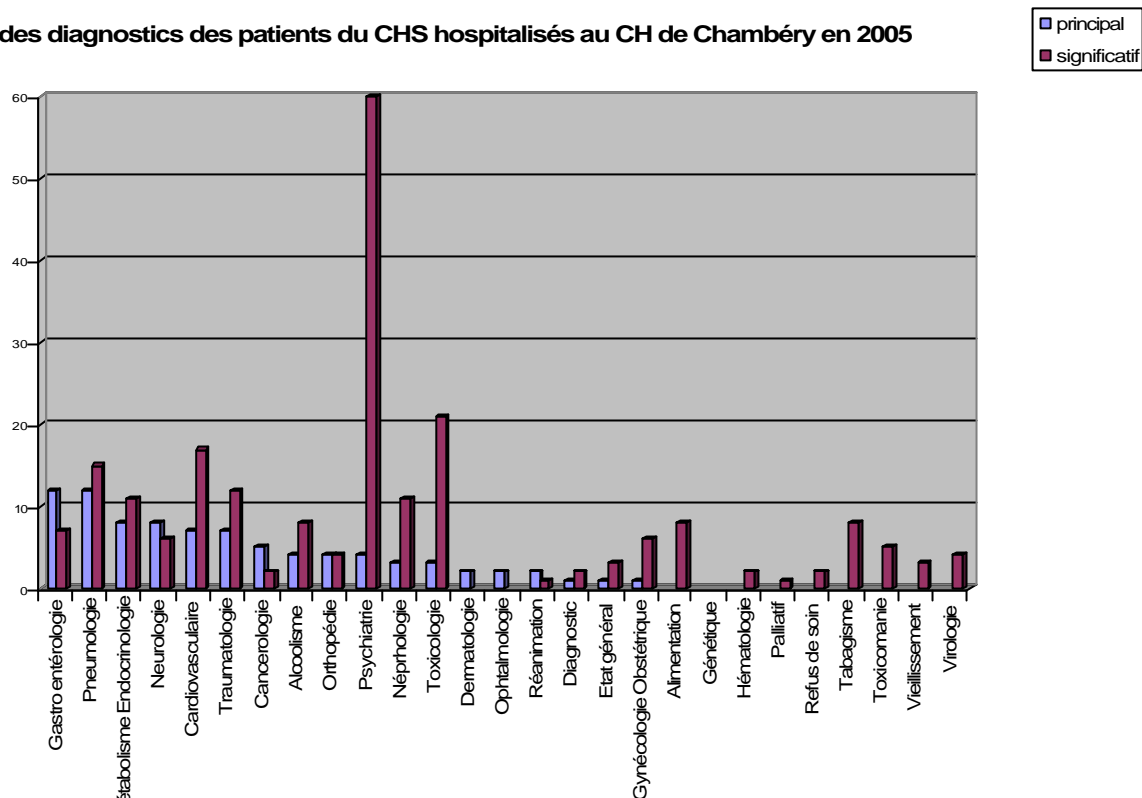
En 2005, 55 patients du CHS ont été hospitalisés au CH de Chambéry. A ce titre, 308 diagnostics ont été recensés dont 86 diagnostics principaux et 219 significatifs.

Leur regroupement par disciplines permet d'avoir une vision globale des principales pathologies rencontrées dans la population psychiatrique du CHS.

DIAGNOSTICS DES PATIENTS DU CHS HOSPITALISES AU CH DE CHAMBERY EN 2005

| Familles de diagnostic | autre | principal | relié | significatif | Total |
|----------------------------|----------|-----------|----------|--------------|------------|
| Gastro entérologie | | 12 | 1 | 7 | 20 |
| Pneumologie | | 12 | | 15 | 27 |
| Métabolisme Endocrinologie | | 8 | | 11 | 19 |
| Neurologie | | 8 | | 6 | 14 |
| Cardiovasculaire | | 7 | | 17 | 24 |
| Traumatologie | | 7 | | 12 | 19 |
| Cancerologie | | 5 | | 2 | 7 |
| Alcoolisme | | 4 | 1 | 8 | 13 |
| Orthopédie | | 4 | | 4 | 8 |
| Psychiatrie | | 4 | | 60 | 64 |
| Néphrologie | | 3 | | 11 | 14 |
| Toxicologie | | 3 | | 21 | 24 |
| Dermatologie | | 2 | | | 2 |
| Ophtalmologie | | 2 | | | 2 |
| Réanimation | | 2 | | 1 | 3 |
| Diagnostic | | 1 | | 2 | 3 |
| Etat général | | 1 | | 3 | 4 |
| Gynécologie Obstétrique | | 1 | | 6 | 7 |
| Alimentation | | | | 8 | 8 |
| Génétique | 1 | | | | 1 |
| Hématologie | | | | 2 | 2 |
| Palliatif | | | | 1 | 1 |
| Refus de soin | | | | 2 | 2 |
| Tabagisme | | | | 8 | 8 |
| Toxicomanie | | | | 5 | 5 |
| Vieillessement | | | | 3 | 3 |
| Virologie | | | | 4 | 4 |
| Total | 1 | 86 | 2 | 219 | 308 |

Famille des diagnostics des patients du CHS hospitalisés au CH de Chambéry en 2005



- La gastro-entérologie avec 12 diagnostics principaux représentés principalement par des problèmes intestinaux (obstructions ou occlusions intestinales, constipation)
- La pneumologie : avec également 12 diagnostics principaux. Il s'agit essentiellement de pneumopathies ou d'insuffisance respiratoire aiguë.
- Les problèmes liés au métabolisme et à l'endocrinologie viennent en troisième position avec 8 diagnostics principaux : problèmes liés au diabète ou à des dérèglements hormonaux.
- Les problèmes neurologiques sont au même niveau avec 8 diagnostics principaux. Ils concernent surtout les problèmes d'épilepsie.
- Viennent ensuite les pathologies cardiovasculaires avec 7 diagnostics principaux comprenant notamment : embolie pulmonaire, syncope.
- La traumatologie avec 7 diagnostics principaux, principalement représentés par des fractures
- Avec 5 diagnostics principaux, la cancérologie n'arrive qu'en 7^e place et concerne principalement le rein et la prostate
- Les autres disciplines sont moins représentées (entre 1 et 4 diagnostics principaux et concernent des pathologies plus isolées. La place de l'alcoolisme doit cependant être notée avec 4 diagnostics principaux.

L'évocation de ces diagnostics principaux renvoie également à l'importance des pathologies caractéristiques des patients psychiatriques déjà évoquées : problèmes intestinaux (obstruction intestinales, constipation), problèmes respiratoires aigus, diabète et dérèglements hormonaux et cardio-vasculaires. L'épilepsie est également une cause non négligeable d'hospitalisation.

Les autres pathologies sont moins représentées (en particulier les cancers).

L'observation des diagnostics significatifs associés permet d'affiner l'analyse. Sans surprise, les diagnostics psychiatriques sont largement dominants (60). Ils sont suivis par les intoxications médicamenteuses (21), les problèmes cardiovasculaires (17), respiratoires (15) métaboliques (11) et urinaires (11).

Les autres diagnostics significatifs sont moins représentés. Il convient cependant de remarquer la présence de l'alcoolisme (8), les troubles de l'alimentation (8) et le tabagisme (8).

L'ensemble de ces données permet donc de confirmer dans ses grandes lignes les données issues de la littérature et des différentes études menées concernant les patients hospitalisés en psychiatrie.

Il s'agit donc d'une population fragilisée nécessitant une prise en charge spécifique et adaptée. La prise en compte de cette problématique se heurte cependant à toute une série d'obstacles qu'il convient maintenant d'aborder.

2. Les obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques

En effet, la prise en charge somatique des patients psychiatriques se heurte à trois catégories de difficultés.

La première relève principalement de la séparation profonde qui s'est établie entre médecine somatique et psychiatrie au niveau des pratiques médicales, de l'organisation des soins et de la perception même du patient.

La seconde relève de la persistance de préjugés bien établis concernant la maladie mentale.

La troisième a trait à la complexité même de l'environnement psychiatrique : moyens somatiques insuffisants et complexité des rapports avec les patients et leurs familles.

2.1. La séparation entre le somatique et le psychiatrique

2.1.1. Une séparation inscrite dans l'histoire

La séparation entre médecine psychiatrique et somatique est le fruit de l'histoire. Jusqu'au début du 19^e siècle, la distinction n'existe pas vraiment. En effet, l'hôpital général regroupe des patients atteints de maladies physiques et mentales avec un objectif à la fois médical et social.

Le développement extraordinaire des connaissances et techniques médicales propres au traitement du corps vont bouleverser cet état des choses en deux temps.

La première séparation a lieu avec la loi de 1838 qui éloigne les aliénés vers des hôpitaux psychiatriques isolés, distincts des hôpitaux généraux. C'est la mise en place du système asilaire. Comme le fait remarquer Michel Foucault¹, il répond à une logique d'enfermement, d'exclusion et d'une litanie de traitements inefficaces ayant parfois plus à voir avec la maltraitance qu'avec le soin. De toute façon, la prise en charge somatique des aliénés demeure désormais cantonnée dans le lieu clos et secret de l'asile et se trouve largement déconnecté des avancées de la médecine somatique d'alors.

La seconde séparation a lieu après la seconde guerre mondiale avec la dénonciation de l'enfermement asilaire, le développement de la psychanalyse, la découverte des neuroleptiques et l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur grâce à la sectorisation. L'objectif du médecin psychiatre devient désormais la réinsertion sociale du patient psychiatrique dans la cité. Il ne s'agit plus de traiter le corps mais d'établir une relation ou une médiation avec le patient afin de tenter de le comprendre. Une véritable méfiance s'établit alors entre le psychiatre et l'approche somatique. Un fossé culturel s'établit entre les deux approches.

D'un côté, une conception de plus en plus technique et spécialisée, centrée sur un plateau technique hospitalier et recherchant une efficacité immédiate. De l'autre, un abord essentiellement relationnel, méfiant vis à vis de la médecine du corps et de l'institution hospitalière et recherchant une réinsertion sociale à long terme.

2.1.2. Des pratiques divergentes

Le psychiatre est à l'écoute du discours spontané du patient et refuse tout ce qui peut y faire obstacle. Selon Michaël Balint « le sentiment du médecin est le symptôme du malade ». Pour cela, il doit créer une distance vis à vis du patient et refuse souvent

¹ M Foucault : Histoire de la folie

d'effectuer un examen clinique impliquant le corps. C'est la raison pour laquelle il ne pratique que rarement un examen clinique souvent perçu comme une intrusion voire une violence. Dans le même ordre d'idée, il n'aime pas poser un diagnostic qui risque de perturber le cours de la relation établie avec le patient.

A l'opposé, le médecin somaticien « interroge le malade et dirige l'entretien car il n'a que faire des digressions. Il s'approche, examine, touche, palpe, soupèse : il veut tout savoir, tout voir »¹. Il n'hésite pas à les répéter en cas d'incertitude. Son objectif est de poser un diagnostic, même s'il est douloureux et d'engager au plus vite le traitement adéquat en vue de la guérison la plus rapide possible.

La formation médicale des psychiatres, l'évidence de l'atteinte somatique et l'urgence de la prise en charge camouflent parfois ces divergences mais elles sont pourtant bien établies et se manifestent dans la pratique quotidienne.

2.2. Des préjugés bien établis vis à vis de la maladie mentale

Malgré le développement des connaissances médicales concernant la maladie mentale, des préjugés bien enracinés s'observent encore dans la communauté médicale et soignante vis à vis de la maladie mentale. Ils sont de deux ordres : la protection somatique naturelle des patients psychiatriques et le balancement psychosomatique.

Selon le premier préjugé, les malades psychiatriques seraient moins malades que les autres patients, plus résistants aux diverses affections somatiques. Cela s'expliquerait par l'observation et la fascination vis à vis de l'exubérance du délire et de la force surhumaine qui se manifeste chez certains patients. Cette idée est particulièrement répandue vis à vis des pathologies cancéreuses : « les psychotiques n'ont pas le cancer ».

Le second préjugé concerne le balancement psychosomatique. Selon cette théorie, il existe un équilibre subtil et précaire entre les affections somatiques et psychiatriques. Le traitement d'un trouble somatique risque de perturber l'équilibre établi et provoquer une décompensation psychiatrique et d'aggraver ainsi l'état général du patient. Selon cette approche, le psychiatrique est premier et précède le somatique vis à vis duquel il faut agir avec circonspection.

¹ LP Jenoudet « Heurts et bonheurs du travail somatique en milieu psychiatrique » Santé mentale 90 – septembre 2004

2.3. Un environnement psychiatrique difficile

Le dernier obstacle concerne les conditions même d'exercice de la médecine somatique en milieu psychiatrique. Il se manifeste tout d'abord par la faiblesse des moyens techniques mis à la disposition de la médecine somatique en milieu psychiatrique mais aussi par la complexité des relations avec les patients.

La faiblesse des moyens techniques se manifeste par une certaine difficulté pour réaliser des gestes techniques car le matériel manque ou est obsolète et la maîtrise des différents acteurs de soins (médicaux et soignants) parfois approximative. La création du diplôme unique d'IDE devrait cependant améliorer les choses en terme de savoir faire.

Par ailleurs, le dossier somatique est souvent mal documenté voire inexistant.

Dans tous les cas, une certaine résistance voire appréhension vis à vis du somatique se manifeste le plus souvent et entraîne la survenance régulière de véritables « paniques somatiques » entraînant de fausses urgences avec appel intempestif et pas toujours justifié du SAMU.

Il en résulte également une difficulté réelle pour établir un suivi somatique systématique des patients dans la durée.

Le rapport difficile avec le patient psychiatrique constitue également un obstacle de taille.

Au delà des problèmes spécifiques propres au dépistage et à l'établissement du diagnostic initial, déjà évoqués plus haut, la compliance aux soins somatiques est souvent problématique avec ces patients. La répercussion de la maladie somatique entraîne bien souvent une signification et un retentissement hors de toute logique rationnelle. L'acceptation du diagnostic et du traitement implique alors une stratégie d'écoute, de négociation et de compromis qui nécessite beaucoup d'énergie et de temps. Cette contrainte entraîne bien souvent l'abandon du projet thérapeutique initial.

3. Evaluation des dispositifs actuels de prise en charge somatique des patients hospitalisés au CHS de la Savoie

3.1. Description du dispositif en place à l'intérieur du CHS

La prise en charge somatique des patients psychiatriques hospitalisés au CHS de la Savoie est organisée en interne selon 3 dispositifs

- La prise en charge globale par le psychiatre et le médecin de garde
- Les vacations de généralistes dans les unités de soins
- Le Groupement de Consultation des Spécialités Médicales (GCSM)

3.1.1. La prise en charge globale du patient par le psychiatre et le médecin de garde

Le psychiatre assure la prise en charge globale du patient, y compris la composante somatique. Dans la pratique, cette fonction est souvent déléguée au médecin de garde qui assure la continuité somatique et intervient à la demande.

Il s'agit alors d'une intervention au cas par cas qui dépend le plus souvent de la compétence somatique et de l'implication individuelle du médecin concerné. La prise en charge somatique n'est pas coordonnée et pose souvent des difficultés de réponse adaptée.

Une enquête concernant la prescription d'examens systématiques d'entrée a été réalisée dans le cadre des EPP auprès des cadres des 12 unités d'hospitalisation complète. Les résultats sont les suivants :

Des examens systématiques d'entrée sont réalisés dans la moitié des unités mais il n'existe aucune procédure établie à ce sujet. La prise en compte des examens antérieurs est effective dans 3 unités qui en tiennent compte et ne refont pas tous les examens et totalement absente dans 4 autres. Seulement 2 unités prennent en compte l'avis du médecin généraliste pour effectuer ces examens.

Tous ces éléments confirment les limites de coordination et de continuité dans la prise en charge somatique des patients par les médecins psychiatres des unités.

3.1.2. Les vacations de généralistes dans les unités de soins

Elles ont été créées à partir des années 80 pour pallier la diminution massive des internes dans l'établissement.

