



# PROJET MÉDICAL

## du groupe hospitalier Paul Guiraud

---

2023-2027



<b>PARTIE 1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT</b> .....	<b>4</b>
<b>PARTIE 2. LE SOCLE DE CONSTRUCTION DU PROJET MÉDICAL ET SES LIGNES DE FORCE</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Le socle de construction du projet médical</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Les lignes de force du projet</b> .....	<b>9</b>
2.1. Relever un double défi : développer la prévention et se centrer sur les soins et la rééducation-réadaptation .....	9
2.2. Maîtriser l'intersectorialité.....	10
2.3. Faire de la diversité des dispositifs de soins existant et de leur cohésion entre eux un atout de l'établissement au profit de tous les secteurs et pôles.....	10
2.4. S'engager dans l'emploi d'outils nouveaux facilitant la prévention et l'accès aux soins.....	11
2.5. Mieux affirmer l'identité de l'établissement, notamment ancrée sur son héritage.....	12
2.6. Structurer avec rigueur un partenariat indispensable.....	13
2.7. Investir davantage dans l'évaluation et la recherche clinique, en lien avec la formation et l'enseignement.....	13
<b>PARTIE 3. LES GRANDS AXES DU PROJET MÉDICAL</b> .....	<b>14</b>
<b>1. Restructurer l'architecture de l'établissement</b> .....	<b>14</b>
1.1. Réorganiser l'hospitalisation.....	16
1.2. Mieux organiser l'intersectorialité.....	16
1.3. Se doter d'un schéma de développement de l'extra-hospitalier et de l'ambulatoire.....	20
Axe 1 : Rénover le dispositif extra-hospitalier.....	22
Axe 2 : Évaluer le dispositif d'intervention en ambulatoire.....	24
Axe 3 : Améliorer la gestion du parcours des patients.....	25
Axe 4 : Développer la télémédecine, la visioconférence et la téléexpertise.....	26
Axe 5 : Faciliter l'emploi d'outils numériques dans l'organisation des prises en charge relevant de la prévention, du soin ou de la réinsertion-réadaptation.....	27
<b>2. Faire du rétablissement et de « l'empowerment » un axe stratégique fort de l'établissement</b> .....	<b>28</b>
<b>3. Se doter de priorités de santé</b> .....	<b>30</b>
3.1. Orienter et structurer la prévention en déterminant un plan de développement.....	30
Axe 1 : Implication de la psychiatrie adulte dans la périnatalité.....	31
Axe 2 : Soutenir au mieux les dynamiques partenariales en faveur du dépistage précoce et de l'inclusion sociale du patient.....	32
3.2. Renforcer les prises en charge de problématiques de santé plus préoccupantes.....	33
Axe 1 : Mieux répondre à la crise psychique.....	33
Axe 2 : Prendre en charge les pathologies psychiatriques les plus complexes.....	34
Axe 3 : Améliorer les soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques.....	36
Axe 4 : renforcer la lutte contre les addictions.....	36
3.3. Développer des soins spécifiques et des filières spécialisées. Diversifier les soins.....	37
Axe 1 : Constituer une structure de soins spécialisés ambulatoire intersectorielle, voire non-sectorielle (« centre des thérapies »).....	37
Axe 2 : Consolider l'offre existante de prise en charge du psychotraumatisme.....	37
Axe 3 : Développer des filières de soins.....	38
Axe 4 : Développer la pharmacie clinique.....	39
Axe 5 : Organiser la prise en charge des obligations de soins.....	39
<b>4. Structurer les partenariats</b> .....	<b>40</b>
4.1. Le partenariat en direction des généralistes.....	41
4.2. Le partenariat avec le CHU.....	43
4.3. Le partenariat avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux.....	44
4.4. Le partenariat avec la Fondation Vallée.....	45
<b>5. Renforcer et développer l'évaluation, la recherche et les formations</b> .....	<b>46</b>
<b>PARTIE 4. DÉVELOPPER DES OBJECTIFS TRANSVERSAUX</b> .....	<b>48</b>
<b>1. Rendre lisible le dispositif de soins, pour les soignants, les partenaires, les usagers. Partager les expériences</b> .....	<b>48</b>
<b>2. Améliorer l'attractivité de l'établissement</b> .....	<b>49</b>
<b>3. Relancer le GHT</b> .....	<b>50</b>
<b>ANNEXE : LES GROUPES DE TRAVAIL ET LEUR MISSION</b> .....	<b>52</b>

**Le dernier projet médical du groupe hospitalier Paul Guiraud date d'un peu plus de 10 ans et s'appliquait à la période 2011-2016. Un avenant lui avait été adjoint en 2014.**

Depuis, bien des changements se sont produits au sein de l'établissement : l'arrivée de nouveaux médecins, cadres, chefs de service et de pôle, une restructuration des pôles... L'offre de soins a dû s'adapter et s'est transformée, notamment du fait de la fermeture de lits et du développement de dispositifs extra-hospitaliers et ambulatoires. Les stratégies des secteurs et des pôles ont évolué. Dans le même temps, est apparue une crise majeure et générale des recrutements en médecins et en soignants, sans précédent et sans doute durable. Ainsi, des orientations prises par certains secteurs ont dû être mises entre parenthèses, voire abandonnées. D'autres ont cependant réussi à voir le jour.

Le projet médical 2023-2027 a pour ambition de déterminer le cadre général de l'évolution du dispositif de soins de l'établissement, en prenant nécessairement en compte le contexte dans lequel il se trouve mais en se projetant de façon volontaire dans un futur ambitieux.

Il reposera sur les différentes sous-commissions de la CME, aux contours régulièrement questionnés et sur les différentes instances et comités : prise en charge psychiatrique globale ; isolement, contention, apaisement ; cellule projet ; prise en charge médicamenteuse ; attractivité, fidélisation, qualité de vie au travail ; formation, recherche, évaluation, développement ; organisation de la permanence des soins ; développement professionnel continu ; CLIN ; CLAN ; CLUD ; comité de réflexion éthique...

La démarche ayant conduit à la rédaction de ce projet médical a été accompagnée par le docteur Alain Lopez, psychiatre, consultant extérieur. L'absence totale de conflit d'intérêt de notre consultant a été recherchée. Son expérience et sa connaissance antérieure de l'établissement et de la psychiatrie publique ont contribué non seulement à partager l'expérience des dispositifs existants mais également à faire émerger des souhaits professionnels forts au sein de la communauté médicale. Ainsi, un diagnostic partagé des forces et des faiblesses de l'établissement a été dressé dans un premier temps et discuté au sein du bureau de la CME. Sur cette base, cinq groupes de travail ont été régulièrement réunis pour cerner les priorités et les objectifs et préparer les dispositions du projet médical. Leurs intitulés figurent en annexe.

Dans un contexte difficile dû à l'importance des vacances de postes en médecins et en infirmiers, il s'agit toutefois de relever les défis auxquels est aujourd'hui confrontée la psychiatrie. En redéfinissant une stratégie collective déclinée en dispositions concrètes, le projet médical vise à donner un nouvel élan à l'établissement pour les années à venir.

# PRÉSENTATION GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT

**Le groupe hospitalier Paul Guiraud est un établissement public sectorisé en psychiatrie. Ses missions portent notamment sur la prévention et les soins des troubles mentaux et la réinsertion-réadaptation pour les personnes souffrant de ces troubles. Elles ont des effets d'interaction forte entre elles. Leur développement équilibré, auquel l'établissement s'est toujours attaché, est au cœur de son projet médical.**

L'asile hospice de Villejuif est créé le 6 avril 1884. Il fonctionne d'abord comme annexe de l'hôpital Sainte-Anne, ne devant accueillir que des aliénés chroniques et peu agités. Ce programme s'avère rapidement irréalisable et l'asile hospice se transforme finalement en asile de traitement.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1885, l'asile de Villejuif est détaché de Sainte-Anne. Il compte alors quatre quartiers de soins et 300 malades.

En 1902, le psychiatre Henri Colin participe à la création sur le site d'une structure destinée aux aliénés particulièrement difficiles. Cette section est l'ancêtre de l'actuelle Unité pour malades difficiles qui porte son nom : UMD Henri Colin.

À la fin du XX<sup>e</sup> siècle, de nombreux psychiatres contribueront et appuieront la politique de secteur participant à la création d'un secteur de psychiatrie à la Maison d'Arrêt de Fresnes, à la relocalisation de l'hospitalisation - qui conduira notamment à la création de l'Hôpital Erasme - et à l'ouverture de nombreuses structures de soins alternatives à l'hospitalisation temps plein ou spécialisées en psychiatrie des addictions.

Ce n'est qu'en 1990 que le centre hospitalier spécialisé de Villejuif est baptisé « Paul Guiraud », du nom d'un éminent psychiatre chef de service de l'établissement. Paul Guiraud (1882-1974) a exercé à Ville-Évrard, Villejuif, et Sainte-Anne. Il a consacré plusieurs de ses œuvres à l'étude du système nerveux et de l'activité psychique en incluant la neuropsychologie.