Le dispositif actuel est en place depuis le 1er septembre 2004 et s'articule de la façon suivante. Il est formé par un PH temps partiel (le Dr P Perrin) et 3 praticiens attachés effectuant des vacations selon l'organisation suivante :

PRATICIENS ATTACHES DE MEDECINE GENERALE - AOUT 2006

| Service | Praticien | Nb unités de soins | Nb vacations | ETP |
|---------------|--------------|--------------------|--------------|------------|
| Chambéry sud | Dr P Perrin | 2 | 3 | 0,3 |
| Chambéry nord | Dr P Perrin | 2 | 3 | 0,3 |
| Aix les bains | Vacant | 2 | 3 | 0,3 |
| Maurienne | Dr J Bouchet | 3 | 4 | 0,4 |
| Tarentaise | Dr G Boeuf | 2 | 3 | 0,3 |
| Adolescents | Dr G Boeuf | 1 | 1 | 0,1 |
| Total | | 12 | 17 | 1,7 |

La coordination d'ensemble est assurée par le Dr P Perrin mais ce rôle reste largement théorique. En effet, malgré des sollicitations en ce sens, il n'a pas encore été possible d'établir un planning commun permettant de faire face aux absences et congés de praticiens et d'assurer ainsi une continuité de soins somatiques.

Les généralistes voient les patients qui leur sont adressés à la demande du psychiatre ou de l'équipe soignante. Ils agissent donc comme prestataires de service de la psychiatrie. Il n'existe pas de suivi somatique systématique entrepris lors de l'admission du patient.

Il n'existe pas de traçabilité des interventions de ces généralistes au delà du dossier individuel du patient (absence de registre de rendez-vous ou de saisie d'activité). Dans ces conditions, nous ne disposons pas de chiffres précis concernant leur activité.

Une seule exception concerne l'unité Dacquin qui a mis en place un cahier de liaison somatique (prises de RDV, causes et suite données). L'analyse de ce document entre mars et mai en 2005 et 2006 donne les chiffres suivants :

| 2005 | | | |
|--------------|------------------|--------------------|------------------|
| Mois | Vacations | Nb patients | Pat / Vac |
| mars | 6 | 29 | 4,83 |
| avril | 8 | 36 | 4,50 |
| mai | 8 | 37 | 4,63 |
| Total | 22 | 102 | 4,64 |

| 2006 | | | |
|--------------|------------------|--------------------|------------------|
| Mois | Vacations | Nb patients | Par / Vac |
| mars | 9 | 61 | 6,78 |
| avril | 7 | 33 | 4,71 |
| mai | 8 | 43 | 5,38 |
| Total | 24 | 137 | 5,71 |

Le généraliste voit donc 4 à 6 patients par vacation. La durée moyenne d'une vacation est d'une heure et demie environ. Cela paraît correspondre aux besoins de l'unité Dacquin et paraît représentatif de la situation dans les autres unités d'hospitalisation complète.

Le Dr Perrin, PH généraliste, fait part de son côté de l'insuffisance du nombre de vacations pour les secteurs de Chambéry sud et de Chambéry nord.

Selon le Dr Chabert, chef de service des spécialités et de Chambéry nord, le passage de 17 à 25 vacations serait nécessaire.

En dehors des vacations, la continuité somatique est assurée par les internes. A ce niveau là, une innovation est introduite avec la création récente d'un poste d'interne de médecine générale intervenant à Chambéry nord et sud.

Le projet d'établissement prévoit par ailleurs, la constitution d'une unité fonctionnelle de médecine générale clairement identifiée et rattachée au service des spécialités (GCSM) selon des modalités qui ne sont pas encore définies.

3.1.3. Le Groupement de Consultation des Spécialités Médicales (GCSM)

Il s'agit du deuxième dispositif de prise en charge. Créé en 1997, il est organisé comme un véritable service, regroupant :

- Des consultations de spécialités médicales : cardiologie, pneumologie, neurologie, ORL, ophtalmologie, dentaire, gynécologie, dermatologie, pédicurie podologie
- Une unité de radiologie
- Une unité de médecine physique, rééducation, kinésithérapie et ergothérapie médicale disposant d'une installation de balnéothérapie à la MAS.

Le personnel médical du GCSM se compose de 13 médecins dont 9 praticiens attachés libéraux, 3 praticiens faisant l'objet d'une convention de détachement avec le CH de Chambéry et 1 praticien employé par la MAS de Bassens. Les vacances sont réparties de la façon suivante :

PERSONNEL MEDICAL DU GCSM - AOÛT 2006

| Nom | Statut | Discipline | Nb vacances | ETP |
|-----------------|-------------------|-------------------|---------------|--------------|
| Dr Thouzery | Praticien attaché | Cardiologie | 3 par semaine | 0,3 |
| Dr Pic | Praticien attaché | Dentaire | 2 par semaine | 0,2 |
| Dr Marty | Praticien attaché | Radiologie | 2 par semaine | 0,2 |
| Dr Guedel | MAS de Bassens | Rééducation fonct | 2 par semaine | 0,2 |
| Dr Tarel | Détaché du CH | Neurologie | 1 par semaine | 0,1 |
| Dr Bertholet | Praticien attaché | Pneumologie | 1 par semaine | 0,1 |
| Dr Gaudillière | Praticien attaché | Pneumologie | 1 par semaine | 0,1 |
| Dr Martel | Praticien attaché | Dermatologie | 2 par mois | 0,05 |
| Dr Billet | Praticien attaché | Ophtalmologie | 2 par mois | 0,05 |
| Dr Roques | Praticien attaché | ORL | 2 par mois | 0,05 |
| Dr Mosheni | Détaché du CH | Gynécologie | 1 par mois | 0,025 |
| Dr Lebrun Keris | Détaché du CH | Gynécologie | 1 par mois | 0,025 |
| Dr Pellat | Praticien attaché | Ophtalmologie | 1 par mois | 0,025 |
| Total | | | | 1,425 |

Le total des vacances est de 14,25 soit 1,425 ETP.

Le personnel non médical se répartit quand à lui de la façon suivante :

PERSONNEL NON MEDICAL DU GCSM - AOÛT 2006

| Fonctions | Nb de personnes | ETP |
|---------------------|-----------------|-----|
| Infirmières | 1 | 0,6 |
| Infirmières | 2 | 0,8 |
| Manipulateurs radio | 1 | 0,8 |

PERSONNEL NON MEDICAL DU GCSM - AOUT 2006

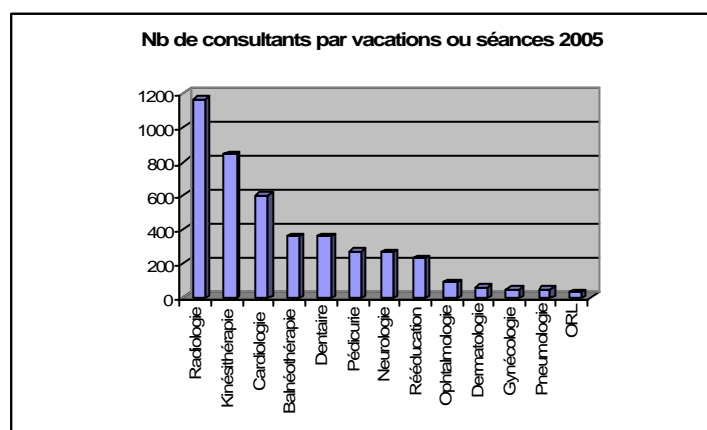
| Fonctions | Nb de personnes | ETP |
|----------------------|-----------------|------------|
| Manipulateurs radio | 1 | 0,75 |
| Kinésithérapeutes | 1 | 0,6 |
| Kinésithérapeutes | 1 | 0,4 |
| Secrétaire | 1 | 0,6 |
| Secrétaire rempl | 1 | 0,2 |
| Pédicure - Podologue | 1 | 0,05 |
| Total | 10 | 4,8 |

Le pédicure podologue effectue 2 vacations par mois.

L'analyse de l'activité donne les résultats suivants

SPECIALITES MEDICALES PAR VACATIONS/SEANCES ET CONSULTANTS - 2005

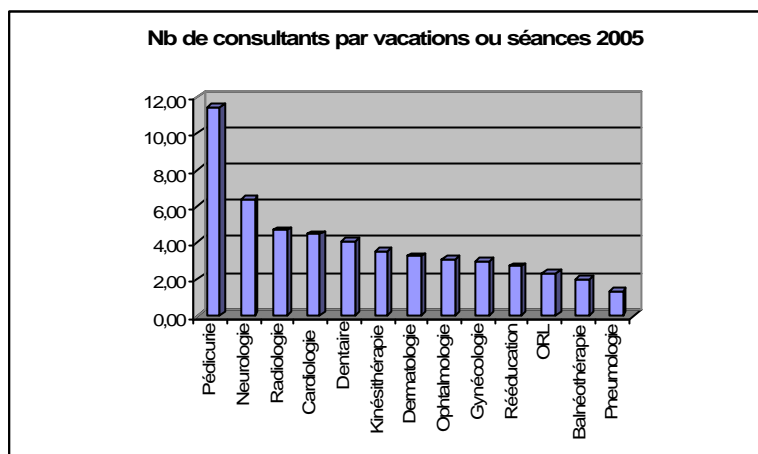
| Spécialité | Vac théor | Vac réel | Consultants | Consul/ Vac |
|----------------|------------|-------------|-------------|-------------|
| Radiologie | | 247 | 1165 | 4,72 |
| Kinésithérapie | | 237 | 843 | 3,56 |
| Cardiologie | 156 | 135 | 602 | 4,46 |
| Balnéothérapie | | 181 | 362 | 2,00 |
| Dentaire | 104 | 89 | 361 | 4,06 |
| Pédicurie | 24 | 24 | 275 | 11,46 |
| Neurologie | 52 | 41 | 263 | 6,41 |
| Rééducation | 104 | 83 | 227 | 2,73 |
| Ophtalmologie | 36 | 30 | 93 | 3,10 |
| Dermatologie | 22 | 18 | 58 | 3,22 |
| Gynécologie | 22 | 17 | 51 | 3,00 |
| Pneumologie | 104 | 37 | 50 | 1,35 |
| ORL | 20 | 15 | 34 | 2,27 |
| Total | 498 | 1154 | 4384 | 4,03 |



En volume total, les activités les plus importantes sont la radiologie et la kinésithérapie.

En effet, il existe un personnel paramédical (manipulateurs radio pour 1,55 ETP et kinésithérapeutes pour 1 ETP) qui intervient tous les jours ouvrables.

En ce qui concerne les consultations proprement dites, la cardiologie est largement en tête avec 602 patients vus. En effet, tous les patients font l'objet d'une ECG lors de leur admission. Viennent ensuite le dentaire, la pédicurie, la neurologie et la rééducation. Les autres spécialités ont une beaucoup plus faible activité. Il s'agit de l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie, la pneumologie et l'ORL.

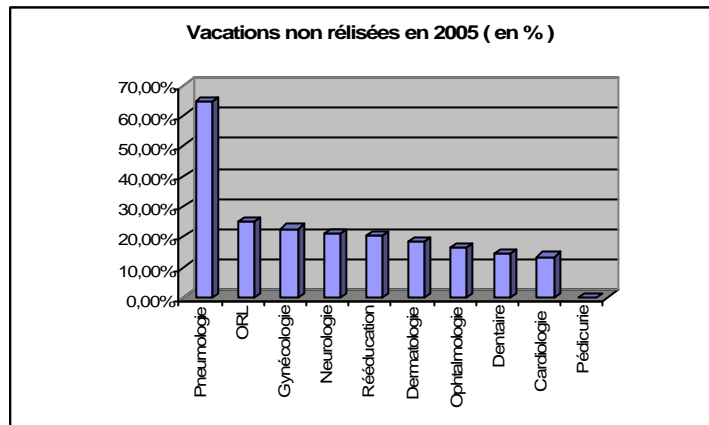


De façon manifeste, les consultations de spécialités sont largement sous utilisées. La plupart d'entre elles se situent entre 2 et 4 patients par vacation. Certaines disciplines dépassent ces valeurs : la neurologie (6,4) et la pédicurie (11,46). En revanche, d'autres consultations sont nettement au dessous de la moyenne et caractérisent une utilisation nettement insuffisante ou mal adaptée au nombre de vacations. Il s'agit de la rééducation, de la pneumologie, de l'ORL et de la balnéothérapie.

Il convient de noter l'écart important entre les vacations théoriques et les vacations réalisées. Il est particulièrement important pour la pneumologie.

ECART ENTRE LES VACATIONS THEORIQUES ET REALISEES - 2005

| Spécialité | Vac th | Vac perd | % |
|---------------|------------|------------|---------------|
| Pneumologie | 104 | 67 | 64,42% |
| ORL | 20 | 5 | 25,00% |
| Gynécologie | 22 | 5 | 22,73% |
| Neurologie | 52 | 11 | 21,15% |
| Rééducation | 104 | 21 | 20,19% |
| Dermatologie | 22 | 4 | 18,18% |
| Ophtalmologie | 36 | 6 | 16,67% |
| Dentaire | 104 | 15 | 14,42% |
| Cardiologie | 156 | 21 | 13,46% |
| Pédicurie | 24 | 0 | 0,00% |
| Total | 644 | 155 | 24,07% |



Près du quart des vacations ne sont pas réalisées suite à un manque de consultants ou une indisponibilité du médecin. La situation est particulièrement critique à ce sujet là en pneumologie. En revanche, la situation est meilleure en cardiologie et dentaire. Seule, la pédiatrie assure la totalité de ses vacations.

Afin d'élargir l'activité et d'ouvrir le CHS sur l'extérieur, des partenariats existent dans plusieurs disciplines :

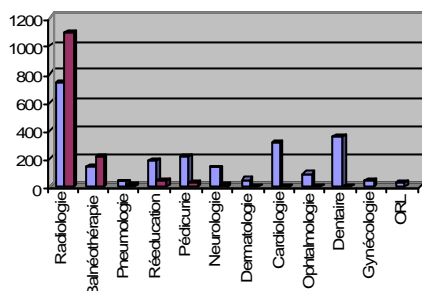
| Discipline | Partenariat |
|---|--|
| Radiologie, pneumologie | Lutte contre la tuberculose (CLCT), MAS de Bassens, Accueil Savoyard, Médecine du travail du CHS |
| Neurologie | Accueil Savoyard |
| Rééducation, Kinésithérapie, Balnéothérapie | MAS |

En terme d'activité, cela donne les résultats suivants :

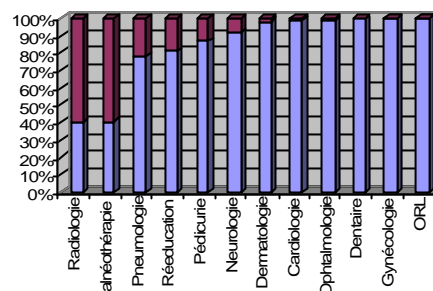
REPARTITION DES CONSULTANTS ENTRE LE CHS ET L'EXTERIEUR - 2005

| Spécialité | CHS | Ext | Total | % CHS | % Ext |
|----------------|-------------|-------------|-------------|---------|--------|
| Radiologie | 734 | 1091 | 1825 | 40,22% | 59,78% |
| Balnéothérapie | 147 | 215 | 362 | 40,61% | 59,39% |
| Pneumologie | 39 | 11 | 50 | 78,00% | 22,00% |
| Rééducation | 184 | 43 | 227 | 81,06% | 18,94% |
| Pédiatrie | 214 | 34 | 248 | 86,29% | 13,71% |
| Neurologie | 135 | 11 | 146 | 92,47% | 7,53% |
| Dermatologie | 56 | 1 | 57 | 98,25% | 1,75% |
| Cardiologie | 312 | 5 | 317 | 98,42% | 1,58% |
| Ophtalmologie | 92 | 1 | 93 | 98,92% | 1,08% |
| Dentaire | 359 | 2 | 361 | 99,45% | 0,55% |
| Gynécologie | 46 | | 46 | 100,00% | 0,00% |
| ORL | 34 | | 34 | 100,00% | 0,00% |
| | 2352 | 1414 | 3766 | | |

Répartition du Nb de consultants entre le CHS et l'extérieur en 2005



Répartition des consultants entre le CHS et l'extérieur en 2005 (en %)



Les consultants extérieurs sont majoritaires pour la radiologie et la balnéothérapie. Ils avoisinent le quart pour la pneumologie et la rééducation et seulement 10 % pour la pédicurie et la neurologie. Les autres spécialités fonctionnent quasi exclusivement avec les patients du CHS.