Ayant évolué au fil des ans, l'établissement est désormais organisé en onze secteurs de psychiatrie générale, actuellement regroupés en cinq pôles répartis sur trois territoires, complétés par un service d'addictologie, une offre de soins pour les personnes sous-main de justice (un SMPR et l'UHSA francilienne), une UMD représentant un peu plus de 15 % des capacités d'accueil pour malades difficiles en France, un service de soins somatiques et un service de pharmacie. Le service de soins somatiques a notamment acquis une dimension qui se rencontre assez peu au sein des établissements de soins psychiatriques et donne une plus-value non négligeable à la prise en charge globale des patients.

Le groupe hospitalier Paul Guiraud est, par sa taille et la diversité de ses activités thérapeutiques, un des établissements psychiatriques les plus importants en Île-de-France et en France. Implanté au sud de la métropole parisienne, il répond aux besoins d'une population d'un million d'habitants environ, urbaine et en forte expansion. Son territoire de compétence s'étend en partie sur deux départements : les Hauts-de-Seine (92) et le Val-de-Marne (94). Cette bidépartementalité doit être envisagée comme une force. Elle rend cependant plus complexes les partenariats à organiser, notamment avec les autorités publiques.



**L'établissement est implanté sur deux sites d'hospitalisation :**

- le site de Paul Guiraud Villejuif où se situent les unités d'hospitalisation de 7 secteurs, ceux des territoires 92T2 et 94T2.
- le site de Paul Guiraud Clamart, plus récent, où se situent les unités d'hospitalisation de 4 secteurs, ceux du territoire 92T1.

Auxquels se rajoute une constellation de structures ambulatoires, au plus près du lieu de vie de l'utilisateur.

Enfin, avec la Fondation Vallée à Gentilly et l'hôpital Érasme à Antony, le groupe hospitalier Paul Guiraud fait partie d'un GHT exclusivement psychiatrique (le GHT Psy Sud Paris). Établissement support de ce GHT, il a pour responsabilité d'entraîner les autres établissements membres dans une dynamique coopérative permettant de répondre au mieux aux besoins en santé mentale d'un bassin populationnel de plus de 1,3 million d'habitants.



## L'ÉTABLISSEMENT TRAVERSE AUJOURD'HUI UNE PÉRIODE COMPLIQUÉE, À L'INSTAR DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE :

- Le nombre important de postes médicaux et soignants vacants (environ un quart), a contraint l'hôpital à fermer des unités d'hospitalisation et ne lui permet pas de développer autant que souhaitable les dispositifs et les interventions en extra-hospitalier et en ambulatoire. Soumis à cet effet de ciseau, l'établissement voit s'accroître la pression sur l'hospitalisation à temps plein (ses taux d'occupation dépassant régulièrement les 100 %), et voit menacer sa capacité à répondre aux besoins en santé mentale de la population de son territoire de compétence.
- L'organisation actuelle de l'hospitalisation à temps plein ne permet plus de faire face aux demandes d'admissions et de traitement dans de bonnes conditions (manque de lits disponibles, patients conduits à changer d'équipe en cours d'hospitalisation, articulations difficiles entre l'intra-hospitalier et l'extra-hospitalier pour des patients hospitalisés « hors secteurs ») et a besoin d'être réinterrogée.
- Rendu nécessaire pour spécialiser la réponse apportée à certains besoins ou proposer des soins spécifiques, et pour optimiser l'emploi des moyens médicaux et soignants disponibles, le développement de structures et services intersectoriels a atteint un seuil qui expose au danger d'un émiettement de dispositifs de plus en plus nombreux, entraînant des difficultés grandissantes pour assurer la continuité des projets de soins et gérer le parcours des patients. Là également, une nécessaire évaluation des dispositifs doit être engagée afin d'envisager éventuellement leur évolution, en adéquation avec les réalités de contexte.
- L'extra-hospitalier et l'ambulatoire sont un peu au milieu du gué. Relativement à l'abri pour l'instant des effets déléteres des vacances de postes soignants, ce domaine d'activité stratégique se caractérise par une importante diversification de l'offre en équipes et unités mobiles, sans avoir réussi à étoffer suffisamment en moyens pour en retirer tous les avantages attendus sur la réactivité et la spécialisation des réponses apportées.
- Prenant en charge des pathologies difficiles et complexes, l'établissement est aussi sollicité pour répondre à un éventail toujours plus large de besoins en santé mentale, à la limite des troubles psychiatriques. Le risque est grand de voir se rompre l'équilibre des forces qu'il mobilise au détriment de ses missions premières, de prévention, de soins et de réinsertion-réadaptation.
- Les évolutions de la morbidité psychiatrique (augmentation des troubles anxiodépressifs chez les jeunes, essor des addictions et des pathologies « duelles »...), et le poids accru des situations de crises psychiques et d'urgence, qui conduisent les familles et les partenaires à exprimer de fortes attentes d'intervention, obligent à réorienter l'organisation des réponses de soins apportées.
- Dans un tel contexte, le partenariat avec le sanitaire, le social et le médico-social, est à la recherche d'un second souffle. Très dépendant des environnements particuliers des secteurs, il entre dans une phase où une approche plus collective, à l'échelle de l'établissement et du GHT, devient encore plus impérative, afin de mieux soutenir, accompagner, développer les coopérations locales et territoriales en cours ou à concevoir.
- Les coopérations entre les membres du GHT marquent le pas, alors que de nombreux projets seraient plus faciles et pertinents à développer dans un cadre de coopération inter-établissements. Le renouvellement du projet médical de l'établissement doit également se mettre en place dans une dynamique partenariale au sein du GHT, au travers d'un second souffle du PMS.
- Les défis à relever prennent une dimension rendant de plus en plus indispensable le développement de l'évaluation et de la recherche clinique, alors que les professionnels médicaux et soignants sont en difficulté pour faire face de façon satisfaisante à toutes leurs autres obligations, notamment de soins. Pour autant, le levier en termes de dynamisme dans le domaine doit permettre de contribuer à la notoriété de l'établissement ainsi qu'à son attractivité.



### POUR TRAVERSER AU MIEUX CETTE PÉRIODE DÉLICATE, L'ÉTABLISSEMENT N'EST PAS SANS ATOUTS :

- Par sa taille, le groupe hospitalier Paul Guiraud réunit de nombreuses compétences médicales en psychiatrie, en soins somatiques, en pharmacie, susceptibles de lui permettre de développer des réponses inventives aux questions auxquelles il est confronté.
- Une nouvelle génération médicale et soignante est apparue dans les services, source d'un nouvel élan et dynamisme pour l'établissement.
- L'établissement peut s'appuyer sur un passé lui ayant légué une expérience notable, notamment dans les domaines du soutien et de l'accompagnement des familles, de la thérapie familiale, des constructions partenariales avec les acteurs locaux de la santé mentale (développements anciens de CLSM). Il s'agit un socle de qualité.
- L'offre de prévention, de soins et de réinsertion-réadaptation, s'est beaucoup diversifiée et tend à répondre aux attentes et aux besoins de la psychiatrie moderne.
- La concomitance d'un nouveau projet médical, d'un changement de direction hospitalière et de la préparation d'un schéma directeur immobilier, crée une situation permettant à l'établissement d'engager une nouvelle dynamique.

# LE SOCLE DE CONSTRUCTION DU PROJET MÉDICAL ET SES LIGNES DE FORCE

## 1. LE SOCLE DE CONSTRUCTION DU PROJET MÉDICAL

Ce projet médical s'est construit autour de la réaffirmation d'un socle de cinq valeurs fondatrices :

### **La référence réaffirmée aux grands principes de la sectorisation psychiatrique.**

- La prise en charge des patients doit être organisée de façon à assurer la continuité du projet de soins personnalisé, notamment pour les patients dont la chronicité des troubles conduit à suivre un parcours impliquant plusieurs équipes sanitaires, sociales et médico-sociales différentes, de façon successive ou concomitante.
- Cette offre de soins relève d'approches pluriprofessionnelles, ce qui exige d'organiser un travail d'équipe fondé sur le partage de l'information et la délibération collective, où les compétences diverses s'expriment dans le respect des responsabilités de chacun.

### **L'adaptation constante des formes de prises en charge aux particularités et à l'évolution des besoins des patients.**

Cette adaptation porte sur les dispositifs de soins, leurs organisations, leurs indications, leurs fonctionnements, leurs articulations entre eux. Elle porte aussi sur la nature des soins spécifiques prodigués, prenant en compte les évolutions des savoirs et des pratiques.

### **Le respect des droits du patient sujet de ses soins.**

La recherche, autant que possible, de son implication dans le processus de soins est un impératif, prenant forme tant dans l'organisation de l'offre de soins, que pour déterminer les interventions soignantes elles-mêmes.

### **Le soutien et l'accompagnement des familles et des proches.**

Le patient souffrant de troubles psychiatriques ne saurait être isolé de son milieu de vie, de sa famille et de ses proches. Dans des conditions parfois éprouvantes, familles et proches jouent un rôle déterminant dans le soutien du patient, tout au long de son parcours de soins.

Il est donc important de pouvoir soutenir les familles et les proches en difficulté, les accompagner dans leur action auprès du patient.