La répartition par spécialités des partenaires extérieurs est la suivante :

PARTENAIRES EXTERIEURS PAR SPECIALITES ET PAR CONSULTANTS - 2005

| Spécialités | Accueil Savoyard | MAS | Médecine Travail | Tuberculose | Autres Ext | Total |
|----------------|------------------|------------|------------------|-------------|------------|-------------|
| Balnéothérapie | | 215 | | | | 215 |
| Rééducation | 1 | 42 | | | | 43 |
| Pédicurie | | 34 | | | | 34 |
| Radiologie | 37 | 9 | 383 | 660 | 2 | 1091 |
| Cardiologie | | 3 | 2 | | | 5 |
| Dentaire | | 2 | | | | 2 |
| Dermatologie | | 1 | | | | 1 |
| Ophthalmologie | | 1 | | | | 1 |
| Neurologie | 10 | 1 | | | | 11 |
| Pneumologie | | | 11 | | | 11 |
| | 48 | 308 | 396 | 660 | 2 | 1414 |

La lutte contre la tuberculose constitue le premier partenaire (660 consultants) et concerne la radiologie. Cette activité a été reprise par l'Etat en 2006 dans le cadre du Centre de Lutte Contre la Tuberculose (CLCT). Le secrétariat et les vaccinations BCG sont effectués par du personnel du CH de Chambéry. Les pédiatres refusant le plus souvent de pratiquer la vaccination, le nombre de consultants en bas âge ne cesse d'augmenter. Cela pose des problèmes de proximité en salle d'attente avec d'éventuels patients psychiatriques en phase de dépistage présumé de tuberculose.

La médecine du travail (personnel du CHS) constitue le second partenaire (396 consultants). Elle concerne la radiologie et la pneumologie. Le troisième partenaire est la

MAS (308 consultants) qui intervient principalement en balnéothérapie (l'installation est située sur place) et accessoirement la rééducation et la pédicurie.

La place de l'Accueil Savoyard, structure médico-sociale pour personnes handicapées concerne principalement la radiologie et représente un volume réduit.

Un dossier unique a été constitué pour le GCSM ainsi qu'un bon unique de prise de rendez-vous (couleur violette) à l'intention des unités de soins. Ces dossiers sont archivés dans les locaux de consultations.

Le service est apprécié pour sa proximité et son adaptabilité aux patients psychiatriques.

3.2. Les liens avec les partenaires extérieurs

Le partenaire extérieur le plus important est évidemment le CH de Chambéry mais il ne faut pas oublier le rôle majeur joué par les médecins généralistes ou les structures sociales et médico-sociales.

3.2.1. Les liens avec le CH de Chambéry

Les liens avec le CH de Chambéry sont importants. Ils interviennent à 5 niveaux différents : les urgences, les consultations, les hospitalisations, la mise à disposition et la formation des personnels.

- Le volume des transferts entre le CHS et le CH peut être estimé à partir des carnets de rendez-vous du garage. Une analyse sur le mois de mai 2006 permet d'obtenir les données suivantes :

TRANSFERTS DE PATIENTS ENTRE LE CHS ET LE CH : MAI 2006

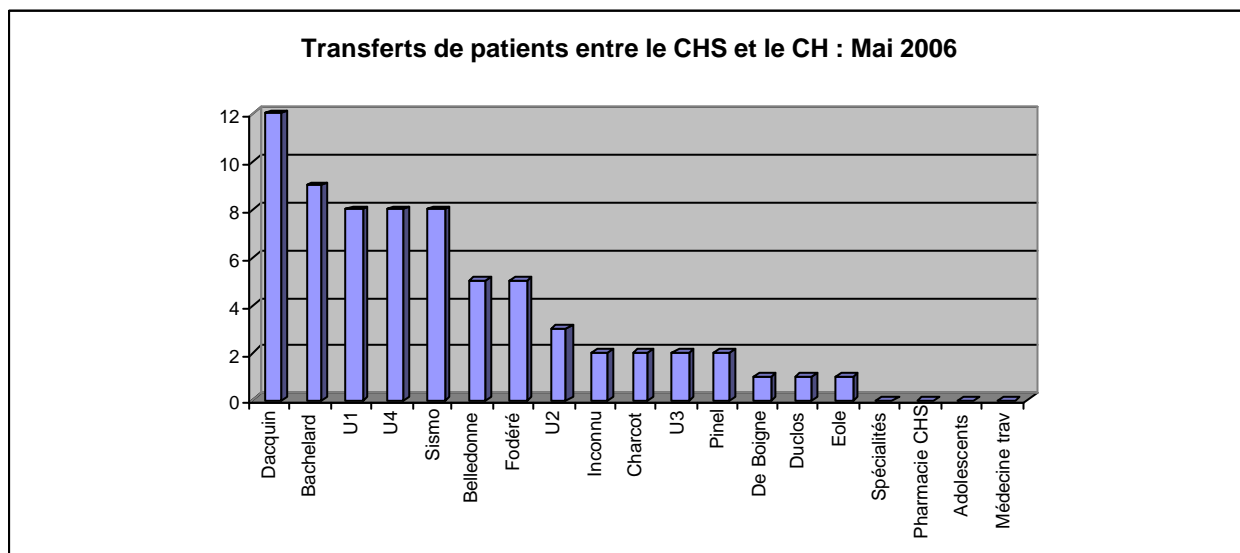
| Unité | CH | Sismo CH | Urgences CH | Maternité CH | Total |
|-----------|----|----------|----------------|-----------------|-------|
| Dacquin | 12 | | | | 12 |
| Bachelard | 8 | | | 1 | 9 |
| U1 | 7 | | | 1 | 8 |
| U4 | 8 | | | | 8 |
| Sismo | | 8 | | | 8 |

TRANSFERTS DE PATIENTS ENTRE LE CHS ET LE CH : MAI 2006

| Unité | CH | Sismo CH | Urgences CH | Maternité CH | Total |
|---------------|-----------|----------|----------------|-----------------|-----------|
| Belledonne | 5 | | | | 5 |
| Fodéré | 5 | | | | 5 |
| U2 | 2 | | 1 | | 3 |
| Inconnu | | | 2 | | 2 |
| Charcot | 1 | | 1 | | 2 |
| U3 | 2 | | | | 2 |
| Pinel | 2 | | | | 2 |
| De Boigne | 1 | | | | 1 |
| Duclos | | | 1 | | 1 |
| Eole | 1 | | | | 1 |
| Spécialités | | | | | 0 |
| Pharmacie CHS | | | | | 0 |
| Adolescents | | | | | 0 |
| Médecine trav | | | | | 0 |
| Total | 54 | 8 | 5 | 2 | 69 |

69 transferts de patients ont été effectués entre le CHS et le CH en mai 2006. Sur cet ensemble, les urgences ne représentent que 5 transferts, ce qui est particulièrement faible en volume.

La répartition par unités est la suivante.



L'unité Dacquin est largement en tête (12 transferts) suivie par Bachelard (9) U1 et U4 (8). Ici encore, les unités d'entrée sont sur représentées par rapport aux unités de chroniques ou long cours.

La sismothérapie représente 8 transferts mais concerne environ 40 patients (séances de 5 patients environ). On peut également noter l'envoi de patient provenant des hôpitaux de jour (Fodéré, Eole).

**TRANSMISSIONS ENTRE LE CHS
ET LE CH : MAI 2006**

| Unité | Labo CH | Courrier CH | Pharmac ie CH | Total |
|---------------|-----------|----------------|------------------|-----------|
| Dacquin | 3 | | | 3 |
| Bachelard | 3 | | | 3 |
| U1 | 1 | | | 1 |
| U4 | 1 | 9 | | 10 |
| Sismo | 2 | | | 2 |
| Belledonne | 5 | 1 | | 6 |
| Fodéré | | | | 0 |
| U2 | | | | 0 |
| Inconnu | | | | 0 |
| Charcot | 1 | | | 1 |
| U3 | | | | 0 |
| Pinel | 1 | | | 1 |
| De Boigne | | | 2 | 2 |
| Duclos | | | | 0 |
| Eole | 1 | | | 1 |
| Spécialités | | | | 0 |
| Pharmacie CHS | | | | 0 |
| Adolescents | | | | 0 |
| Médecine trav | 1 | | | 1 |
| Total | 19 | 10 | 2 | 31 |

Au delà des transferts de patients, les liens entre le CHS et le CH concernent principalement les transmissions d'analyses et examens (19) et les courriers médicaux (10).

- Le volume des hospitalisations peut aussi être appréhendé au travers des données fournies par le CH de Chambéry concernant les patients du CHS pour 2005. En effet, 55 patients ont été admis au CH au cours de cette année pour un total de 72 mouvements et 3299 journées d'hospitalisation. La répartition par services donne les résultats suivants :

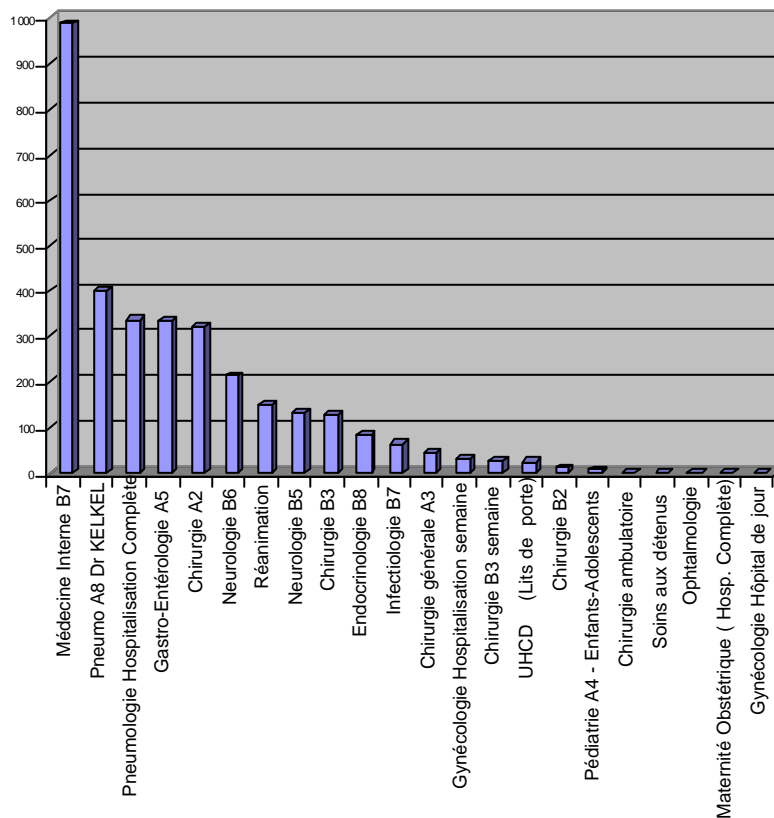
**SERVICES DU CH AYANT ACCUEILLIS DES PATIENTS DU
CHS EN 2005**

| Libellé UF | Nb de mouvements | Durée mouvement (en jours) |
|---|---------------------|----------------------------------|
| Médecine Interne B7 | 5 | 988 |
| Pneumo A8 Dr KELKEL | 4 | 402 |
| Pneumologie Hospitalisation Complète | 5 | 336 |
| Gastro-Entérologie A5 | 14 | 335 |
| Chirurgie A2 | 7 | 324 |

SERVICES DU CH AYANT ACCUEILLIS DES PATIENTS DU CHS EN 2005

| Libellé UF | Nb de mouvements | Durée mouvement (en jours) |
|---|------------------|----------------------------|
| Neurologie B6 | 5 | 215 |
| Réanimation | 5 | 150 |
| Neurologie B5 | 4 | 133 |
| Chirurgie B3 | 3 | 126 |
| Endocrinologie B8 | 3 | 84 |
| Infectiologie B7 | 1 | 65 |
| Chirurgie générale A3 | 6 | 45 |
| Gynécologie Hospitalisation semaine | 1 | 30 |
| Chirurgie B3 semaine | 3 | 27 |
| UHCD (Lits de porte) | 12 | 24 |
| Chirurgie B2 | 1 | 9 |
| Pédiatrie A4 - Enfants-Adolescents | 1 | 6 |
| Chirurgie ambulatoire | 2 | 0 |
| Soins aux détenus | 1 | 0 |
| Ophtalmologie | 1 | 0 |
| Maternité Obstétrique (Hosp. Complète) | 1 | 0 |
| Gynécologie Hôpital de jour | 1 | 0 |
| Total | 86 | 3 299 |

Patients du CHS hospitalisés au CH en 2005



Le service de médecine interne est largement en tête avec 988 journées d'hospitalisation. Avec seulement 5 mouvements, les séjours sont particulièrement longs. Il en est de même pour les deux services de pneumologie (respectivement 402 et 336 jours pour 4 et 5 mouvements).

La situation est différente pour la gastro-entérologie. Le service totalise 335 mais enregistre 14 mouvements. Les hospitalisations sont nombreuses mais de courte durée.

La chirurgie est à peu près au même niveau avec 324 jours mais seulement 7 mouvements.

Enfin, l'UHCD (lits portes des urgences) comprend un nombre de mouvements établi à 14 pour seulement 24 jours.

Les autres disciplines sont plus faiblement représentées.

Les hospitalisations restent peu importantes en volume. Elles concernent principalement les poly pathologies complexes (médecine interne), les problèmes respiratoires (pathologies chroniques à longue durée d'hospitalisation), la gastro-entérologie (pour des problèmes de courtes durée comme le risque d'occlusion intestinale suite à une constipation chronique) et la chirurgie.

3.2.2. Les liens avec les médecins généralistes et les structures sociales et médico-sociales :

Il est difficile d'avoir des données chiffrées dans ce domaine.

Dans la mesure du possible, un courrier est adressé au médecin traitant ou à la structure d'hébergement du patient lors de la sortie du CHS mais cette pratique n'est pas formalisée et ne présente pas un caractère systématique.

La sortie du patient fait l'objet d'une préparation par l'équipe pluridisciplinaire médicale et para médicale, le patient et son entourage. Dans ce cadre, l'ensemble de la prise en charge est envisagé mais il n'existe pas de procédures particulières ou de réflexion spécifique concernant le suivi somatique.

3.3. Les limites du dispositif actuel

Le dispositif actuel pose un problème majeur de cohérence et de coordination d'ensemble. En effet, la prise en charge du patient reste fractionnée entre la médecine générale des unités de soins effectuée à la demande du psychiatre, le GCSM, le CH de Chambéry et le médecin de ville. Les interfaces entre ces différents intervenants ne sont pas définies et fonctionnent au cas par cas sans véritable vision d'ensemble.

A ce jour, ni le chef de service du GCSM, ni le PH coordinateur de la médecine générale ne sont en mesure de coordonner l'ensemble des intervenants de médecine somatique en l'absence de politique somatique clairement définie à l'échelle de l'établissement.

Cette situation entraîne des difficultés et des questionnements qui se manifestent par :

- Une absence de suivi de l'état somatique des patients à l'échelle de l'établissement et de traçabilité des actes somatiques pratiqués dans les unités de soins
- Une absence de continuité somatique (les généralistes ne sont pas remplacés pendant leurs absences ou congés, il n'existe pas d'astreinte ou de garde somatique spécifique)
- Une absence de liens établis et organisés entre la médecine générale des unités et le GCSM
- Des difficultés de liaison entre le CHS et le CH de Chambéry : durées d'attente importantes aux urgences et aux consultations nécessitant la mobilisation à long terme d'un accompagnant, délai parfois long pour obtenir un rendez-vous, envoi aux urgences de patients qui ne le nécessitent pas toujours, manque de liens établis entre le médecin du CH et le médecins du CHS
- Absence de formalisation des liens avec la médecine de ville

Au delà de ce problème général, des difficultés spécifiques d'organisation se manifestent :

- La grande difficulté pour recruter de nouveaux praticiens pour effectuer des vacations de médecine générale (le poste d'Aix les bains est vacant depuis plusieurs mois) ou de spécialités (plusieurs départs à la retraite sont envisagés dans un proche avenir).