### **L'inscription de l'intervention psychiatrique dans un cadre pluri-partenarial.**

Tant dans le domaine de la prévention, que dans celui des soins et de la réinsertion-réadaptation en psychiatrie, les facteurs ayant un impact sur l'évolution des patients et de leurs troubles sont multiples. Ils relèvent de l'action de nombreux intervenants sanitaires et sociaux avec lesquels les secteurs ont à nouer des collaborations aussi étendues et construites que possible. Le groupe hospitalier se doit d'être dans cet objectif-là un établissement ouvert sur son environnement.

## **2. LES LIGNES DE FORCE DU PROJET**

**Sur la base de ce socle de valeurs, le projet médical entend se définir selon sept lignes de force.**

Bon nombre des objectifs et dispositions en découlant devraient idéalement être portés dans le cadre du GHT, soit rapidement, soit dans un second temps, en organisant une coopération entre les établissements membres pour faciliter leur mise en œuvre et en accroître la pertinence.

### **2.1. RELEVÉ UN DOUBLE DÉFI : DÉVELOPPER LA PRÉVENTION ET SE CENTRER SUR LES SOINS ET LA RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION**

Face à des demandes d'intervention exponentielles des secteurs psychiatriques, englobant toutes les formes de souffrance psychique, il devient nécessaire de concevoir des organisations et des fonctionnements des dispositifs de soins capables d'équilibrer les investissements en ressources médicales et soignantes entre la prévention, les soins aux patients présentant les troubles les plus sévères, la rééducation-réadaptation des patients les plus fragiles. Cela passe par quatre grandes orientations à reprendre :

- Poursuivre l'implication des secteurs dans le domaine de la prévention et la promotion en santé mentale, en accompagnant les acteurs sociaux porteurs des initiatives nécessaires.

- Soutenir les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux confrontés à des difficultés d'exercice de leurs propres missions du fait de l'expression par leurs usagers de troubles ou de souffrances psychiques. Ce soutien doit permettre d'éviter des orientations peu pertinentes de patients vers le dispositif de soins.
- Dépister le plus précocement possible les troubles mentaux, afin d'alléger les prises en charge qui en découlent et améliorer le pronostic des troubles psychiatriques diagnostiqués.
- Exercer une orientation à l'entrée du dispositif de soins, singulièrement au niveau des CMP, afin de permettre les prises en charge les mieux adaptées aux besoins existants.

## 2.2. MAÎTRISER L'INTERSECTORIALITÉ

Si le développement de structures et équipes intersectorielles est devenu incontournable, aussi bien en intra-hospitalier qu'en extra-hospitalier, il est souhaitable qu'il obéisse à des règles d'organisation et de fonctionnement précises, afin d'éviter à terme la juxtaposition de dispositifs cloisonnés entre eux, morcelant l'offre de soins, faisant courir le risque de ne plus être à même d'assurer la continuité du projet de soins pour les patients pris en charge.

L'appartenance à un même ensemble sectoriel des différentes équipes de soins intra et extra-hospitalières facilite les relais permettant de gérer sans rupture le parcours d'un patient. Ce modèle est à privilégier autant que possible quand la pérennité des dispositifs est envisageable dans une telle dimension.

Conçues pour développer des prises en charge spécialisées, dans le cadre ou non de filières de soins, les dispositifs intersectoriels existants et à venir sont notamment utiles quand un secteur n'a pas les compétences pour les mettre en œuvre ou ne pourrait le faire de façon optimale, compte tenu du niveau quantitatif des besoins auxquels il répondrait et des ressources minimales à mobiliser.

Dès lors qu'est mise en place une structure ou une équipe intersectorielle en intra comme en extra-hospitalier, il est nécessaire de bien en préciser les principes d'organisation et de fonctionnement auxquelles elle doit obéir.

## 2.3. FAIRE DE LA DIVERSITÉ DES DISPOSITIFS DE SOINS EXISTANTS ET DE LEUR COHÉSION ENTRE EUX UN ATOUT DE L'ÉTABLISSEMENT AU PROFIT DE TOUS LES SECTEURS ET PÔLES

**PRÉSERVER, VOIRE CULTIVER, LA DIVERSITÉ DES FORMES DE SOINS PORTÉS PAR LES SECTEURS TOUT EN S'ATTACHANT À ASSURER UNE ÉGALITÉ DE TRAITEMENT ET DE CHANCES POUR LES PATIENTS SUR LA TOTALITÉ DU TERRITOIRE DE COMPÉTENCE DE L'ÉTABLISSEMENT :**

Il n'y a pas de raison de chercher à uniformiser les organisations et les fonctionnements de onze secteurs. Bien au contraire, la diversité des choix faits et des expériences est utile à préserver, voire à cultiver, à condition cependant de partager les informations sur les directions prises par chacun, les objectifs poursuivis et les résultats obtenus.

Pour autant, être en mesure d'offrir à la population une équité d'accès à des soins de qualité, sur la totalité du territoire de compétence de l'établissement, doit être travaillé. Cependant, il n'est pas forcément pertinent de vérifier l'application de cet objectif à un instant donné. Cet objectif d'équité est à considérer comme se réalisant dans le temps, avec un horizon sans cesse repoussé en fonction des expériences nouvelles engagées par tel ou tel secteur, et répliquables une fois constatées leur efficacité et leur adaptabilité à d'autres contextes locaux.

**Adopter une telle conception du développement, à la fois diversifiée de l'offre et soucieuse de l'égalité de traitement et des chances pour les patients, exige de rendre visible les différents dispositifs et actions de soins mis en œuvre par chaque secteur et pôle pour :**

- mieux orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée ;
- partager les expériences et s'en enrichir, en communiquant régulièrement ;
- identifier les sujets d'évaluations permettant d'améliorer les pratiques ;
- valoriser ce que fait l'établissement vis-à-vis de ses partenaires ;
- aider les patients et leurs familles à s'orienter au sein du dispositif de soins ;
- mieux identifier les actions à renforcer ou à développer.

## DÉVELOPPER LA COHÉSION ENTRE SECTEURS À L'INTÉRIEUR DES PÔLES, ENTRE LES PÔLES ET AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENSEMBLE :

Les découpages organisationnels entre secteurs, pôles et territoires délimitent des espaces de responsabilité différents, sans constituer pour autant des entités totalement indépendantes les unes des autres. L'exercice des missions dévolues aux secteurs bénéficie de leur appartenance aux différents ensembles qui les réunissent : le pôle, le territoire, l'établissement.

A contrario, il peut être contrecarré par les conséquences des difficultés que peuvent rencontrer chacun de ces ensembles auxquels ils appartiennent. Quant au pôle, au territoire et à l'établissement, ils puisent leur vitalité dans le bon fonctionnement de tous les services qu'ils unissent.

**Ces interdépendances à des échelles variables, entre les dispositifs de soins individualisés et la communauté hospitalière assurant leur**

**développement, sont plus particulièrement à renforcer selon quatre perspectives :**

- partager largement les expériences et les savoir-faire ;
- organiser les coordinations permettant d'assurer la continuité du projet de soins des patients suivant un parcours dans leur prise en charge, en s'attachant notamment à la coordination privilégiée avec la Fondation Vallée quand le parcours du patient débute dès l'enfance ;
- mutualiser des activités pouvant être communes à plusieurs secteurs ou pôles ;
- concevoir un cadre de partenariat facilitant la déclinaison, parfois différente, secteur par secteur des collaborations nécessaires à la bonne prise en charge des patients.



## 2.4. S'ENGAGER DANS L'EMPLOI D'OUTILS NOUVEAUX FACILITANT LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS

De nouveaux outils sont susceptibles de faciliter l'accès aux soins et à la prévention, les coordinations entre équipes de soins, avec les partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux, des secteurs : télémédecine, téléexpertise, visioconférence, applications numériques diverses, objets connectés. Ils doivent avoir leur juste place dans les moyens mobilisés par les équipes médicales et soignantes.

Plusieurs praticiens et services ont recours à la télémédecine et à la visioconférence. La récente période de la pandémie Covid-19 a contribué à un essor relatif de ces pratiques. Il convient maintenant de donner un cadre rigoureux au déploie-

ment de ces activités, cernant leurs pertinences et les conditions de leur réalisation. Sur cette base, un plan d'intégration de ces pratiques dans les activités générales des secteurs est à définir, détaillant les investissements en matériels nécessaires, les organisations internes à prévoir et les partenariats à nouer.

Par ailleurs, l'établissement doit pouvoir accueillir et soutenir des expérimentations souhaitées par les secteurs, concernant l'emploi d'applications numériques ou d'objets connectés, facilitant l'accès à la prévention et à la promotion en santé mentale, le suivi médical des patients.

## 2.5. MIEUX AFFIRMER L'IDENTITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT, NOTAMMENT ANCRÉE SUR SON HÉRITAGE

L'identité du groupe hospitalier Paul Guiraud est constituée par les activités spécifiques qu'il porte et les avancées qu'il a su, par le passé, engager dans le domaine des thérapies familiales et des interventions de prévention et de soins au sein de la communauté. Ces caractères marquants sont à renforcer et à mettre résolument en avant :

### EN CONSOLIDANT LES SPÉCIFICITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT :

#### ● Les pathologies difficiles et complexes

L'établissement dispose d'un ensemble de dispositifs lui conférant une expérience et un savoir-faire dans la prise en charge des pathologies difficiles et complexes, au travers de l'UMD, de l'UHSA, du SMPR, des activités des secteurs accueillant ces situations cliniques. Il porte un projet de création d'une unité de soins intensifs psychiatriques, ainsi qu'un projet de création d'une unité de sismothérapie. Ce positionnement général, tant sur le plan de la clinique que des traitements médicamenteux, constitue un terrain propice au développement de fonctions expertes, de l'enseignement, de l'évaluation et de la recherche.