Le manque d'optimisation de certaines vacations dont l'activité est particulièrement faible (ORL, gynécologie, dermatologie, ophtalmologie) ou de la balnéothérapie

DEUXIEME PARTIE : PROPOSITIONS D'AMELIORATION

4. Axes d'amélioration concernant la prise en charge somatique des patients psychiatriques : objectifs institutionnels et exemples extérieurs

4.1. Les objectifs et les projets contenus dans le projet d'établissement et dans le SROS

➤ Les objectifs et projets contenus dans le SROS

La version 3 du SROS Rhône-Alpes pour la période 2006-2010 aborde la prise en charge somatique des patients psychiatriques dans le paragraphe concernant l'amélioration de la psychiatrie de liaison. De cette façon, il crée une liaison directe avec cette dernière.

*En effet, le texte préconise de « Généraliser la mise en place dans les unités de soins psychiatriques d'une médecine de liaison effectuée par les services des centres hospitaliers généraux : elle est particulièrement nécessaire en ce qui concerne la neurologie, la cardiologie et pour les malades hospitalisés au long cours
L'organisation de cette médecine de liaison sera précisée comme celle de la psychiatrie de liaison, dans un document commun constituant convention et approuvé par le CME »*

Il ressort de ce texte qu'une intervention de médecine somatique doit être effectuée par les centres hospitaliers généraux dans les centres hospitaliers spécialisés. Le concept n'est pas clairement défini mais apparaît ainsi comme une véritable réciproque ou contrepartie de la psychiatrie de liaison.

Cette intervention concerne particulièrement la neurologie, la cardiologie et la prise en charge somatique des patients au long cours. L'approche est spécialisée dans les deux premiers cas et généraliste dans le dernier.

Les modalités d'intervention de cette médecine de liaison doivent être précisées dans un document commun avec la psychiatrie de liaison. Le lien structurel entre ces deux types d'interventions est donc établi de façon directe.

➤ Les objectifs contenus dans le projet d'établissement

Le projet d'établissement 2006-2010 reprend dans ses grandes lignes les mêmes orientations. En effet, l'amélioration de la prise en charge somatique des patients hospitalisés au CHS de la Savoie constitue un des axes prioritaires du projet médical.

Concernant le dispositif somatique interne au CHS, 3 orientations sont fixées :

- Développer le partenariat en vue d'une optimisation de son plateau technique : il s'agit de trouver des partenaires extérieurs afin de pallier à la sous utilisation de certaines vacations spécialisées (ORL, gynécologie ...) ou activités (balnéothérapie)
- Accueillir chaque semestre les nouveaux internes et contribuer à leur formation
- Privilégier l'intervention des PH du CH de Chambéry en vue de promouvoir la médecine somatique de liaison : il s'agit de la même notion que celle contenue dans le SROS. Le contenu de cette intervention reste cependant à préciser et à organiser.

Concernant les liens avec le CH de Chambéry, le projet prévoit deux types de dispositifs :

- Organisation d'une prise en charge adaptée et protocolisée au niveau des consultations, du plateau technique ou des unités d'hospitalisation du CH
- Formalisation d'un protocole d'admission aux urgences

Dans les deux cas, il s'agit de prendre en compte les difficultés spécifiques d'accueil des patients psychiatriques et de réduire les délais d'attente.

La réciprocité entre psychiatrie et médecine de liaison est formulée directement. En effet, le texte précise que les dispositifs qui seront mis en place s'inscrivent « *dans la logique du principe de réciprocité lié au fonctionnement de la psychiatrie de liaison au CH de Chambéry* ».

Le SROS et le projet d'établissement se trouvent donc en complémentarité directe autour de la notion de médecine de liaison. Cette dernière apparaît comme un axe prioritaire permettant une amélioration significative de la prise en charge somatique des patients du CHS. En revanche, son contenu reste vague et nécessite d'être défini et précisé. De plus, l'implication des hôpitaux généraux n'est pas garantie.

4.2. Les exemples extérieurs

L'observation d'exemples extérieurs est particulièrement riche d'enseignement et permet de mesurer l'écart entre les objectifs et les réalisations concrètes.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai effectué des visites dans 4 établissements répondant à 3 modèles différents de prise en charge somatique des patients psychiatriques :

- CH le Vinatier à Lyon avec une unité d'hospitalisation complète de médecine somatique à l'intérieur du CHS
- EPSM de Ville Evrard et de Maison Blanche à Neuilly sur Marne (Seine St Denis) : modèle de prise en charge somatique globale organisée et coordonnée depuis le CHS
- CH de Vienne (Isère) : exemple de prise en charge somatique dans des unités d'hospitalisation intégrées à un hôpital général

En revanche, il n'a pas été possible de trouver des exemples de mise en œuvre effective de médecine de liaison organisée et structurée entre un établissement psychiatrique et un centre hospitalier général.

4.2.1. Une unité de médecine somatique à l'intérieur d'un établissement psychiatrique : le CH du Vinatier à Lyon

Le CH Le Vinatier à Lyon est le plus grand établissement psychiatrique de la région Rhône Alpes. En effet, il couvre un territoire en grande partie urbain comprenant 12 secteurs de psychiatrie adulte et 5 secteurs de psychiatrie enfant.

Le dispositif somatique du CH Le Vinatier est structuré autour de 3 pôles :

- Médecine générale dans les unités d'hospitalisation : elle est organisée sous la forme de vacations de médecins généralistes (vacataires et praticiens attachés) intervenant dans le cadre du service. Ils interviennent à la demande du psychiatre et de l'équipe soignante. La continuité somatique est assurée par les internes de garde
- Consultations de spécialités médicales : elles concernent la dermatologie, gynécologie, neurologie, ophtalmologie, ORL et rhumatologie. Elle sont assurées par des vacataires spécialistes à raison de 1 à 2 vacations par semaine. Ce dispositif est renforcé par des consultations de médecine générale, un service d'odontologie, une unité de kinésithérapie, des consultations de pédicurie, une unité d'imagerie médicale , une unité d'électroencéphalogramme et un laboratoire. Ce plateau technique est tout à fait exceptionnel dans un établissement psychiatrique.
- Unités d'hospitalisation complète en médecine générale : il s'agit d'un dispositif unique en France. En effet, les patients du Vinatier présentant de graves troubles somatiques sont hospitalisés sur place dans l'une des deux unités comprenant 23 lits (soit 46 lits au total). Le recrutement dépasse le seul hôpital du Vinatier. En effet, les entrées se répartissent de la façon suivante :

- Patients provenant d'un établissement psychiatrique : 1/3 (dont 90 % du Vinatier)
- Patients provenant des HCL (Edouard Herriot) : 1/3 (dont beaucoup proviennent des urgences)
- Patients provenant de l'extérieur : 1/3 (dont beaucoup sont adressés par les CMP)

Le CH du Vinatier prend donc en charge de façon directe et complète la prise en charge somatique de la plupart des pathologies somatiques (à l'exception de la chirurgie et des actes techniques complexes). Il dispose d'un important plateau technique et de capacités non négligeables d'hospitalisation complète.

Ce modèle de prise en charge somatique original est le fruit d'une évolution particulière de l'hôpital du Vinatier et se trouve remis en question par les évolutions actuelles. En effet, les coûts de l'hospitalisation sont plus élevés que dans un service de médecine interne en hôpital général (doublement des équipes soignantes). Dans ces conditions, le passage à la T2A est particulièrement pénalisant nécessite des adaptations (négociation de MIGAC, passage en hospitalisation psychiatrique).

A ce titre, plusieurs interrogations restent posées :

- Est-il nécessaire d'hospitaliser les patients psychiatriques dans des unités spéciales pour traiter leurs affections somatiques ? Dans la pratique, la plupart des hospitalisations somatiques à l'hôpital général se déroulent dans de bonnes conditions.
- De plus, ne risque t-on pas de créer une sorte de ghetto contraire à l'évolution générale d'ouverture des établissements psychiatriques sur la cité ?

4.2.2. Un service somatique qui coordonne l'ensemble de la prise en charge

Ce deuxième modèle correspond aux exemples des EPSM de Ville Evrard et de Maison Blanche. Il reprend les recommandations formulées par l'Association pour la promotion des soins somatiques en santé mentale.

- L'exemple de l'EPSM de Ville Evrard :

L'EPS de Ville Evrard couvre une zone géographique constituée par le département de la Seine St Denis. Il comprend 15 secteurs adultes et 3 secteurs infanto juvéniles pour une population totale de 1,5 millions d'habitants.

L'établissement se répartit autour de 4 sites d'hospitalisation complète : Neuilly sur Marne, St Denis, Aubervilliers et Bondy.

Le dispositif somatique est construit autour d'un projet somatique, partie intégrante du projet médical. Ce dernier prend en compte l'ensemble des prises en charge : actions de prévention et d'éducation à la santé, médecine générale dans les services, consultations aux spécialités médicales, prise en charge de l'urgence somatique, liens avec les CH (urgences, consultations, examens, hospitalisations, liens avec les médecins traitants et les structures médico-sociales.

Le projet somatique est soutenu et porté par un chef de service somaticien, responsable de sa mise en œuvre et coordonnateur de l'ensemble des interventions internes et externes. De cette façon, le patient est pris en compte dans sa globalité tout au long de son parcours.

Le dispositif est organisé en 3 pôles :

- Le pôle clinique :

En intra hospitalier, tous les patients hospitalisés (adultes et enfants) ont un examen clinique somatique d'entrée pratiqué par des médecins généralistes senior (2 PH, 5 assistants plein temps) et toujours accompagné d'examens complémentaires (ECG, examens biologiques de base). A cette occasion, un dossier somatique est automatiquement constitué.

Parallèlement des consultations de spécialités médicales sont organisées dans les disciplines suivantes : cardiologie, dentaire, dermatologie, douleur et soins palliatifs, endocrinologie et nutrition, gastro-hépat-entérologie, gynécologie, ophtalmologie, pneumologie. Par ailleurs, le service dispose de l'unité de pédicurie et de kinésithérapie.

Après la sortie du patient, le médecin traitant retrouve son rôle de pivot. Il est destinataire de l'ensemble des éléments médicaux permettant le suivi somatique du patient. En l'absence de médecin traitant, d'autres solutions sont recherchées : centre municipal de santé, hôpital général, cliniques privées. Une association « MGPsy 93 » a mis en place un réseau Hôpital-Ville formé de généralistes et de psychiatres afin de résoudre les situations les plus complexes. Enfin, en l'absence de toute solution alternative, les somaticiens de Ville Evrard continuent de suivre le patient.

- Le pôle prévention :

Il est assuré par le service somatique et comprend des actions de prévention et d'éducation à la santé :

- Lutte contre le tabagisme
- Dépistage gynécologique systématique
- Suivi et éducation des patients diabétiques
- Accompagnement à l'hygiène alimentaire (équipe des diététiciens)
- Accompagnement à l'hygiène bucco-dentaire
- Prise en charge de la douleur (en lien avec le CLUD)

- Le pôle formation :

Il permet d'intégrer les problématiques somatiques dans le cadre de la formation permanente (urgences somatiques, gestes techniques ..) Il participe aussi à la formation dans le cadre du Diplôme universitaire de soins somatiques en santé mentale préparé par la faculté de médecine de Paris sud.

- L'EPSM de Maison Blanche :

L'hôpital Maison Blanche couvre les arrondissements du Nord Est parisien. Il comprend 450 lits pour une population de 750 000 habitants. Le site principal est également situé à Neuilly sur Marne mais le projet d'établissement 2001-2005 a engagé une délocalisation dans les arrondissements parisiens. A ce jour, 2 structures avec hospitalisation complète sont ouvertes à Paris (Avron et Hauteville) et deux autres doivent ouvrir d'ici 2008. A terme, le site de Maison Blanche ne comprendra que 3 pavillons de patients chroniques déficitaires et de polyhandicapés ainsi qu'un long séjour médicalisé.

Le projet du service de médecine organise la prise en charge autour de 5 dispositifs complémentaires :

- Une structure centrale :

C'est le centre logistique du service de médecine. C'est en son sein que se coordonnent toutes les actions médicales somatiques : centralisation des informations médicales et

administratives, gestion du service, liens avec les différentes structures, liens avec les partenaires externes (hôpitaux généraux, praticiens libéraux, ...).

- Les unités médicales mobiles :

Implantées dans les différents sites, elles comprennent un PH, 2 IDE, une secrétaire. Elles assurent le suivi somatique des patients de l'unité en lien avec le psychiatre référent. Les consultations se font sur place ou dans les locaux dédiés.

- Les infirmières de liaison :

Il s'agit là d'une particularité du site de Maison Blanche. Ces infirmières ont un rôle primordial. En effet, elles assurent les accompagnements lors des transports aux consultations externes et lors des transferts programmés. Cela évite d'avoir recours au personnel soignant des unités.

Elles assurent aussi le lien avec les somaticiens lorsque les difficultés de compréhension et d'expression des patients sont trop importantes.

Cette organisation permet enfin d'optimiser la gestion des rendez-vous des différents examens en maîtrisant le planning du personnel dédié à l'accompagnement , en coordination avec le planning du service transports.

- Le service de garde somatique :

Il assure la prise en charge des urgences somatiques 24h / 24 et 7 j/7. Il permet au somaticien de garde de donner avis et conseils à la demande des médecins psychiatres. En cas de besoin, il peut intervenir dans chaque structure avec un délai d'environ 20 à 30 minutes pour les unités situées à Paris.

- Le réseau Maison Blanche :

Il représente les 3 niveaux d'intervention dans le domaine somatique nécessitant une étroite collaboration

Le maillon interne regroupe les compétences intérieures de l'établissement : médecins psychiatres et somaticiens, soignants et paramédicaux, psychologues

Le maillon intermédiaire rassemble toutes les compétences externes publiques et privées pour effectuer des diagnostics (explorations de biologie et d'imagerie) et des consultations spécialisées (praticiens libéraux, cliniques)

Le maillon externe est constitué par les médecins de famille adhérents au réseau Maison Blanche.

Le patient fait ainsi l'objet d'une prise en charge coordonnée entre ces différents réseaux au fil de son cheminement individuel.

- Un service somatique coordonné par un projet et un service médical :

Les dispositifs somatiques mis en place à Ville Evrard et à Maison Blanche ont particulièrement amélioré la prise en charge des patients psychiatriques. Il s'agit d'une politique reconnue dans l'établissement. De plus, les relations entre somatique et psychiatrie se sont nettement améliorées.

Dans les deux cas, les établissements ont mis en place des dispositifs prenant en charge dans la globalité les différents types d'interventions somatiques, que ce soit à l'intra ou à l'extra hospitalier. Cette démarche est fortement structurée à l'intérieur de l'établissement grâce :

- à la validation d'un projet somatique transversal par les instances,
- à l'organisation d'un service somatique coordonnant les différentes interventions internes et externes et
- à l'investissement d'un chef de service somaticien pleinement reconnu dans sa mission.

4.2.3. Un service somatique installé à l'hôpital général : le CH de Vienne (Isère)

Le CH de Vienne (Isère), comprend 450 lits au total dont 64 de psychiatrie (2 secteurs adultes et 1 secteur infanto-juvénile).

La prise en charge somatique fait l'objet d'un accord interne entre services somatiques et psychiatriques pour organiser de façon réciproque psychiatrie et médecine de liaison.

Dans la pratique, la mise en œuvre concrète dépend davantage des relations interpersonnelles entre chefs de service que de protocoles formalisés.

Tous les services de psychiatrie participent à la psychiatrie de liaison mais un seul bénéficie de la médecine de liaison. Dans ce dernier cas, le suivi somatique des patients est assuré par des consultations régulières (2 fois par semaine) de 2 médecins du

service de médecine interne et rhumatologie. La continuité somatique est assurée par les internes de garde et le transfert aux urgences en cas de besoins.

En revanche, l'autre service de psychiatrie ne bénéficie d'aucun intervention de médecine de liaison. La prise en charge est effectuée par le psychiatre ou à défaut par l'interne de garde et les urgences.

Tous les patients hospitalisés en psychiatrie passent d'abord par les urgences qui effectuent des examens d'entrée. Au niveau des consultations spécialisées, il n'existe pas de priorité pour les patients psychiatriques.

Ces différents dispositifs coexistent mais ne font pas l'objet d'une coordination d'ensemble. Il n'existe pas de projets somatiques définis dans l'établissement. Le chef de service de psychiatrie reste le seul garant de la prise en charge globale du patient. Il est possible d'en conclure que l'intégration dans l'hôpital général ne constitue pas une solution en soi permettant de résoudre les problèmes de prise en charge somatique des patients psychiatrique.

5. Propositions d'amélioration et de réorganisation de la prise en charge somatique des patients du CHS de la Savoie

L'amélioration de la prise en charge somatique des patients du CHS nécessite la reconnaissance d'une politique somatique à l'échelle de l'établissement et la création d'un service de médecine somatique responsable de la prise en charge du patient sous ses différents aspects (médecine générale, spécialités, relation avec le CH et les partenaires extérieurs).

Au delà de ce cadre d'ensemble les vacations des généralistes et des spécialités doivent être réorganisées afin de mieux répondre à la demande des patients mais aussi d'anticiper les difficultés de recrutement.

Par ailleurs, des liens formalisés doivent être établis avec le CH de Chambéry afin de résoudre les difficultés actuelles et de renforcer la complémentarité entre les deux établissements.

5.1. La reconnaissance d'une politique somatique à l'échelle de l'établissement

Un véritable projet somatique pourrait être élaboré par la CME dans le cadre du projet médical et marquer ainsi la volonté forte de l'établissement de prendre en compte cette problématique. Ce projet peut être préparé par un groupe de travail associant à part égale des médecins psychiatres et des somaticiens.

Il doit comporter :

- Des moyens assurant la traçabilité et le suivi de l'état somatique des patients (analyse et transmission systématique d'informations à caractère somatique : décès, urgences, symptômes ou pathologies spécifiques ou organisation périodique d'enquêtes ou d'études épidémiologiques) ainsi que l'activité somatique (saisie des actes somatiques par le DIM , dossier somatique unique dans le dossier patient)
- L'organisation du dépistage systématique des pathologies somatiques : contenu des examens systématiques d'admission, organisation de la médecine préventive (bilans périodiques : sanguins, bucco-dentaires, cardiaques, gynécologiques)
- L'organisation de mesures d'éducation pour la santé : mesures en faveur de la lutte contre le tabagisme, les conduites addictives, les mauvaises conduites alimentaires
- L'organisation de la continuité somatique (plannings de remplacement pour les généralistes et les spécialistes) et la mise en place d'une garde ou d'une astreinte somatique
- Les modalités et priorités du partenariat avec le CH: conditions de transfert aux urgences et aux consultations, modalités d'hospitalisation des patients du CHS au CH, modalités de transfert d'informations concernant le patient, conditions de mise à disposition de personnels du CH au CHS
- L'organisation du partenariat avec la médecine de ville : transmission d'informations, organisation de la prise en charge des patients désocialisés, organisation éventuelle de consultations spécialisées

La fixation d'objectifs spécifiques propres à favoriser une prise en charge somatique de qualité et propre à permettre d'atténuer la fragilité particulière des patients psychiatriques

5.2. La création d'un service de médecine somatique pleinement responsable des différents aspects de la médecine somatique

5.2.1. La création d'un poste de chef de service de médecine somatique : PH somaticien plein temps

Un service de médecine somatique regroupant les différents intervenants de médecine somatique devrait être constitué autour d'un chef de service, PH somaticien (médecine polyvalente) plein temps affecté au CHS.

Ce chef de service devrait être pleinement responsable de l'ensemble de la médecine somatique : médecine générale dans les services, spécialités médicales, liens avec les partenaires extérieurs

Lui seul serait en mesure de porter le projet somatique dans son élaboration et sa mise en œuvre à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Il pourrait être reconnu comme responsable de la politique somatique par la communauté médicale du CHS mais aussi par les différents partenaires extérieurs (CH, médecine de ville) avec lesquels il est porteur d'une véritable légitimité.

Sa pleine appartenance au CHS serait nécessaire. Une double appartenance (CHS et CH ou CHS et activité libérale) risquerait d'entraîner une démobilité par rapport à la problématique spécifique de la médecine somatique en milieu psychiatrique

5.2.2. Une réorganisation des temps médicaux pour la médecine générale et les spécialités

Une réorganisation d'ensemble du temps médical peut être engagée pour la médecine générale et les spécialités sur les bases suivantes :

- Privilégier le regroupement de vacations de médecine générale éparpillées en postes à temps complet ou à mi temps de généralistes : cela permet d'obtenir une plus grande implication des professionnels et une meilleure continuité de la prise en charge.
- Abandonner les vacations régulières pour les spécialités connaissant une faible activité au profit de vacations ponctuelles à la demande et regroupant un nombre

suffisant. Cela concerne la rééducation, la dermatologie, l'ophtalmologie, la gynécologie, la pneumologie et l'ORL.

- Privilégier le recrutement de praticiens hospitaliers : des conventions de mise à disposition avec le CH doivent être recherchées.
- Obtenir 0,5 poste supplémentaire pour la médecine somatique au titre du COM passé avec l'ARH au titre du projet d'établissement

L'ensemble de ces moyens permet de proposer le réaménagement suivant :

| PROPOSITION DE REORGANISATION DES VACATIONS DE MEDECINE SOMATIQUE | | | |
|--|---------------|--------------|--------------|
| Service | Nb vac | Ecart | Réorg |
| Chambéry sud | 3 | 1 | 4 |
| Chambéry nord | 3 | 1 | 4 |
| Aix les bains | 3 | 1 | 4 |
| Maurienne | 4 | 1 | 5 |
| Tarentaise | 3 | 1 | 4 |
| Adolescents | 1 | 1 | 1 |
| Coordination somatique | | 2 | 2 |
| Médecine Générale | 17 | 8 | 24 |
| Cardiologie | 3 | | 3 |
| Dentaire | 2 | | 2 |
| Radiologie | 2 | | 2 |
| Rééducation fonct | 2 | -1 | 1 |
| Neurologie | 1 | 1 | 2 |
| Pneumologie | 2 | -1,75 | 0,25 |
| Dermatologie | 0,5 | -0,25 | 0,25 |
| Ophtalmologie | 0,75 | -0,25 | 0,5 |
| ORL | 0,5 | -0,25 | 0,25 |
| Gynécologie | 0,5 | -0,25 | 0,25 |
| Spécialités | 14,25 | -2,75 | 11,5 |
| Total | 31,25 | 5,25 | 35,5 |

Cette hypothèse est construite sur la base d'une dotation de 0,5 ETP (PH partagé avec le CH de Chambéry) supplémentaire pour la médecine somatique au titre des moyens attribués par le COM dans le cadre du projet d'établissement.

Quelques vacations (2,75) sont par ailleurs gagnées au titre de la réorganisation médicale des spécialités . Celle-ci est basée sur les principes suivants :

- Réduction de la pneumologie de 2 vacations par semaine à 1 par mois (50 consultants pour 104 vacations théoriques et seulement 37 réalisées)
- Réduction de 2 à 1 vacation par semaine pour la rééducation (2,73 patients par vacations)

- Passage de 1 à 2 vacations par semaine pour la neurologie (263 patients pour seulement 1 vacation par semaine et importance de l'EEG pour certains patients psychiatriques)
- Passage de toutes les petites vacations à faible activité à 1 vacation par mois pour tenir compte de la nouvelle organisation en vacations regroupées à la demande (à l'exception de l'ophtalmologie qui connaît une activité plus importante

Le gain total pour la médecine générale est donc de 7,75 vacations (5 au titre de l'ARH et 2,75 gagnées sur les spécialités) ce qui permet le passage de 17 vacations à 24. Cette dernière valeur correspond davantage aux besoins de l'établissement.

Parallèlement, une réorganisation des vacations de médecine générale peut donc être engagée selon les principes suivants :

- Complément d'une vacation supplémentaire pour tous les services
- Création d'un temps de coordination somatique de 2 vacations au bénéfice du chef de service somaticien afin qu'il puisse exercer pleinement sa mission

La répartition par poste de la médecine générale donne le résultat suivant :

| PROPOSITION DE REORGANISATION DE LA MEDECINE GENERALE | | | |
|--|------------|------------------|------------------|
| Service | Vac | Vac poste | ETP poste |
| Chambéry sud | 4 | 10 | 1 |
| Chambéry nord | 4 | | |
| Coordination somatique | 2 | | |
| Aix les bains | 4 | 9 | 0,9 |
| Tarentaise | 4 | | |
| Adolescents | 1 | | |
| Maurienne | 5 | 5 | 0,5 |
| Médecine Générale | 25 | 25 | 2,4 |

Sur cette base, 2,4 postes peuvent être créés : 2 postes de somaticien à temps complet (1 et 0,9 ETP) entièrement rattachés au CHS et 1 poste à temps partiel selon la répartition ci-dessous.

Le demi poste peut correspondre à celui que devrait créer l'ARH en liaison avec le CH de Chambéry.

Ce dispositif est renforcé par l'intervention de l'interne de médecine générale dont le poste est pérennisé

Sur le plan financier cela donne la répartition suivante :

| COUTS DU DISPOSITIF ACTUEL | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|---------------|------------------|-----------------------------|
| Service | ETP actuel | Postes | Statut | Coût moyen théorique |
| Chambéry nord | 0,3 | 1 | PH temps partiel | 53 990 € |
| Chambéry sud | 0,3 | | | |
| Aix les bains | 0,3 | 1 | P Attaché | 19 602 € |
| Maurienne | 0,4 | 1 | P Attaché | 26 136 € |
| Tarentaise | 0,3 | 1 | P Attaché | 26 136 € |
| Adolescents | 0,1 | | | |
| Médecine générale | 1,7 | 4 | | 125 864 € |
| Cardiologie | 0,3 | 1 | P Attaché | 19 602 € |
| Dentaire | 0,2 | 1 | P Attaché | 13 068 € |
| Radiologie | 0,2 | 1 | P Attaché | 13 068 € |
| Rééducation fonct | 0,2 | 1 | P Attaché | 13 068 € |
| Neurologie | 0,1 | 1 | PH 1/10 tp - CH | 10 285 € |
| Pneumologie | 0,2 | 2 | P Attaché | 13 068 € |
| Dermatologie | 0,05 | 1 | P Attaché | 3 267 € |
| Ophthalmologie | 0,075 | 2 | P Attaché | 4 901 € |
| ORL | 0,05 | 1 | P Attaché | 3 267 € |
| Gynécologie | 0,05 | 2 | P Attaché - CH | 3 267 € |
| Spécialités | 1,425 | 13 | | 96 861 € |
| TOTAL | 3,125 | 17 | | 222 725 € |

Le financement de la réorganisation donne la répartition suivante :

| COUTS DU DISPOSITIF REORGANISE | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|-------------------------|-----------------------------|
| Service | ETP prévus | Postes | Statut | Coût moyen théorique |
| Chambéry nord | 0,4 | 1 | PH temps complet | 102 850 € |
| Chambéry sud | 0,4 | | | |
| Coordination | 0,2 | | | |
| Maurienne | 0,5 | 1 | PH temps complet (CH) | 51 425 € |
| Aix les bains | 0,4 | 1 | P Attaché | 58 806 € |
| Tarentaise | 0,4 | | | |
| Adolescents | 0,1 | | | |

| COUTS DU DISPOSITIF REORGANISE | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Service | ETP prévus | Postes | Statut | Coût moyen théorique |
| Médecine générale | 2,4 | 3 | 0 | 213 081 € |
| Cardiologie | 0,3 | 1 | P Attaché | 19 602 € |
| Dentaire | 0,2 | 1 | P Attaché | 13 068 € |
| Radiologie | 0,2 | 1 | P Attaché | 13 068 € |
| Rééducation fonct | 0,1 | 1 | P Attaché | 6 534 € |
| Neurologie | 0,2 | 1 | PH 1/20 tp - CH | 20 570 € |
| Pneumologie | 0,025 | 2 | P Attaché | 1 634 € |
| Dermatologie | 0,025 | 1 | P Attaché | 1 634 € |
| Ophthalmologie | 0,05 | 2 | P Attaché | 3 267 € |
| ORL | 0,025 | 1 | P Attaché | 1 634 € |
| Gynécologie | 0,025 | 2 | P Attaché - CH | 1 634 € |
| Spécialités | 1,15 | 13 | | 82 645 € |
| TOTAL | 3,55 | 16 | | 295 726 € |
| MOYENS SUPPLEMENTAIRES | | | | |
| Création de poste ARH | 0,5 | 1 | PH temps plein partagé avec CH | 51 425 € |

Le coût total du dispositif passe de 222 725 euros à 295 726 euros. En tenant compte des moyens supplémentaires prévus par l'ARH (poste de PH supplémentaire partagé avec l'ARH) le surcoût de l'opération est de 21 576 euros qu'il conviendra de dégager par redéploiement interne (restructuration du garage et des services techniques).

5.3. Une coopération plus étroite avec le CH de Chambéry

Le CH de Chambéry constitue le troisième élément fondamental dans la prise en charge somatique des patients du CHS. Une coopération plus étroite devrait être établie entre les deux établissements afin :

- De favoriser l'utilisation d'un personnel commun pour les spécialités et le demi poste de médecine générale
- De formaliser les modalités d'organisation pour les consultations et examens, le transfert aux urgences et l'hospitalisation des patients du CHS

5.3.1. Favoriser l'utilisation d'un personnel commun pour les spécialités et le demi-poste de médecine générale

Afin de faire face aux difficultés de recrutement des spécialistes dans le secteur libéral, il est souhaitable d'envisager le remplacement des praticiens libéraux par des praticiens exerçant au CH de Chambéry dans le cadre de conventions de mise à disposition. Ce système existe déjà avec le Dr Tarel (neurologie) et les Dr Mosheni et Lebrun Keris (gynécologie) et donne satisfaction.

Il permet, en outre, de favoriser des relations privilégiées avec le CH pour les prises de rendez-vous et les hospitalisations éventuelles.

Il pourrait notamment être étendu en radiologie (retraite du Dr Marty en septembre 2007) et en ORL (retraite du Dr Roques en juin 2008) .

En revanche, le CH de Chambéry ne dispose pas de dermatologues (retraite du Dr Martel en juillet 2006). Il conviendra donc de rechercher un praticien libéral mais cela s'avère particulièrement difficile dans cette spécialité.

En ce qui concerne la médecine somatique, le CH pourrait être impliqué au niveau du demi poste de somaticien. En effet, il pourrait tout à fait correspondre au poste prévu par l'ARH dans le cadre du COM prévoyant un poste partagé pour moitié entre le CHS (médecine somatique) et le CH (médecine interne et infectiologie).

Cette solution serait à favoriser pour deux raisons :

- Le service de médecine générale et d'infectiologie est tout à fait favorable à une collaboration somatique étroite avec le CHS car il existe des problématiques sociales et sanitaires proches. Un PH de médecine polyvalente est même prêt à exercer à mi temps au CHS avec le soutien total du chef de service
- Comme pour les spécialités, ce poste partagé permettrait de renforcer les liens entre les deux établissements

5.3.2. Elaborer une convention de prise en charge coordonnée des patients du CH et du CHS

Les différents parcours du patient entre le CHS et le CH doivent faire l'objet d'une meilleure organisation et d'une formalisation. Dans ce but, une convention concernant la

prise en charge coordonnée des patients du CH et du CHS pourrait être élaborée. Elle comprendrait les dispositions suivantes :

➤ L'organisation des transferts de patients entre les deux établissements :

Un premier volet comprendrait l'organisation des transferts de patients entre le CHS et le CH : transfert aux urgences et hospitalisation au CH.