#### ● Les activités transversales

Les soins somatiques, la pharmacie clinique, la prise en charge des addictions, notamment en direction des cas les plus sévères mais pas uniquement, forment des dispositifs transversaux à l'ensemble des activités des secteurs, dont les capacités d'innovation peuvent faire de l'établissement une référence en psychiatrie.

---

### EN RENFORÇANT ET EN DÉVELOPPANT UNE ORIENTATION, FORTE ET ANCIENNE DE PAUL GUIRAUD EN FAVEUR DU RÉTABLISSEMENT ET DE « L'EMPOWERMENT » :

Depuis longtemps, le groupe hospitalier Paul Guiraud a servi de creuset à l'essor d'activités en direction des familles et de la réinsertion-réadaptation des patients. Il s'agit maintenant pour l'établissement de déterminer un cadre stratégique visant à soutenir et renforcer les initiatives prises par les secteurs, nombreuses mais au développement inégale, toutes convergeant vers un accent donné aux objectifs de rétablissement des patients et « d'empowerment ».

---

### EN PROMOUVANT DES ACTIVITÉS RÉPONDANT AUX BESOINS DE LARGES TERRITOIRES :

La localisation de l'établissement au sud de la métropole parisienne et la diversité de l'offre de soins qu'il propose sont une opportunité pour porter des activités répondant aux besoins d'une population dépassant les limites du territoire de compétence sectorielle de l'établissement. Cette orientation est à soutenir. Elle doit contribuer au dynamisme, à l'attractivité et à la renommée de l'établissement.

Le lien particulier avec la Fondation Vallée doit également être travaillé dans le cadre de soins à l'attention de certaines populations frontalières (périnatalité, transition pédopsychiatrie - psychiatrie adulte, prises en charge de jeunes patients...).

## 2.6. STRUCTURER AVEC RIGUEUR UN PARTENARIAT INDISPENSABLE

Chaque secteur noue avec son environnement proche, sanitaire, social et médico-social, des liens lui permettant d'exercer ses missions. Ces liens prennent parfois la forme de conventions. Ces partenariats demandent à être soutenus et développés toujours davantage, grâce à un engagement de l'ensemble de la communauté hospitalière, prônant des règles partagées de coopération instaurant la symétrie des rapports, la transparence, la lisibilité des objectifs et dispositions prises en conséquence. Il est par ailleurs impératif d'organiser une évaluation périodique de la pertinence et de l'efficacité de ces partenariats afin d'en améliorer sans cesse la conception et les réalisations.

Le partenariat à développer toujours davantage est à inscrire autant que possible dans la dynamique du GHT.

**Il pourrait se donner des priorités portant dans les domaines de la prévention, des soins et de la réinsertion-réadaptation, notamment sur :**

- la prise en charge des suicidants ;
- les urgences ;
- la périnatalité ;
- la psychiatrie de la personne âgée ;
- la prise en charge du psychotraumatisme.



## 2.7. INVESTIR DAVANTAGE DANS L'ÉVALUATION ET LA RECHERCHE CLINIQUE, EN LIEN AVEC LA FORMATION ET L'ENSEIGNEMENT

Diversifier les modes de soins, organiser des parcours de patients les conduisant à être pris en charge par des équipes différentes, engager des approches innovantes, rendent encore plus impérative la nécessité d'évaluer la qualité des soins et les effets obtenus, de soutenir la recherche clinique.

Au sein de l'établissement, de nombreuses initiatives ont été prises pour développer des travaux d'évaluation et de recherche. Il est nécessaire de les consolider, de les renforcer et de les étendre.

# LES GRANDS AXES DU PROJET MÉDICAL

## 1. RESTRUCTURER L'ARCHITECTURE DE L'ÉTABLISSEMENT

**L'hospitalisation à temps complet est en peine pour assurer la qualité des soins.**

Les postes vacants de médecins et de soignants, particulièrement en hospitalisation à temps complet, et les fermetures de lits consécutives, ont installé durablement une situation qui menace l'accès aux soins des patients et la continuité des projets de soins. En effet, les forts taux d'occupation (supérieurs à 100 %), aussi bien en chambres d'isolement devenues quasiment déssectorisées, que dans les services, obligent à retarder ou raccourcir des hospitalisations nécessaires. Il en résulte de fréquentes admissions hors secteur, conduisant à des parcours de patients en intra-hospitalier compliquant le passage de relais entre l'intra et l'extra.

Ces changements d'équipe, en intra-hospitalier comme en extra-hospitalier, peuvent avoir pour effet de rallonger les durées d'hospitalisation, dans des conditions de séjours qui ne sont pas

optimales du fait des locaux et de la part prise par les hospitalisations sans consentement des patients.

Cette situation d'ensemble génère un épuisement des équipes soignantes qui précipite des départs de professionnels qu'il est difficile de remplacer. L'établissement paraît engagé dans une spirale ne faisant qu'accentuer ses difficultés. Les principes de solidarité entre services sont mis à mal, ayant pour conséquence de dégrader le climat de confiance au sein de l'établissement, chacun étant d'abord soucieux de préserver autant que possible l'équilibre qu'il est parvenu à trouver pour répondre aux besoins de la population de son secteur et fidéliser ses équipes.



### **L'organisation de l'hospitalisation temps plein ne permet pas d'optimiser les ressources de l'établissement.**

Plusieurs unités d'hospitalisation ont moins de 15 lits. L'organisation uniquement sectorielle de l'hospitalisation, dans presque tous les pôles, ne permet pas de développer des structures ayant une vocation spécifique dans l'admission des patients, adaptées, avec les moyens existants, aux besoins différents des patients.

### **Le modèle d'organisation des pôles et secteurs fait l'objet de controverses entre stratégie de secteur et développement de filières et de soins spécialisés répondant aux besoins de larges territoires.**

L'intersectorialité s'est surtout développée en extra-hospitalier. Elle existe aussi en intra-hospitalier, voulue sur le site de Clamart, subie quand des hospitalisations nombreuses se font hors-secteur faute de lits disponibles dans le secteur d'origine. Dans tous les cas, les principes d'organisation et de fonctionnement de

ces activités intersectorielles, des filières et des soins spécialisés sont peu définis et l'évaluation de leur bonne application est actuellement insuffisante.

### **L'extra-hospitalier et l'ambulatoire souffrent d'une trop faible structuration assurant une égale extension sur tout le territoire de compétence de Paul Guiraud et de moyens parfois peu adaptés à ses ambitions.**

L'extra-hospitalier et l'ambulatoire se sont développés de façon inégale. Ils disposent de locaux de dimension et d'organisation architecturale hétérogènes. Les équipes et unités mobiles n'ont pas toujours une véritable identité, faute d'effectifs suffisants pour l'affirmer. Leur activité reste modeste et probablement perfectible (14 % du total des visites à domicile par exemple). Les grands axes de développement de l'extra-hospitalier et de l'ambulatoire mériteraient d'être mieux caractérisés pour tous les secteurs et pôles.

## 1.1. RÉORGANISER L'HOSPITALISATION

Il est difficile de prévoir cinq ou dix ans à l'avance la forme la plus adaptée que devra prendre la configuration de l'hospitalisation temps plein. Les besoins définis sous la forme de la taille optimale des unités d'hospitalisation, du nombre des lits, de la vocation des structures de soins dépendent de nombreux facteurs dont les interactions sont multiples et incertaines : l'évolution de la population des secteurs, de la morbidité, des pratiques, de l'environnement sanitaire, social et médico-social, des schémas d'organisation promues par les tutelles. Dans ces conditions, si la réorganisation de l'hospitalisation doit nécessairement s'inscrire dans un cadre de contraintes, elle doit tout autant se concevoir de façon à permettre notamment de s'adapter à l'imprévisible, de modifier les trajectoires prises en fonction des enseignements tirés de l'expérience.

Les capacités restantes disponibles en lits de l'établissement sont aujourd'hui insuffisantes pour répondre aux demandes d'hospitalisation s'adressant à lui. En 2021, le nombre de lits fonctionnels sectorisés a été en moyenne de 230 lits sur le site de Villejuif auxquels s'ajoutent 10 lits de CAC à Choisy, et de 116 lits sur le site de Clamart. Sur les cinq dernières années, cette moyenne pour le site de Villejuif (territoire 92T2 et 94T2) était de 269 lits, pour un capacitaire théorique de 275 lits. La pression s'exerçant sur l'hospitalisation est forte et elle a des effets délétères : difficultés d'accès aux soins faute de lits disponibles, nom-

breuses hospitalisations hors du secteur menaçant la continuité du projet de soins, épuisement des équipes soignantes... Les dispositions envisagées par le projet médical, en dehors de la question de la réorganisation de l'hospitalisation à temps plein, visent à mieux répondre aux besoins de santé mentale des territoires et à soulager la pression s'exerçant sur l'hospitalisation. Elles ne suffiront cependant pas sans une augmentation des capacités en lits dont dispose l'établissement. Ce capacitaire cible devra prendre en considération les besoins actuels, ceux envisagés pour les années à venir, les contraintes fixées par les tutelles, l'organisation médico-soignante des soins, la place de l'intersectorialité en hospitalisation... La réflexion sera à mener dans le cadre du futur schéma directeur immobilier du site de Villejuif, qui impactera l'ensemble des lits sectorisés du 92T2 et 94T2. L'UHSA et l'UMD ne rentrent pas dans le cadre de ce SDI.