Le transfert aux urgences pourrait faire l'objet d'un étayage préalable et systématique au moyen de l'intervention de la future garde somatique mais aussi du médecin du SAMU. Cela devrait réduire les cas injustifiés d'envoi aux urgences.

Concernant les temps d'attente aux urgences, il est possible de mettre en place un système de pré-inscription à distance et d'un appel une heure avant le temps réel de l'examen.

Le principe de transmission systématique des informations psychiatriques et somatiques concernant le patient doit être également acté.

Concernant les hospitalisations, les modalités particulières d'hospitalisation des patients difficiles doivent être précisées : accompagnant permanent dans certains cas

Le second volet correspondrait à la réciproque pour le CH, c'est à dire le transfert des patients du CH vers le CHS.

Comme pour les transferts en sens inverse, il serait utile de préciser l'importance d'un étayage commun et préalable entre les médecins des deux établissements avant l'admission ou la réintégration au CHS ainsi qu'une transmission systématique et mutuelle des informations somatiques et psychiatriques concernant le patient.

➤ L'organisation des consultations et examens entre les deux établissements

Dans le même souci de réciprocité, le premier volet correspondrait aux consultations et examens pratiqués pour les patients du CHS au CH.

L'organisation des prises de rendez-vous pourrait être réalisée par des référents dans les deux établissements (secrétariat des spécialités au CHS et référents par services) et prévoir des modalités spécifiques selon les services : plages regroupées pour les patients du CHS avec consultation sur place ou même aux spécialités du CHS, pré inscription à distance le jour du rendez-vous et appel une heure avant, engagement sur des délais d'attente.

Le second volet concernerait les consultations et conseils psychiatriques en faveur du CH : conditions d'intervention de la psychiatrie de liaison mais également extension de la

présence psychiatrique aux urgences ainsi que le rôle de continuité psychiatrique exercé par la garde et l'astreinte du CHS. La transmission systématique d'informations psychiatriques éventuelles provenant du CHS doit aussi être précisée.

Une telle convention pourrait être suivie dans son application par un groupe de travail commun formé entre les deux établissements et serait appelée à évoluer au gré des évolutions constatées.

5.3.3. L'élaboration de réseau de correspondants extérieurs

La prise en charge somatique des patients doit se poursuivre dans de bonnes conditions à l'extérieur de l'hôpital. Ce sujet est particulièrement important pour des patients psychiatriques souvent déstructurés et peu enclins à poursuivre leur suivi et leur traitement lorsqu'ils sont à l'extérieur.

Cette prise en charge pourrait s'organiser sous forme d'un réseau de soins somatiques associant :

- Des médecins généralistes
- Des structures sociales et médico-sociales prenant en charge des handicapés psychiques ou mentaux
- Les familles des patients

Des exemples de ce type existent à l'extérieur. L'EPS Ville Evrard a mis en place un réseau Hôpital-Ville qui associe les centres municipaux de santé de la Seine St Denis ainsi qu'une association de généralistes volontaires (Psy 93). De plus, les somaticiens de l'établissement y participent directement en donnant des consultations externes à des patients n'ayant pas de généralistes référents.

5.4. Les autres solutions possibles : la médecine de liaison coordonnée par le CH et le transfert de lits au CH

Dans le modèle proposé dans cette note, l'amélioration de la prise en charge somatique des patients est envisagée grâce à une autonomisation de la médecine somatique à l'intérieur du CHS. L'idée de base consiste à dire que l'établissement spécialisé lui-même est le mieux placé pour défendre la problématique spécifique de ses patients dans le cadre d'un véritable réseau interne et externe de prise en charge.

Une autre solution consisterait à dire que la médecine somatique ne correspond pas à la mission première d'un établissement psychiatrique. Cette prise en charge doit donc être coordonnée et soutenue par l'acteur majeur spécialisé en médecine somatique, c'est à dire l'hôpital général. Dans cette optique, deux situations sont possibles :

- Un système de médecine de liaison coordonnée par le CH à l'image de la psychiatrie de liaison au CH
- Un transfert de lits de psychiatrie au sein même de l'hôpital général

5.4.1. Un système de médecine de liaison coordonné par le CH

Ce système correspondrait à une réciproque de la psychiatrie de liaison. Il pourrait s'envisager de la même façon, sous la forme d'une unité fonctionnelle du CH constituée de personnel médical et soignant intervenant à temps partiel dans les unités du CHS. Cette équipe pourrait remplacer ou pour le moins renforcer les vacataires de médecine générale et coordonner l'ensemble de la prise en charge somatique. Cette solution présente en outre l'avantage de créer des liens étroits avec la CH.

L'équipe pourrait être constituée par 2 PH intervenant à mi temps au CHS. Le service de médecine interne et d'infectiologie du CH (Dr Rogeot) serait prêt à y participer.

Cette solution est clairement préconisée par le SROS Rhône Alpes. En effet, il préconise clairement de « *Généraliser la mise en place dans les unités de soins psychiatriques d'une médecine de liaison effectuée par les services des centres hospitaliers généraux : elle est particulièrement nécessaire en ce qui concerne la neurologie, la cardiologie et pour les malades hospitalisés au long cours.* »

« *L'organisation de cette médecine de liaison sera précisée, comme celle de la psychiatrie de liaison, dans un document commun constituant convention et approuvé en CME.* »

Cette solution présente cependant deux inconvénients majeurs :

- L'implication dans la problématique spécifique de la prise en charge somatique en milieu psychiatrique risque d'être moins effective avec un praticien exerçant conjointement en hôpital général. En effet, ce dernier sera toujours écartelé entre des logiques différentes et risque de privilégier le CH compte tenu de son appartenance naturelle de somaticien.
- Il n'existe pas encore de précédents ou de modèles d'équipes de médecine de liaison organisées par les CH et exerçant dans les CHS. En effet le risque est

grand de voir prédominer l'intérêt du CH sur celui du CHS qui se trouve alors marginalisé dans le dispositif.

- En dehors du service de médecine interne et d'infectiologie (Dr Rogeot), il n'existe pas de véritable volonté du CH de s'engager dans la voie d'une médecine de liaison organisée depuis le CH. De plus, les praticiens exerçant la médecine générale ou polyvalente sont peu nombreux. Contrairement à son nom, l'hôpital général est un établissement de soins spécialisés. De plus, la notion de réciprocité entre psychiatrie et médecine de liaison n'est pas reconnue en ces termes par le CH. Pour son Directeur, la psychiatrie de liaison constitue une mission obligatoire de l'établissement psychiatrique qui ne correspond aucunement à une contrepartie.

5.4.2. Le transfert de lits du CHS vers le CH

Il s'agit ici d'une solution plus radicale qui ne relève pas seulement de l'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques mais d'une décision stratégique de la politique médicale de l'établissement.

En ce qui concerne le CHS, le SROS prévoit à moyen terme le transfert des lits de Tarentaise vers le CH d'Albertville Moutiers mais cet objectif n'a pas été retenu par le projet d'établissement actuel. La question de l'incidence d'une telle solution sur les soins somatiques des patients transférés est cependant posée.

L'intégration de l'unité de psychiatrie au sein de l'hôpital général peut paraître séduisante en terme d'amélioration de la prise en charge somatique des patients psychiatriques puisqu'ils se trouvent intégrés physiquement dans une structure spécialisée dans la médecine somatique. En réalité les choses ne sont pas aussi simples.

En effet, les unités de psychiatrie en hôpital général sont souvent dans une situation d'importante marginalisation : localisation excentrée, moyens transférés de la psychiatrie vers le MCO, activité souvent ressentie comme annexe, subsidiaire et peu attractive. Il en résulte une vraie difficulté de relation à l'intérieur même de l'hôpital général.

A ce titre, le SROS de la région Ile de France préconise la création de postes de somaticiens à l'intérieur même des unités de psychiatrie des hôpitaux généraux afin de faire face à cette difficulté qui peut être exacerbée dans certaines situations.

Dans ces conditions, le transfert de lits en hôpital général est loin d'être suffisant en lui-même pour améliorer de façon significative la prise en charge des patients psychiatriques. Il doit également être accompagné de la mise en place d'une coordination spécifique incluant les différents acteurs concernés.

Conclusion

L'amélioration de la prise en charge des patients psychiatriques passe nécessairement par une approche globale et adaptée associant les intervenants internes (équipes psychiatriques et somatiques) et externes (CH, médecine de ville, institutions sociales et médico-sociales, familles).

Il s'agit tout d'abord de sensibiliser ces différents professionnels à la problématique spécifique des difficultés somatiques des patients psychiatriques. Cette question reste encore trop largement méconnue et fait toujours l'objet de préjugés vivaces.

Le manque d'outils d'information et de suivi concernant l'état somatique des patients du CHS traduit d'ailleurs ce manque d'intérêt. Des évaluations régulières et des outils de suivi doivent être mis en œuvre rapidement dans ce domaine. Le déploiement récent de l'évaluation des pratiques professionnelles peut y contribuer en liaison directe avec le service des spécialités, le CLUD et la pharmacie.

La seconde étape consiste à fédérer les professionnels volontaires autour de l'élaboration du projet somatique du CHS, partie intégrante du projet médical. Il permet de fixer des orientations stratégiques et de structurer les différents intervenants autour d'objectifs communs. La reconnaissance institutionnelle d'une telle démarche est par ailleurs, primordiale.

La troisième étape consiste à réorganiser les dispositifs actuels en un service somatique unique dirigé par un chef de service somaticien garant de la mise en œuvre du projet somatique. Ce dernier assurerait la coordination et la cohérence d'ensemble de la prise en charge somatique des patients psychiatriques. Il s'agit d'une fonction transversale permettant d'améliorer les différentes interfaces internes (médecine générale – spécialités – médecins psychiatres) et externes (liens avec le CH, les médecins traitants et les structures sociales et médico-sociales).

Une telle démarche instaure nécessairement une meilleure prise en charge du patient psychiatrique lorsqu'il est hospitalisé au CHS mais également tout au long de son parcours. Elle prend en compte le patient dans sa globalité et permet une approche réellement pluridisciplinaire et complémentaire entre praticiens psychiatriques et somatiques placés sur un plan d'égalité. Ces deux disciplines, culturellement éloignées retrouvent ainsi un enrichissement mutuel permettant une meilleure compréhension du patient.

Cette amélioration de la prise en charge du patient participe enfin à la déstigmatisation du patient psychiatrique et à sa réintégration progressive dans la société. Comme tout être humain, il a le droit d'être entendu, reconnu et soigné dans son corps au même titre que les autres patients.

La réorganisation des soins somatiques au CHS de la Savoie vise cet objectif et cette ambition en conformité avec les valeurs partagées dans l'établissement.

Bibliographie

Revues

BRALET MC, YON V et autres. Causes de la mortalité chez les schizophrènes : étude prospective sur 8 ans d'une cohorte de 150 schizophrènes chroniques. L'encéphale, 2000, n° XXVI, pp 32-41

CASADEBAIG F et PHILIPPE A. Accès aux soins somatiques, morbidité physique et mortalité des patients schizophrènes. La revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 1997, n°6, pp 44-49

CASADEBAIG F, PHILIPP A. et autres. Etat somatique et accès aux soins de patients schizophrènes en secteurs de psychiatrie générale. L'information psychiatrique, n°3, mars 1995, pp 267-271

DONIKYAN R, LAGRANGE J. Intérêt d'un service de médecine en hôpital psychiatrique. Nervure. Novembre 2000, tome XIII n°8, pp37-39

Dossier « En santé mentale : préserver le corps ». Le lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Mai juin 2004, n° 44-45

Dossier « Folie et soins somatiques ». Revue Santé mentale, septembre 2004, n° 90, GAUSSET MF, CASADEBAIG F et autres. Mortalité des malades mentaux : revue de la littérature. L'encéphale, 1992, n°XVIII, pp 93-100

KALICHMAN SC, KELLY JA et autres. Factors associated with risk for HIV infection among chronic mentally ill adults. Am J Psychiatry. Février 2004, n°151-2, pp 221-227

KAMARA SG, PETERSON PD et autres. Prevalence of physical illness among psychiatric inpatients who die of natural causes. Psychiatric services, juin 1998, vol 49, n°6, pp 788-793

LICHTERMANN D, EKELUND J et autres. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. Archives of general psychiatry, juin 2001, n° 58, pp 573-580

MENDEZ P, BOURET S et autres. Intérêt de la médecine générale dans un centre hospitalier spécialisé. Synapse. Octobre 1997, n° 139, pp 41-45
pp 21-67

SARAVANE D, VERNOTTE C. Pour une approche pluridisciplinaire des soins somatiques en psychiatrie. Soins Psychiatrie, 2005, n° 238, pp 8

WINDISCH M, DONIKYAN R et autres. Médecine interne : une spécialité dans le centre hospitalier spécialisé. Annales de psychiatrie. 1992, vol 7 n°4, pp 236-242

Ouvrages

COLLECTIF. Soins somatiques en santé mentale – une question de dignité : journées d'études des 20 et 21 septembre 2002 - La Roche sur Yon. Editions d'Oberstier. juillet 2003

CD rom

Abstracts des congrès 2002, 2003, 2004 et 2005 de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale. Atelier audiovisuel du CH Georges Mazurelle - La Roche sur Yon

Sites internet

www.mnasm.fr

www.parhtage.sante.gouv.fr

www.eps-ville-evrard.fr

www.ch-maison-blanche.fr

www.le.vinatier.fr

Liste des annexes

1. Annexe 1 : Personnes rencontrées en entretien pour la préparation de ce mémoire
2. Annexe 2 : Contenu de l'enquête sur les soins somatiques dans les unités de soins
3. Annexe 3 : Proposition de convention entre le CHS de la Savoie et le CH de Chambéry concernant les transferts de patients et les consultations

Personnes rencontrées en entretien

COUTURIER C : directeur des soins du CH de Chambéry

Dr CHABERT : chef de service des spécialités et du service Chambéry nord au CHS de la Savoie

Dr DAUMONT : chef de service de rhumatologie et médecine interne au CH de Vienne (38)

Dr GUEDEL : médecin de réadaptation fonctionnelle au CHS de la Savoie

Dr GUILLARD : chef du service des soins somatiques de l'EPS Maison Blanche (93)

Dr JEUNOUDET : chef du service de médecine interne du CH Le Vinatier (69)

Dr LARIVIERE : chef de service de psychiatrie (secteur 14) au CH de Vienne (38)

Dr MASSE : chef de service à l'Hôpital Ste Anne à Paris et responsable de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

Dr MAURY : chef du service des urgences et du SAMU au CH de Chambéry

Dr PERRIN : PH de médecine générale au CHS de la Savoie

Dr RANC : présidente de la CME du CHS de la Savoie

Dr ROGEOU : chef du service de médecine interne et infectiologie du CH de Chambéry

Dr SARAVANE : chef du service des spécialités médicales à l'EPSM Ville Evrard (93) et Président de l'Association Nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale

HIDALGO C : cadre de santé (unité Dacquin) au CHS de la Savoie

LASSERRE JM : directeur du CHS de la Savoie

PIELLARD A : cadre des urgences au CH de Chambéry

SCHMIDT JACQUIER E : manipulatrice radio au CHS de la Savoie

TROLIER M : cadre des spécialités chirurgicales au CH de Chambéry

VEURRIER C : cadre des spécialités médicales du CHS de la Savoie

VILLAIN M : directeur du CH de Chambéry

VUILLERME G : cadre des spécialités médicales du CHS de la Savoie

Contenu de l'enquête somatique dans les unités de soins

Enquête soins somatiques – septembre 2006

Enquête sur une semaine (11 au 15 septembre) dans 9 unités d'hospitalisation complète du CHS de la Savoie.