Par ailleurs, afin de faciliter la sortie de certains patients hospitalisés sur une longue durée et dont le handicap psychique est important, il serait souhaitable de disposer de plus de capacitaire dans le champ du médico-social, notamment sur le territoire 92T1 et 92T2, cette création ne dépendant pas de l'établissement Paul Guiraud.



### UNE AUGMENTATION NÉCESSAIRE DU NOMBRE DES LITS :

Cette augmentation des capacités en lits doit commencer par la mise en œuvre complète des autorisations dont bénéficie l'établissement, avec le soutien budgétaire nécessaire à apporter par l'ARS :

- ouverture d'une unité d'hospitalisation de 20 lits en addictologie ;
- ouverture d'un service de soins intensifs en psychiatrie, qui aura certes une vocation régionale mais répondra aussi aux besoins de Paul Guiraud ;
- renforcement des capacités d'accueil en foyer de postcure, autorisé pour 30 lits et ne disposant actuellement que de 20 lits.

Au-delà de ces créations de lits supplémentaires, il conviendrait de se donner pour objectif de disposer au total d'au moins 280 lits sectorisés pour les territoires 94T2 et 92T2 (site de Villejuif), et de 120 lits sectorisés pour le territoire 92T1 (site de Clamart).

La tendance à l'augmentation progressive de la population du territoire de compétence de l'établissement rend indispensable cette augmentation des capacités d'hospitalisation (plusieurs secteurs connaissent une augmentation de leur population de 1% par an).

## DES UNITÉS DE SOINS AUX DIMENSIONS PERMETTANT UNE PRISE EN CHARGE ACTIVE DES PATIENTS ET LA MISE EN ŒUVRE DE SOINS SPÉCIALISÉS :

Chaque unité de soins mobilise un seuil incompressible de moyens en personnels soignants. Il est possible de comprendre la nécessité d'éviter de constituer des unités de soins de trop petite capacité, ne permettant pas d'optimiser l'emploi d'une ressource en personnel limitée. Pour autant, l'organisation d'unités de soins de trop grande dimension n'est pas non plus souhaitable quand elle n'est pas adaptée au projet médical des services. Le nombre des unités de soins devrait résulter d'un équilibre entre les contraintes liées aux effectifs soignants disponibles et la nature des projets médicaux.

Des unités de soins de 20 à 22 lits (auxquels s'ajoutent une chambre d'isolement et un espace d'apaisement) sont envisageables, si cela correspond aux conditions d'optimisation minimale des moyens existants, afin de permettre la réhabilitation nécessaire de l'hospitalisation temps plein et son financement dans le cadre du SDI. Dans ces conditions, une des hypothèses conceptuelles pourrait être la suivante :

- **Chaque pôle implanté sur le site de Villejuif pourrait disposer d'au moins trois unités d'hospitalisation** (deux de 22 lits et une de 20 lits) dont une intersectorielle se voyant attribuer une vocation à déterminer dans le cadre des projets des services constituant le pôle.
- **Ces trois unités pourraient être complétées de lits « CAC »** destinés à prendre en charge les situations de crises psychiques :
  - **Le secteur 94G10** dispose déjà d'un CAC à Choisy. Il conviendrait d'étudier la possibilité de l'ouvrir à un territoire plus large et d'étudier sa capacité cible.
  - **Le pôle 92T2** devrait pouvoir également disposer d'un CAC, implanté lui-aussi sur son territoire. Il pourrait avoir une capacité de 12 à 15 lits.
  - **Des projets de même nature ou comparables pourraient être envisagés pour les autres pôles de l'établissement (94G15, 94G13-G17, 92T1)**, dans le cadre de partenariats possibles avec d'autres établissements (le CHU du Kremlin-Bicêtre par exemple), ou en réponse à la survenue d'opportunités ouvertes par l'ARS incitant à engager de tels projets dans le domaine de l'urgence et de la gestion de crise par exemple.
  - **La question de la permanence médicale** sera à prendre en compte car mobilisatrice de moyens non extensibles.
- **L'unité polaire de chaque pôle pourrait comporter 20 lits**, capacité réduite par rapport aux autres unités d'hospitalisation pour tenir compte de sa spécificité intersectorielle.
- **Le pôle-secteur 94G15 pourrait disposer de deux unités d'hospitalisation**, l'une de 22 lits, l'autre de 20 lits. L'unité de 20 lits pourrait avoir pour spécificité d'accueillir plus volontiers les patients hospitalisés en post-urgence.
- **À ce dispositif s'ajouterait une unité d'hospitalisation intersectorielle ou interpolaire de 20 lits.** Cette unité pourrait accueillir par exemple des profils particuliers, patients irresponsables pénaux, pathologies nécessitant une longue hospitalisation afin de consolider leur autonomisation préparant leur sortie. Cependant, il convient de ne pas figer à ce stade la vocation de cette éventuelle unité afin de bien définir le projet soignant et son mode de fonctionnement. Une seconde unité interpolaire pourrait également être envisagée.
- **Le pôle 92T1 dispose déjà de deux unités de soins intersectorielles.** Une évolution de ce dispositif est possible en fonction des projets des services.
- **L'évolution du dispositif de postcure devrait permettre de mieux répondre aux besoins des pôles 92T1 et 92T2**, en proposant à l'ARS d'autoriser un projet d'implantation d'un tel centre sur leur territoire, conçu en partie avec les 10 lits autorisés et non installés et de lits supplémentaires pour atteindre une taille optimale. Ce projet permettrait de faciliter la sortie de patients actuellement pris en charge par les deux unités intersectorielles de Clamart, facilitant ainsi l'évolution de l'ensemble du pôle. Il soulagerait le pôle 92T2 confronté à une forte pression sur l'hospitalisation liée à la taille de la population aux besoins de laquelle il répond.

## DES UNITÉS DE SOINS CONÇUES SELON UNE ARCHITECTURE ADAPTÉE AUX BESOINS DE SOINS DES PATIENTS :

Le mélange des âges et des pathologies au sein des unités de soins, entraîné par leur nombre limité, la forte proportion des patients hospitalisés sans leur consentement obligeant à des mesures restreignant les libertés d'aller et venir de tous, le besoin de répondre de plus en plus par des réponses spécifiques aux besoins différents des patients hospitalisés, doivent conduire à repenser profondément l'architecture classique des unités de soins actuelles. **Un travail a été déjà engagé au sein de l'établissement. Il est à approfondir. Il conviendra notamment de réfléchir à :**

- concevoir des unités de soins modulables, afin de les adapter dans le temps à l'évolution des besoins et des pratiques et de pouvoir distinguer des zones de séjours différents selon les patients accueillis en fonction de leur âge ou de leur pathologie ;
- permettre une totale liberté d'aller et venir pour les patients qui ne sont pas en hospitalisation sans leur consentement, tout en offrant à ces derniers des conditions d'hospitalisation assurant sécurité de la prise en charge et espaces d'évolution suffisants.



## 1.2. MIEUX ORGANISER L'INTERSECTORIALITÉ

Deux raisons essentielles ont conduit et conduisent encore à concevoir des dispositifs intersectoriels :

- la nécessité, pour développer de nouveaux projets, de mutualiser des ressources quand celles-ci sont limitées ;
- le faible recrutement de certains types de situations cliniques au niveau d'un secteur, empêchant un niveau d'activité permettant une optimisation raisonnable des ressources soignantes.

Parallèlement, il existe une intersectorialité de fait au sein de l'hospitalisation temps plein, par manque de lits disponibles dans un secteur pour accueillir tous ses patients.

**À ce constat, deux types de risque sont par ailleurs mis en évidence au développement de dispositifs intersectoriels en hospitalisation ou en extra-hospitalier :**

- une perte de coordination entre les équipes soignantes, compliquant la continuité du projet de soins ;
- une autonomisation progressive de la structure intersectorielle qui peut provoquer un cloisonnement des structures de soins entre elles, une fragmentation du dispositif d'hospitalisation dans son ensemble.

Pour éviter ces risques, notamment que l'intersectorialité des prises en charge soit voulue ou de fait, vu l'importance qu'elle prend dans l'organisation de l'offre, il convient avec rigueur de respecter un certain nombre de principes, pour assurer la continuité du projet de soin d'un patient dont la pathologie chronique conduit à une prise en charge ayant la forme d'un parcours.

### LES PRINCIPES À RESPECTER POUR ORGANISER L'INTERSECTORIALITÉ DES PRISES EN CHARGE :

1. Bien identifier le besoin auquel il est censé être répondu.
2. Définir la mission portée.
3. Déterminer le territoire aux besoins duquel la structure intersectorielle devra répondre.
4. Rattacher toute structure intersectorielle à un secteur ou un pôle qui en assurera la bonne intégration dans l'offre de soins générale du territoire concerné.
5. Préciser clairement la responsabilité médicale de la prise en charge.
6. Identifier une procédure d'admission.
7. Organiser la coordination avec les équipes sectorielles en amont et en aval de la prise en charge.
8. Évaluer selon une périodicité définie le bon fonctionnement du dispositif intersectoriel mis en œuvre, au regard des principes précédents et des résultats de leur application.

Le territoire aux besoins duquel une structure intersectorielle répond doit, dans tous les cas, être défini. **Il peut être :**

- le pôle ;
- le territoire regroupant plusieurs pôles ;
- le territoire de compétence de l'établissement ;
- le territoire du GHT, en partie ou en totalité ;
- un territoire plus large.

Dès lors que le territoire de la structure intersectorielle est plus large que celui de l'établissement Paul Guiraud, **les moyens d'investissement et de fonctionnement nécessaires devront être considérés dans le cadre :**

- d'un partenariat équilibré entre établissements (du GHT et/ou le CHU) :  
Outre les dispositions financières envisageables liant les établissements concernés par les activités d'une structure intersectorielle, il est nécessaire de déterminer les conditions d'examen collectif du bon fonctionnement du dispositif.
- de la négociation budgétaire conduite avec l'ARS.

#### DISPOSITIONS CONCRÈTES À METTRE EN ŒUVRE :

- Établir une charte de l'intersectorialité au sein de l'établissement.
- Étendre cette charte aux établissements du GHT et/ou du CHU en cas de développement de structures intersectorielles les concernant.
- Constituer une instance de suivi de l'application de la charte et du bon fonctionnement de l'intersectorialité se réunissant au moins une fois par an à l'échelle de l'établissement.



### 1.3. SE Doter d'un schéma de développement de l'extra-hospitalier et de l'ambulatoire

La part prise par l'extra-hospitalier et l'ambulatoire est allée grandissante au sein de l'offre de soins portée par le groupe hospitalier Paul Guiraud. L'établissement a ainsi su cultiver le virage ambulatoire prônée par les pouvoirs publics ces dernières années. Ces évolutions ont pris des formes et des dimensions différentes selon les secteurs et pôles, en fonction notamment des contextes locaux, des opportunités, des orientations propres à chaque équipe.

Cette diversité et cette richesse de projets mis en œuvre, tantôt à l'échelle d'un secteur, tantôt d'un pôle, tantôt d'un territoire, impliquant parfois d'autres établissements du GHT, ont besoin cependant d'un cadre stratégique général permettant de les soutenir au mieux. Un tel cadre stratégique, susceptible de prendre la forme d'un schéma de développement de l'extra-hospitalier et de l'ambulatoire, ne doit pas avoir pour finali-

té d'uniformiser les dispositifs mis en œuvre par les secteurs et pôles, mais de fixer des principes directeurs, avec parfois les modalités de leur concrétisation, laissant ouvertes les possibilités variables de leurs réalisations.

**Ce schéma de développement de l'extra-hospitalier et de l'ambulatoire comportera cinq grands axes.**

#### Axe 1 :

#### Rénover le dispositif extra-hospitalier

La situation des dispositifs extra-hospitaliers est hétérogène selon les secteurs : les locaux n'ont pas des dimensions toujours adaptées aux activités réalisées ; parfois l'hôpital est propriétaire ; dans certains secteurs des regroupements ont pu être opérés en un même lieu, ou presque, de plusieurs unités (hôpital de jour, CATTP, CMP) ; la maturité des dispositifs n'est pas toujours atteinte. Il est difficile d'adopter un modèle d'organisation unique, applicable à tous les secteurs.

**Cependant, le regroupement de structures extra-hospitalières et ambulatoires (HDJ, CATTP, CMP, équipes mobiles...) peut comporter plusieurs avantages :**

- la fluidité des transmissions et des relais entre équipes ;
- la limitation des situations d'isolement des soignants ;
- la fluidité des parcours des patients appelés à passer d'un dispositif à un autre ;
- la mutualisation de personnels ayant des qualifications spécifiques, susceptibles d'intervenir sur plusieurs dispositifs extra-hospitalier ou ambulatoire ;
- une meilleure adaptabilité globale à des situations conjoncturelles de diminutions d'effectifs soignants, permettant d'éviter la fermeture complète de certains dispositifs ;
- un approvisionnement en produits pharmaceutiques facilité et plus optimal (la périodicité des livraisons pourrait être plus courte en moyenne, du fait de la diminution de la dispersion des lieux). Cela aurait notamment pour effet de limiter les situations où des soignants doivent aller chercher les produits manquants pour des ordonnances précarité ;
- un projet de regroupement est l'occasion de rechercher une solution architecturale mieux adaptée aux besoins du secteur (organisation des espaces, dimensions, circulation des patients, accessibilité...) ;
- la qualité de vie au travail des soignants peut être facilitée du fait de la diminution des déplacements nécessaires pour aller d'une structure à une autre.

### Mais de tels regroupements peuvent aussi présenter des inconvénients :

- l'activité du CATTP peut se trouver sacrifiée, au profit des exigences des autres dispositifs (HDJ et CMP) ;
- la distinction pour le patient de son passage d'un dispositif à un autre, signifiant son évolution, peut s'en trouver estompée ;
- le regroupement de structures extra-hospitalières peut poser des problèmes d'accessibilité géographique à certains patients ;
- ces regroupements, dans un contexte de grande tension immobilière, risquent d'être coûteux ;
- s'engager dans une telle orientation, avec ses aspects immobiliers, peut conduire à négliger les solutions d'implantation d'activités psychiatriques au sein de locaux de la cité mis à disposition par les collectivités territoriales par exemple, permettant une plus grande déstigmatisation.

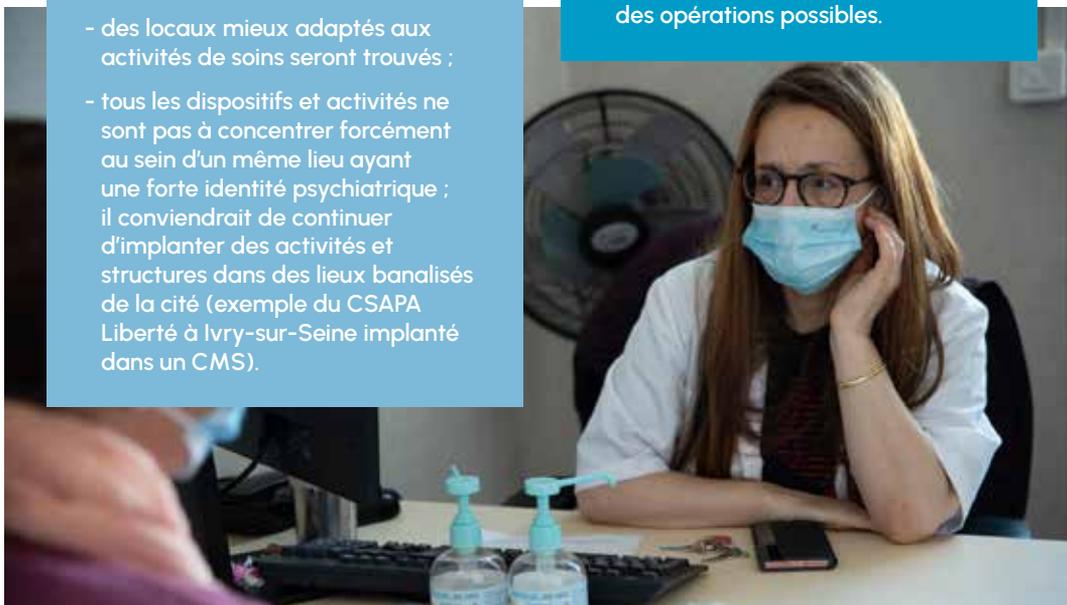
Au regard de ces avantages et de ces risques, il conviendrait d'examiner, secteur par secteur, pôle par pôle, les regroupements possibles de structures extra-hospitalières, en prenant en compte les situations existantes, les particularités locales, les projets des équipes. Dans certains cas, c'est plutôt un aménagement des locaux existants qui serait préférable, si le coût n'est pas supérieur à une implantation regroupée de certains dispositifs de soins.

#### **LES REGROUPEMENTS DE STRUCTURES EXTRA-HOSPITALIÈRES SONT ENVISAGEABLES, EN FONCTION DES POSSIBILITÉS OFFERTES PAR LE MARCHÉ IMMOBILIER, QUAND LES CONDITIONS SUIVANTES SONT RÉUNIES :**

- les effets sur l'accessibilité géographique sont limités ;
- des locaux mieux adaptés aux activités de soins seront trouvés ;
- tous les dispositifs et activités ne sont pas à concentrer forcément au sein d'un même lieu ayant une forte identité psychiatrique ; il conviendrait de continuer d'implanter des activités et structures dans des lieux banalisés de la cité (exemple du CSAPA Liberté à Ivry-sur-Seine implanté dans un CMS).