Personnes responsables : cadres de santé des unités de soins

7 fiches à compléter pendant la semaine :

1. Patients vu par le psychiatre, le médecin de garde ou le médecin généraliste pour une visite d'entrée comportant des examens somatiques
2. Patients vus par le médecin généraliste ou le médecin de garde pour des problèmes somatiques en dehors des visites d'entrée
3. Patients ayant consulté aux spécialités médicales
4. Patients ayant consulté un spécialiste au CH ou à l'extérieur
5. Patients transférés en urgence au CH
6. Patients hospitalisés au CH
7. Patients faisant l'objet d'une pathologie somatique simple nécessitant un traitement ponctuel
8. Patients faisant l'objet d'une pathologie somatique grave ou chronique nécessitant un traitement lourd

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

**PATIENTS VUS PAR LE PSYCHIATRE, LE MEDECIN DE GARDE
OU LE MEDECIN GENERALISTE POUR UNE VISITE D'ENTREE
CONTENANT DES EXAMENS SOMATIQUES**

| DATE | CAUSE / SUITES A DONNER |
|-------------|--------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie Août 2006

Unité de soins :

Cadre de santé :

PATIENTS VUS PAR LE LE MEDECIN GENERALISTE OU LE
MEDECIN DE GARDE POUR DES PROBLEMES SOMATIQUES EN
DEHORS DES VISITES D'ENTREE

| DATE | CAUSE / SUITES A DONNER |
|-------------|--------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

PATIENTS AYANT CONSULTES AUX SPECIALITES MEDICALES

| DATE | DUREE ATTENTE | DISCIPLINE | CAUSE / SUITES A DONNER |
|-------------|--------------------------|-------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

PATIENTS AYANT CONSULTES UN SPECIALISTE AU CH
OU A L'EXTERIEUR

| DATE | DUREE ATTENTE | CAUSE | SUITE A DONNER |
|------|------------------|-------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

PATIENTS AYANT ETE TRANSFERES AUX URGENCES

| DATE | DUREE ATTENTE | CAUSE | SUITE A DONNER |
|-------------|--------------------------|--------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

PATIENTS HOSPITALISES AU CH

| DATE | CAUSE |
|------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

**PATIENTS ATTEINTS D'UNE PATHOLOGIE SOMATIQUE SIMPLE
FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT PONCTUEL**

| DATE | CAUSE |
|-------------|--------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**Enquête sur les soins somatiques au CHS de la Savoie
Août 2006**

Unité de soins :

Cadre de santé :

**PATIENTS ATTEINTS D'UNE PATHOLOGIE SOMATIQUE
CHRONIQUE OU GRAVE FAISANT L'OBJET D'UN TRAITEMENT
LOURD**

| DATE | CAUSE |
|------|-------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Proposition de convention entre le CHS de la Savoie et le CH de Chambéry

Cette convention régit les rapports existants entre le CHS de la Savoie et le CH de Chambéry concernant :

- Les transferts de patients du CHS vers les urgences du CH
- Les transferts des patients des urgences du CH vers le CHS
- Les hospitalisations programmées des patients du CHS au CH
- Les hospitalisations programmées des patients du CH vers le CHS
- Les consultations des patients du CHS au CH
- Le recueil d'un avis psychiatrique du CHS au CH
-

1. Les transferts de patients du CHS vers les urgences du CH

1.1. L'évaluation de l'urgence

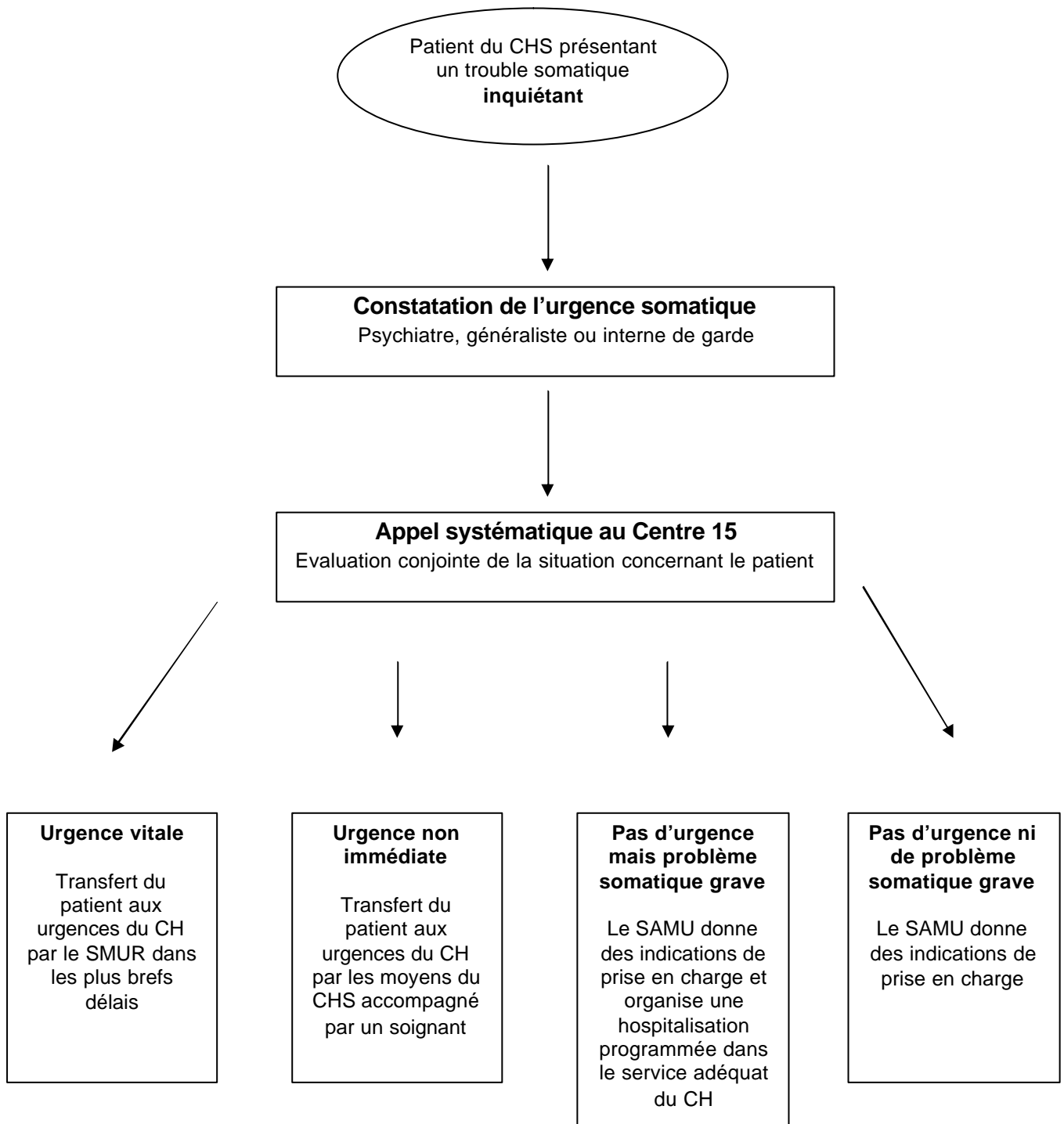
Les transferts des patients du CHS de la Savoie vers le CHS de Chambéry sont organisés selon les 2 étapes suivantes :

1. **Constatation de l'urgence somatique** par un médecin du CHS (médecin généraliste, psychiatre ou interne de garde) ou à défaut par le personnel soignant en cas d'urgence vitale.
2. **Appel systématique à la régulation du centre 15** : il est effectué par le médecin du CHS qui a constaté l'urgence ou à défaut le personnel soignant en cas d'urgence vitale. Cet appel permet un étayage préalable systématique concernant l'état du patient avant toute admission aux urgences

➤ Plusieurs solutions se présentent alors :

- **L'urgence vitale** est reconnue : le patient fait l'objet d'un transport aux urgences du CH par le SMUR dans les délais les plus courts
- **L'urgence est reconnue mais ne présente pas un caractère immédiat** : le patient est transporté dans les plus brefs délais aux urgences du CHS par les moyens du CHS avec un accompagnement soignant
- **L'urgence n'est pas reconnue mais un problème somatique nécessitant une prise en charge au CH est envisagée** : le médecin du SAMU donne des indications de prise en charge dans l'attente d'une hospitalisation programmée dans le service approprié (voir hospitalisation programmée)
- **L'urgence n'est pas reconnue et le problème somatique est considéré comme pouvant être traité au CHS** : le médecin du SAMU donne des indications de prise en charge aux équipes du CHS

Evaluation de l'urgence somatique



1.2. Accueil aux urgences du CH

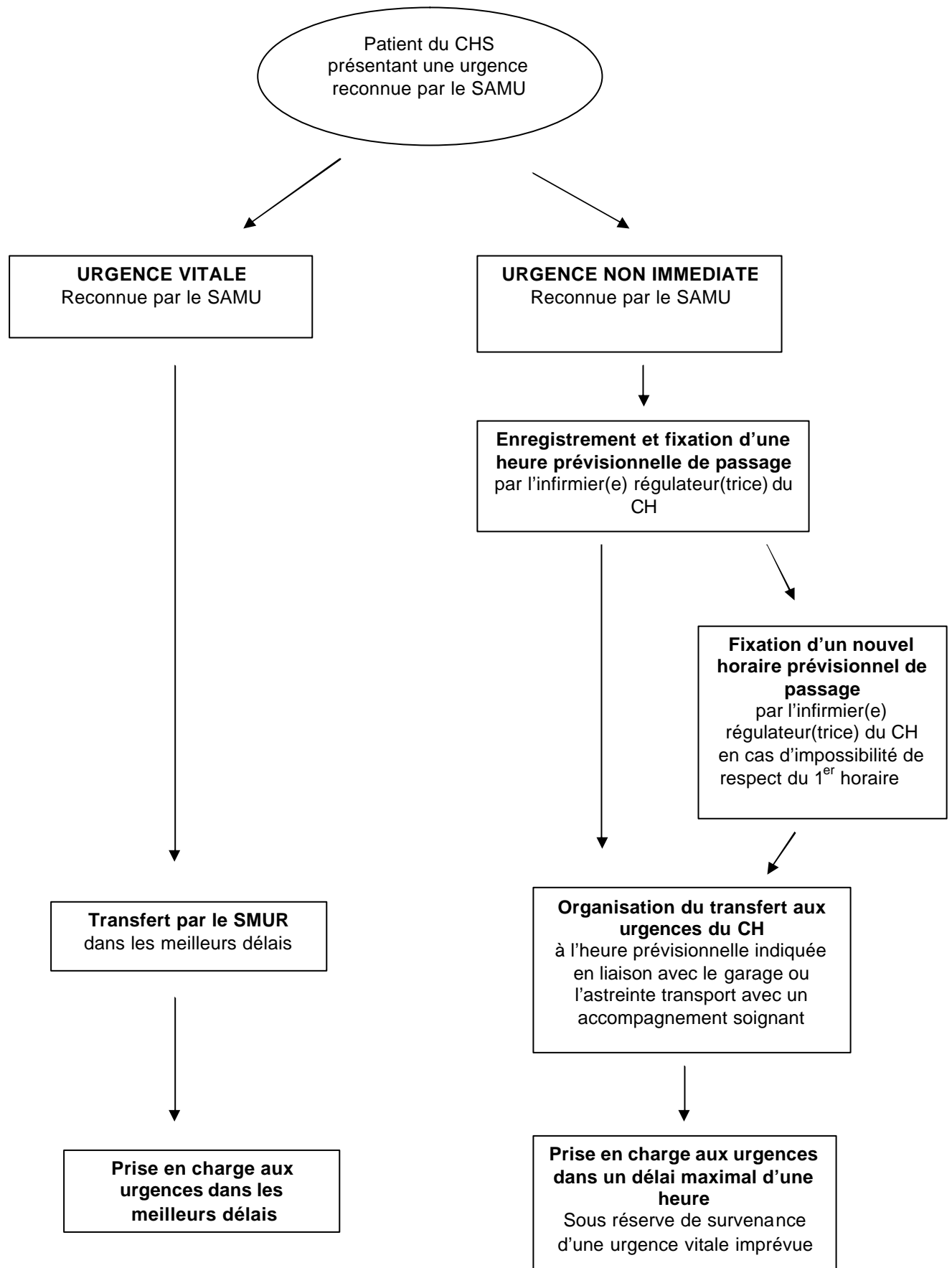
L'accueil aux urgences du CH des patients du CHS s'effectue dans les conditions suivantes :

- **Pour les urgences vitales** : le patient, arrivé avec le SMUR, est pris en charge dans les plus brefs délais dans les conditions communes à tous les patients arrivant aux urgences du CH
- **Pour les urgences ne présentant pas un caractère immédiat**, la procédure comprend les 2 étapes suivantes :
 1. Appel de l'infirmier(e) régulateur(trice) des urgences du CH par un membre de l'équipe soignante du CHS afin **d'enregistrer l'urgence et de fixer une heure prévisionnelle de passage** prévoyant un temps d'attente maximum d'une heure environ sous réserve de la survenance d'une urgence vitale imprévue.

Deux cas se présentent alors

- **L'horaire prévisionnel ne peut être respecté** compte tenu de l'activité effective des urgences du CH : l'infirmier(e) régulateur(trice) des urgences du CH rappelle l'équipe soignante de l'unité de soins du CHS afin de fixer une nouvelle heure prévisionnelle de passage prévoyant un délai d'attente maximum d'une heure environ sous réserve de la survenance d'une urgence vitale imprévue.
 - **L'horaire prévisionnel peut être respecté** : l'infirmier(e) régulateur(trice) du CH ne rappelle pas le CHS.
2. Appel du garage ou de l'astreinte transport afin **d'organiser le transfert du patient à l'heure prévisionnelle**
 3. **Prise en charge du patient aux urgences du CH dans un délai maximal d'attente d'une heure** sous réserve de la survenance imprévue d'une urgence vitale

Transfert et accueil aux urgences du CH



2. Les transferts de patients des urgences vers le CHS

Le transfert de patients des urgences du CH vers le CHS est indiqué en cas d'urgence psychiatrique nécessitant une prise en charge immédiate en hospitalisation complète au CHS.