#### **DISPOSITIONS CONCRÈTES À METTRE EN ŒUVRE :**

- établir la cartographie précise des regroupements de structures extra-hospitalières envisageables, en partant des projets des secteurs ;
- évaluer les investissements nécessaires ;
- déterminer une programmation des opérations possibles.



**Axe 2 :****Évaluer le dispositif d'intervention en ambulatoire**

L'établissement dispose de plusieurs équipes et unités mobiles. Celles-ci sont sectorielles ou inter-sectorielles, intervenant parfois sur un territoire regroupant plusieurs pôles.

Ces équipes interviennent pour répondre aux besoins de populations différentes : personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes en situation de crise psychique, handicaps psychiques. Elles sont en soutien des équipes des CMP ou des structures extra-hospitalières qui interviennent en ambulatoire.

Le maintien de ces équipes intervenant en ambulatoire, ou leur renforcement en personnel, ou la création de nouvelles équipes, demande au préalable de tirer les enseignements de ces approches différentes mises en place parfois de manière récente.

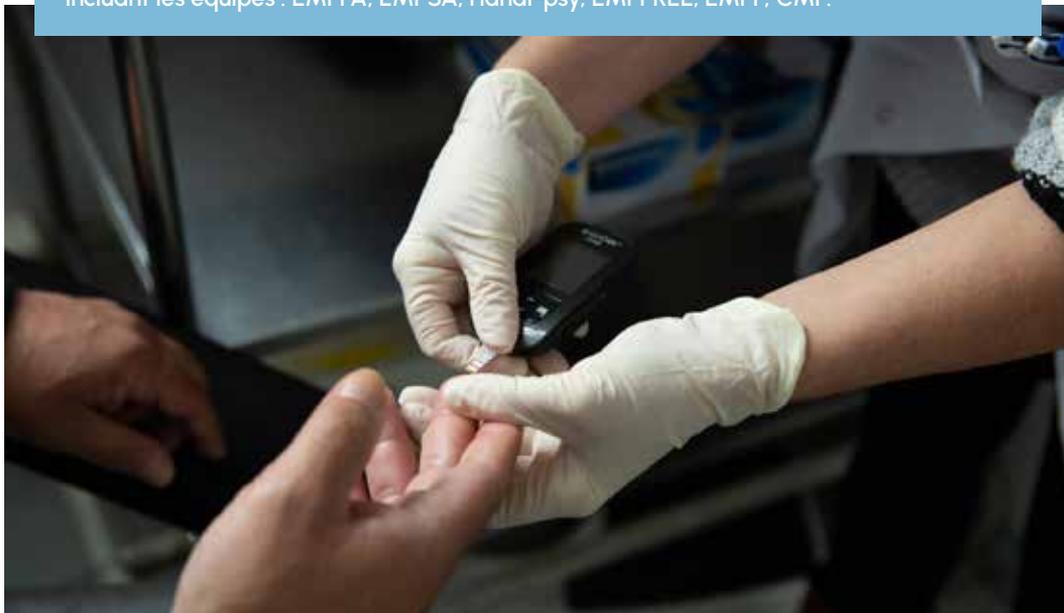
**Il est donc souhaitable d'engager une évaluation des activités et moyens mobilisés :**

- identifiant précisément le périmètre de leurs compétences,
- permettant d'examiner les avantages obtenus avec ces divers dispositifs, les difficultés rencontrées, les éventuelles questions d'articulation entre eux pouvant se poser.

Il s'agira notamment de savoir si ces organisations permettent une plus grande réactivité dans les interventions et une spécialisation des soignants, si sont respectés les principes de la charte sur l'intersectorialité quand celles-ci sont à vocation intersectorielle.

**DISPOSITION À METTRE EN ŒUVRE :**

Évaluer le dispositif d'intervention en ambulatoire des secteurs, pôles et territoires, incluant les équipes : EMPPA, EMPSA, Handi-psy, EMPFREE, EMPP, CMP.





### Axe 3 :

#### Améliorer la gestion du parcours des patients

La diversification des modes de prise en charge pour un patient dont l'état clinique va évoluer dans le temps, allant de la prévention, aux soins et à la réinsertion-réadaptation, exige une qualité de coordination entre les équipes afin d'éviter que le projet de soins finisse par être à l'image des désorganisations que la pathologie, notamment psychotique, produit dans la vie psychique de la personne.

Cette coordination est rendue plus difficile à organiser quand les différentes équipes soignantes intervenant, successivement ou concomitamment, appartiennent à des secteurs et pôles différents.

Un dispositif de « case manager » peut permettre de conserver un suivi d'ensemble du parcours du patient, et constituer pour ce dernier une référence lui servant de repère et de recours en cas de difficulté rencontrée.

#### DISPOSITION À METTRE EN ŒUVRE :

Développer de façon expérimentale la mise en place d'un dispositif de « case management » au minimum au sein d'un secteur ou d'un pôle volontaire.

**Axe 4 :****Développer la télémédecine, la visioconférence et la téléexpertise**

**Le recours à la télémédecine, à la visioconférence et à la téléexpertise permet de limiter les déplacements de médecins et soignants, et a donc un effet d'optimisation de la ressource en personnel. Cependant, l'intérêt du développement de ces pratiques est loin de se limiter à ce seul effet.**

Le recours à la télémédecine permet d'améliorer l'accès des patients à la prévention et aux soins.

L'emploi de la visioconférence simplifie l'organisation des coordinations nécessaires entre équipes parfois relevant d'établissements différents. Il peut servir à développer les formations des personnels soignants et des travailleurs sociaux. Il a sa place dans le soutien aux équipes des établissements sociaux et médico-sociaux avec lesquels coopère le secteur psychiatrique.

La téléexpertise permet de répondre rapidement aux questions que peut se poser, au sujet d'une personne présentant des troubles psychiatriques, un partenaire (médecin traitant ou professionnel d'une structure sociale ou médico-sociale).

La pharmacie, plusieurs secteurs et professionnels au sein de l'établissement pratiquent déjà des activités relevant de la télémédecine et utilisent la visioconférence entre équipes de Paul Guiraud,

avec des partenaires. L'intérêt de ces pratiques est manifeste, mais aller au-delà de ces initiatives ponctuelles et parfois individuelles nécessite de construire un projet concernant tout l'établissement, ou des secteurs et pôles volontaires.

Ce sujet ne concerne pas que les activités de secteur. Il doit pouvoir englober aussi les activités pharmaceutiques (le télé-soin-pharmaceutique, traitant des relations entre pharmacies d'officine et pharmacie de l'hôpital autour des prescriptions de psychotropes).

L'emploi de la télémédecine et de la visioconférence serait assez adapté aussi aux activités du CSAPA.

Le recours à des pratiques de télémédecine et à la visioconférence est à intégrer dans l'activité générale des dispositifs intervenant en ambulatoire.

**DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :**

- Fixer des objectifs de réalisation étalés dans le temps.
- Déterminer la mobilisation des investissements éventuellement nécessaires (matériels adaptés, salles dédiés...).
- Établir un plan de formation (notamment dans le management à distance des équipes).
- Organiser un partenariat avec des structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour introduire l'emploi de la télémédecine et de la visioconférence dans les relations avec elles.

**LES EXIGENCES À REMPLIR POUR UN DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE ET DE LA VISIOCONFÉRENCE :**

- Caractériser la plus-value de ces pratiques (accès aux soins plus facile, optimisation des ressources en médecins et soignants).
- Définir les indications d'emploi de la télémédecine.
- Disposer d'un référentiel des pratiques.
- Déterminer les équipements nécessaires et dresser un plan d'investissement.
- Construire des partenariats pour régler les conditions d'emploi de la télémédecine et de la visioconférence.

## Axe 5 :

### Faciliter l'emploi d'outils numériques dans l'organisation des prises en charge relevant de la prévention, du soin ou de la réinsertion-réadaptation

Des outils numériques utiles pour la prévention et la promotion de la santé mentale ne cessent de se concevoir. Par ailleurs, des outils connectés permettent un suivi utile de certains patients, à distance, en enregistrant et transmettant un certain nombre de constantes biologiques. D'autres exemples peuvent être cités : un dispositif de rappel par SMS des consultations prévues, ou de la date d'une injection retard.

Il faut s'attendre à ce que des outils numériques soient de plus en plus utiles dans la prévention, le suivi, les soins et la réinsertion-réadaptation des patients. L'établissement doit pouvoir se préparer à accompagner et encadrer ces évolutions prévisibles, analyser leurs impacts sur les pratiques.



#### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

- Recenser les outils numériques utilisés par tel ou tel secteur ou pôle, ou à l'état de projet attendant un soutien.
- Procéder à un appel à projet interne à l'établissement pour identifier des expérimentations susceptibles d'être soutenues, dans le cadre d'un budget déterminé à cette fin avec le concours éventuel de l'ARS, veillant au respect du secret médical.
- S'appuyer sur ces projets d'expérimentation ou sur leurs résultats pour organiser des partenariats avec des Start-Up afin :
  - de concevoir de nouveaux outils numériques relevant de la prévention, du soin et de la réinsertion-réadaptation, dans le cadre de partenariats public-privé ;
  - d'organiser un processus de labellisation des outils conçus par des Start-Up.
- Impliquer les patients eux-mêmes dans la conception de tels outils numériques.