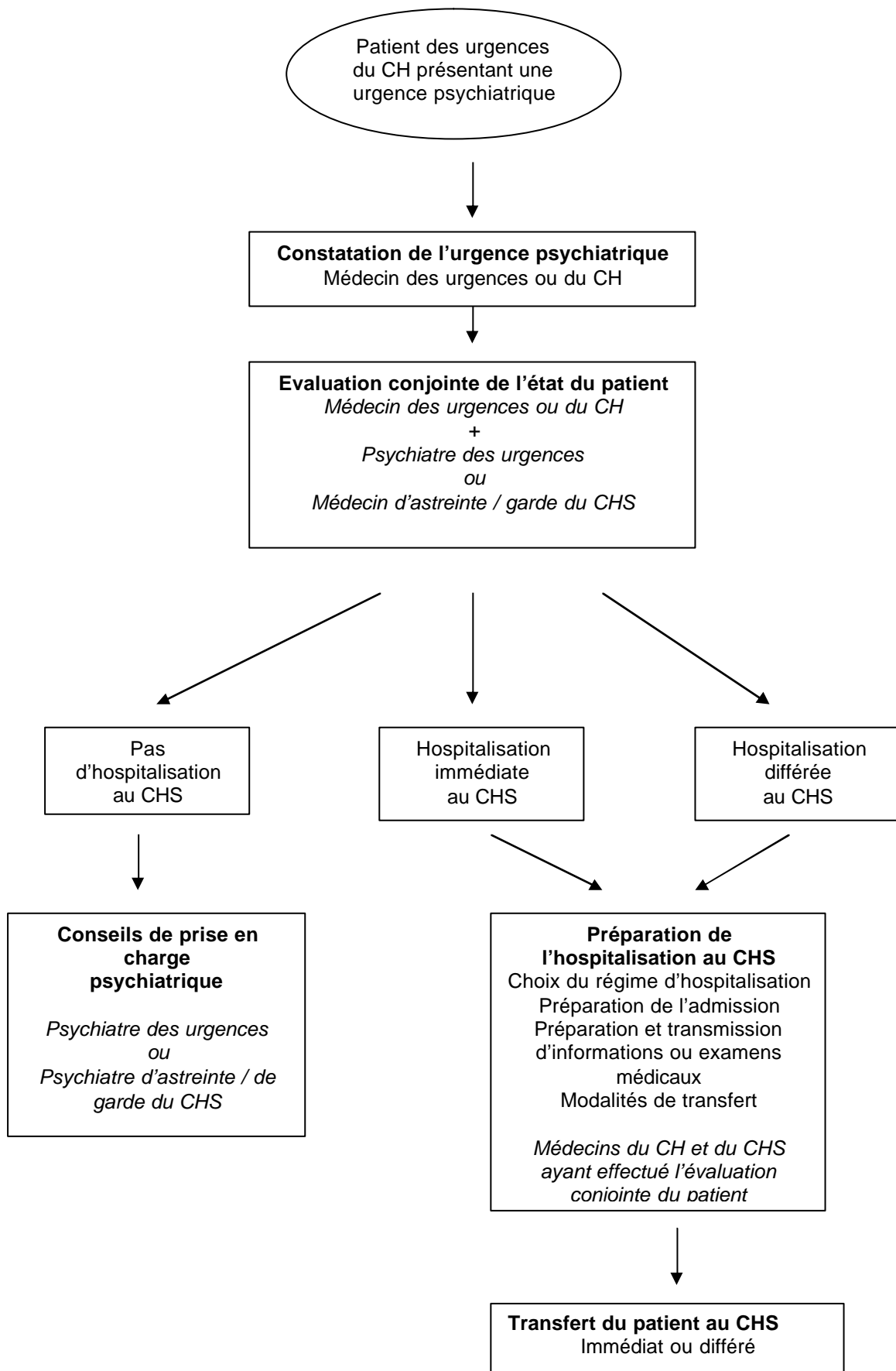
Ce transfert est effectué selon les étapes suivantes :

1. **Constatation de l'urgence psychiatrique** : elle est effectuée par un médecin des urgences ou du CH
2. **Evaluation conjointe de l'état du patient entre le médecin du CH et un médecin du CHS** selon les modalités suivantes :
 - Examen du patient par le psychiatre des urgences du lundi au vendredi de 08h30 à 13h30 et le samedi de 09h00 à 11h30
 - Entretien téléphonique avec le médecin d'astreinte ou de garde du CHS le reste du temps (appel au standard du CHS)

L'évaluation conjointe du patient débouche sur l'une des orientations suivantes :

- Hospitalisation immédiate du patient au CHS
 - Hospitalisation différée au CHS
 - Pas d'hospitalisation au CHS envisagée : des conseils de prise en charge sont alors proposés par le médecin du CHS
3. **Préparation de l'hospitalisation au CHS** : l'hospitalisation au CHS est préparée conjointement par les médecins du CH et du CHS (psychiatre des urgences ou médecin de garde/astreinte du CHS) impliqués dans l'évaluation conjointe initiale selon les modalités suivantes :
 - Choix du régime d'hospitalisation au CHS : HL, HDT ou HO
 - Préparation de l'admission auprès du Bureau des entrées et de l'unité de soins du CHS devant recevoir le patient : formalités administrative , réservation de lits
 - Préparation et transmission des informations et examens médicaux nécessaires : à minima ECG, bilan sanguin, traitements en cours
 - Préparation du transfert du patient : transport organisé par le CH en HL, par le CHS en cas d'HO/HDT
 4. **Transfert effectif du patient vers le CHS** : il est effectué dans les plus brefs délais en cas d'urgence psychiatrique nécessitant un hospitalisation immédiate.
Il peut être reporté à une heure ou une date ultérieure en cas d'indication d'hospitalisation différée.

Transfert des patients des urgences vers le CHS



3. Les hospitalisations programmées du CHS vers le CH

L'hospitalisation programmée du CHS vers le CH est effectuée selon les étapes suivantes :

1. Entente médicale préalable entre le médecin du CH et le médecin du CHS :

L'entente médicale préalable entre le médecin du CHS et celui du CH détermine l'opportunité et les délais de l'hospitalisation envisagée.

Le médecin du CHS est le psychiatre ou le généraliste qui suit le patient. Le médecin du CH est un médecin du service dans lequel l'hospitalisation est envisagée.

2. Détermination des modalités de l'hospitalisation :

Les modalités de l'hospitalisation comprennent :

- La date et l'heure de l'hospitalisation
- Les pièces à fournir lors de l'admission
- Les informations médicales nécessaires à transmettre lors de l'hospitalisation
- Les modalités de transfert : réservation au garage, accompagnement du patient
- Les modalités particulières d'hospitalisation pour les patients difficiles

Les modalités d'hospitalisation sont déterminées conjointement par les cadres des unités du CHS et du CH.

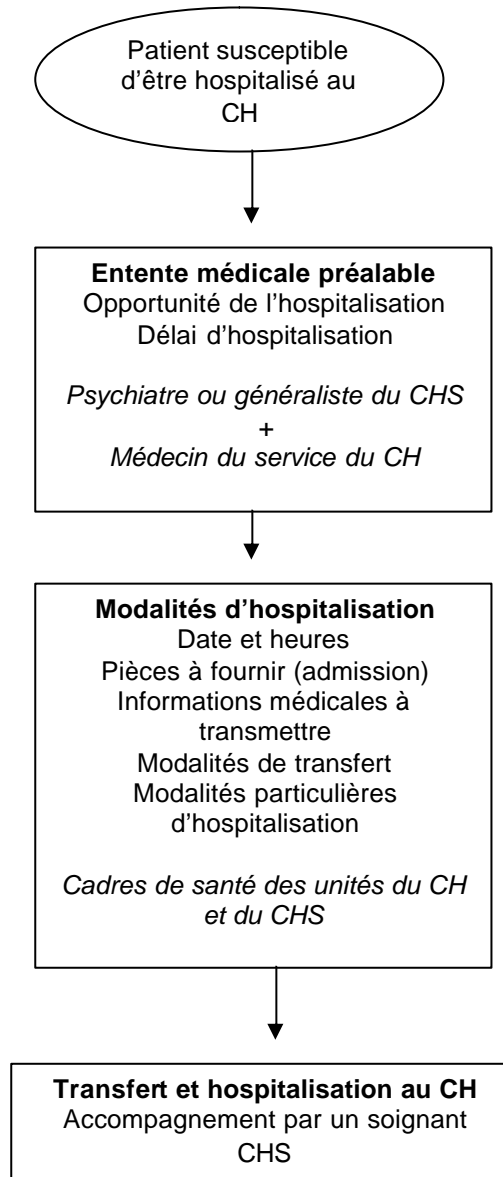
3. Le transfert et l'hospitalisation au CH :

Il sont effectués selon les modalités prévues à l'avance. Dans tous les cas, le patient est accompagné par un soignant du CHS.

Dès son installation dans le service, le patient est pris en charge par les équipes du CH.

Le soignant du CHS se trouve alors déchargé de sa mission, sous réserve d'une adaptation exceptionnelle de l'hospitalisation.

Hospitalisation programmée du CHS au CH



4. Hospitalisation programmée du CH vers le CHS

Les modalités d'hospitalisation programmée du CH vers le CHS évoquées ici ne concernent pas les urgences qui sont traitées au paragraphe 2.

1. Entente préalable entre le médecin du CH et le médecin du CHS :

L'entente médicale préalable entre le médecin du CH et celui du CHS détermine l'opportunité et les délais de l'hospitalisation envisagée.

Le médecin du CH fait partie du service dans lequel le patient est hospitalisé. Le médecin du CHS est :

- Un médecin de l'équipe de psychiatrie de liaison lorsqu'il est présent (voir le planning de la psychiatrie de liaison)
- Le médecin du service désigné par le bureau des entrées du CHS

2. Détermination des modalités d'hospitalisation au CHS :

Les modalités de l'hospitalisation comprennent :

- La date et l'heure de l'hospitalisation
- Les pièces à fournir lors de l'admission
- Les informations médicales nécessaires à transmettre lors de l'hospitalisation.
- Les modalités de transfert : transport et accompagnement éventuel du patient

Les modalités d'hospitalisation sont déterminées conjointement par les cadres des unités du CHS et du CH

3. Transfert et hospitalisation au CHS :

Ils sont effectués selon les modalités prévues à l'avance.

Le transport est effectué avec les moyens et sous la responsabilité du CH. Des modalités d'accompagnement particulières doivent être mises en fonction des indications médicales. Si le patient est placé en HO, le transfert est alors effectué par le CHS.

Hospitalisation programmée du CH vers le CHS

Patient du CH susceptible
d'être hospitalisé au CHS



Entente médicale préalable
Opportunité de l'hospitalisation
Délai d'hospitalisation

Médecin du service du CH
+
*Psychiatre de liaison ou médecin du CHS désigné
par le bureau des entrées*



Modalités d'hospitalisation
Date et heures
Pièces à fournir (admission)
Informations médicales à
transmettre
Modalités de transfert

*Cadres de santé des unités du CH
et du CHS*



Transfert et hospitalisation au CH
Sous la responsabilité du CH
Sauf HO (responsabilité CHS)

5. Les consultations du CHS vers le CH

Les consultations du CHS vers le CH s'effectuent selon les étapes suivantes :

5.1. Prise de rendez-vous

1. **L'initiative de la prise de rendez-vous** appartient au psychiatre, au somaticien ou à l'interne de garde du CHS.
2. **La demande de rendez-vous** au CH est effectuée sur un bon spécial du service des spécialités médicales. Elle est datée et signée et transmise au secrétariat des spécialités médicales.
3. Le secrétariat des spécialités médicales enregistre la demande et prend contact avec la secrétaire référente du service de consultation afin de **fixer l'heure et la date de rendez-vous**.
4. Elle joint aussi le garage afin **d'effectuer une réservation pour le transport**.
5. Les coordonnées du rendez-vous sont notées sur le bon de consultations au CH. Une copie est alors **transmise au service de soins concerné**.

Les services de soins ou les praticiens des spécialités doivent respecter cette procédure et ne pas prendre de rendez-vous direct avec le CH.

5.2. Déroulement de la consultation au CH

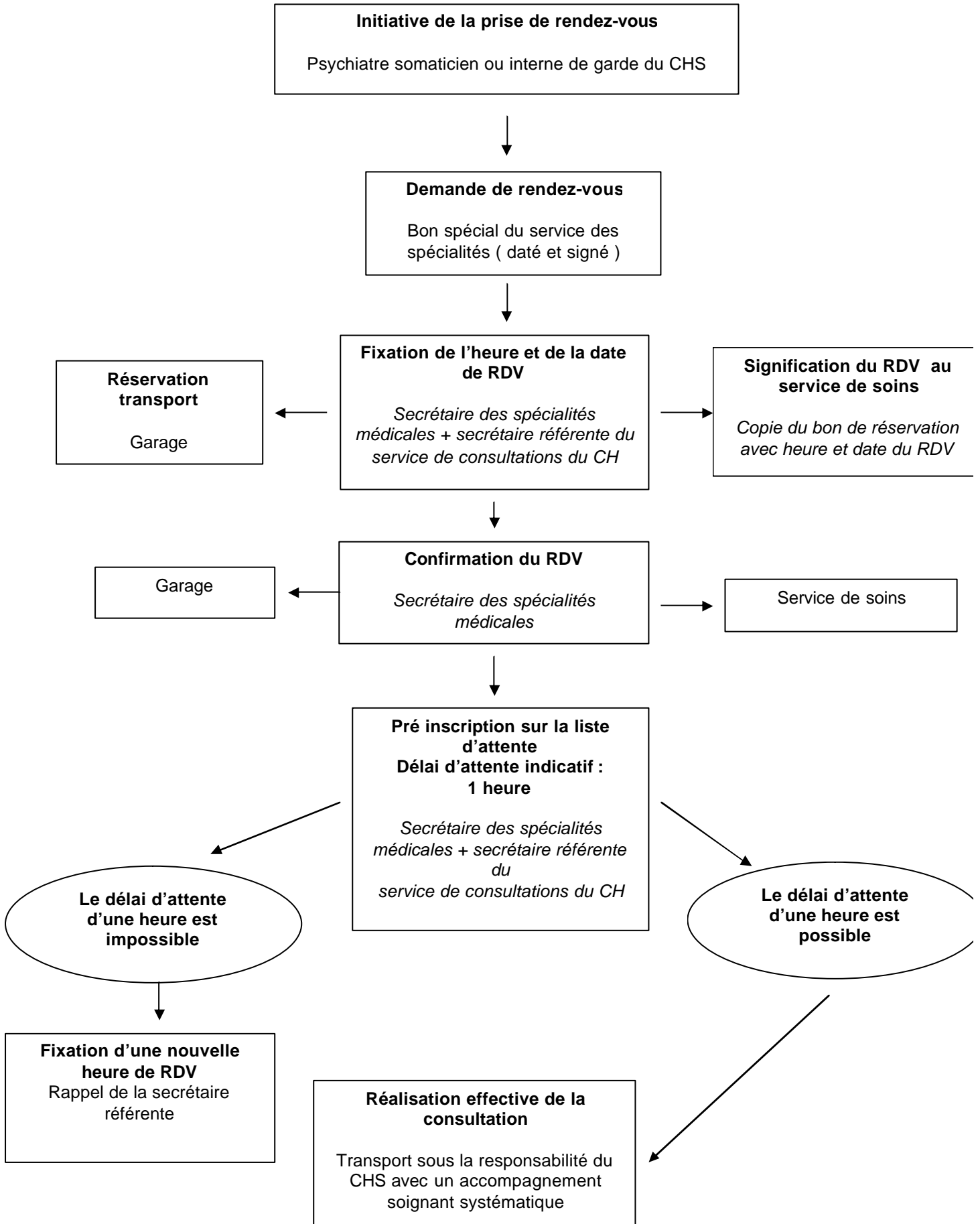
6. Le jour de la consultation, la secrétaire des spécialités appelle l'unité de soins ou le patient est hospitalisé afin de **confirmer** la venue effective du patient en consultation au CH.
Elle appelle ensuite le garage afin de confirmer ou annuler le déplacement.
L'annulation éventuelle est notée sur le bon de réservation.
7. La secrétaire des spécialités appelle alors la secrétaire référente du service de consultations afin de confirmer la venue du patient et d'effectuer **une pré inscription sur la liste d'attente**. A cette occasion, un délai d'attente indicatif est donné.
8. Deux solutions se présentent alors :
 - A défaut d'indications de la secrétaire référente, l'horaire initial de rendez-vous est maintenu et appliqué.
 - **En cas de retard, la secrétaire référente rappelle la secrétaire des spécialités pour indiquer un nouvel horaire.**

Dans la mesure du possible, **la durée maximale d'attente est fixée à une heure**.

La secrétaire des spécialités informe le garage en temps utiles au sujet des modifications éventuelles d'heures de rendez-vous.

9. Dans tous les cas, **le transport est effectué sous la responsabilité du CHS et fait l'objet d'un accompagnement soignant systématique**.

Consultations du CHS vers le CH



6. Le recours du CH à la garde / astreinte du CHS

En dehors des heures de présence de l'équipe de psychiatrie de liaison pour les services (voir planning) et de l'équipe de psychiatrie aux urgences (lundi au vendredi de 08h30 à 13h30 et le samedi de 09h00 à 11h30), le CH peut recourir à l'avis psychiatrique de la garde / astreinte du CHS selon les étapes suivantes :

1. Constatation d'un trouble psychiatrique nécessitant un conseil spécialisé

La constatation du trouble psychiatrique nécessitant un conseil spécialisée est effectuée par un médecin du CH.

2. Appel de l'interne de garde ou du médecin d'astreinte du CHS

En dehors des heures de présence de l'équipe de psychiatrie de liaison pour les services ou de l'équipe de psychiatrie aux urgences, le médecin qui a constaté le trouble psychiatrique fait appel à l'interne de garde du CHS par l'intermédiaire du standard du CHS.

3. Evaluation et conseil de l'interne de garde ou du médecin d'astreinte

L'interne de garde évalue la situation du patient et donne un conseil psychiatrique sous forme de consignes de prise en charge.

En cas de difficultés, il peut faire appel au médecin d'astreinte.

Dans les cas les plus difficiles, il peut être amené à se rendre au CH afin d'examiner le patient directement.

Recours du CH à la garde /astreinte du CHS