## 2. FAIRE DU RÉTABLISSEMENT ET DE « L'EMPOWERMENT » UN AXE STRATÉGIQUE FORT DE L'ÉTABLISSEMENT

Les interventions auprès des familles (de soin, d'écoute, de soutien, d'information, de formation...) sont développées de façon plus ou moins différentes et importantes selon les secteurs et pôles. Il en est de même de l'éducation thérapeutique du patient et des activités de réhabilitation psycho-sociale. Tous ces domaines d'intervention différents, donnant lieu à des actions multiples et de développement inégal, ont toutes un point commun : œuvrer au rétablissement des personnes et globalement à « l'empowerment ».

L'établissement veut faire du « rétablissement des personnes et de l'empowerment » un axe stratégique fort. Il peut pour cela s'appuyer sur son histoire (notamment le développement des thérapies familiales) et sur les orientations prises par les secteurs et pôles dans le domaine de la réhabilitation psycho-sociale par exemple. Un tel axe stratégique a vocation à devenir en quelque sorte « une signature » de Paul Guiraud, à constituer son identité centrale. Il doit pouvoir entraîner tous les services de l'établissement, y compris les soins somatiques, l'addictologie, l'UMD, l'UHSA, le SMPR et la pharmacie.

Cet axe stratégique se décompose en quatre grandes orientations :

- l'éducation thérapeutique des patients ;
- la réhabilitation psychosociale et l'inclusion sociale ;
- le soutien et l'accompagnement des familles ;
- la prise en compte des savoirs expérientiels.

Ces orientations doivent se décliner pour chaque secteur et pôle en différents dispositifs et actions, avec pour objectif non pas d'uniformiser l'offre mais de la développer partout dans sa diversité, dans un cadre assurant la cohérence d'ensemble au niveau de l'établissement.

### CADRE DE DÉVELOPPEMENT DE L'AXE STRATÉGIQUE : « RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES ET EMPOWERMENT »

#### DISPOSITIONS COMMUNES

Dresser et tenir à jour une cartographie des organisations mises en place dans chaque secteur et pôle et actions développées sur ces cinq orientations composant l'axe stratégique de l'établissement.

Établir pour les familles, les usagers, les médecins traitant un guide recensant les dispositions prises dans les différentes orientations de cet axe stratégique et les procédures à suivre pour en bénéficier.

Prendre en compte, dans les recrutements des professionnels de l'établissement, les exigences de compétence et de formation allant avec le choix de cet axe stratégique.

Organiser un partenariat avec les représentants des usagers et des familles pour évaluer le bon développement, la mise en œuvre, les impacts des dispositions relevant de cet axe stratégique.

Associer les autres établissements du GHT à la mise en œuvre et au financement des dispositifs territoriaux mis en place dans ce cadre.

	ORIENTATIONS	OBJECTIFS	DISPOSITIONS CONCRÈTES	
DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES	L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS	Faciliter la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique	Mutualiser certains programmes autant que possible entre secteurs et pôles. Créer un poste de coordonnateur de l'éducation thérapeutique (chargé de suivre le développement de ces actions au niveau de tout l'établissement, de les faire connaître, de proposer des mutualisations possibles, d'aider au montage des projets, de faciliter les partages d'expérience et l'évaluation des pratiques).	
	LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET L'INCLUSION SOCIALE	Assurer la mise en place du dispositif de réhabilitation psychosociale sur tout l'établissement	Garantir le fonctionnement partenarial de la plateforme 92 Centre-Sud, dans une logique de gradation des soins. Étendre la plateforme du 94T2 aux 5 secteurs du territoire de manière graduée et structurer son caractère opérationnel.	
		Développer et organiser les dispositifs intermédiaires vers l'accès au logement de façon graduée	Établir un référentiel sur les prises en charge en AFT et en appartement communautaire. Organiser au niveau du pôle, chaque fois que possible, le suivi des AFT et des appartements communautaires, articulé avec les secteurs. Constituer des équipes mixtes (soignant et travailleur social) pour assurer le suivi des patients. Mettre en œuvre dans son intégralité l'autorisation actuelle de l'établissement en foyer de postcure (30 places) dans un cadre à déterminer sur le plan territorial et capacitaire.	
			Faciliter l'accès et le maintien au logement	Élaborer un inventaire des solutions conçues en partenariat au niveau de chaque secteur, sous la forme d'une « boîte à outils », pour partager les bonnes idées, identifier les initiatives à renforcer ou à développer. Établir au niveau de l'établissement un engagement cadre avec les grands bailleurs sociaux, afin de faciliter la déclinaison ensuite de projets conçus au niveau des secteurs (par exemple en travaillant sur le principe de baux glissants...).
				Soutenir les formations des patients et faciliter une vie culturelle et sportive
		Assurer l'accès aux droits et à la citoyenneté		
		LE SOUTIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET DES PROCHES	Renforcer les prises en charge systémiques	Augmenter le nombre de plages ouvertes de thérapie familiale.
	Étendre la psychoéducation des familles		Faire en sorte que des programmes de psychoéducation, avec ou sans patient, soient possibles dans chaque secteur ou pôle ou territoire.	
	Généraliser l'accueil des familles et les consultations sans patients		Développer l'accueil des familles et les consultations sans patient dans chaque secteur ou pôle.	
	Développer l'aide aux aidants		Reprendre à ce titre les propositions du projet des usagers.	
	LA PRISE EN COMPTE DES SAVOIRS EXPÉRIENTIELS	Prévenir avec les patients et leurs familles	Coproduire avec les jeunes patients les modalités d'organisation et de fonctionnement de dispositifs tels : Psy-bus ; la bibliothèque vivante...	
		Soigner avec les patients et leurs familles	Recruter un pair-aidant dans chaque secteur.	
Organiser avec les patients et leurs familles		Associer les patients et leurs familles à l'élaboration du guide d'accueil de l'établissement... Élaborer les projets des dispositifs de soins dans un cadre partenarial avec les patients et leurs familles.		
		Évaluer avec les patients et leurs familles	Associer les patients et leurs familles aux projets d'évaluation des activités des secteurs et pôles.	
Former avec les patients et leurs familles		Associer les patients et leurs familles dans les formations mises en œuvre au sein de l'établissement.		

## 3. SE DOTER DE PRIORITÉS DE SANTÉ

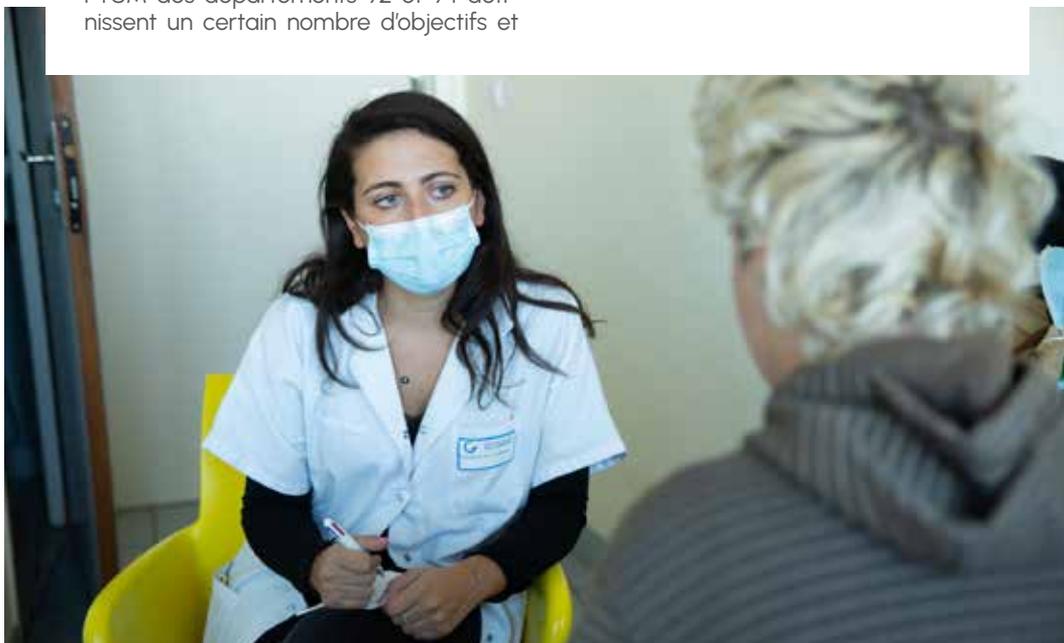
Tout en répondant de manière générale aux besoins de santé mentale de la population du territoire de compétence de l'établissement, il convient de mettre plus particulièrement l'accent sur le développement de la prévention, qui peut contribuer à alléger la pression s'exerçant sur l'hospitalisation, de renforcer les prises en charge des problématiques de santé les plus préoccupantes et de diversifier toujours davantage l'offre de soins.

### 3.1. ORIENTER ET STRUCTURER LA PRÉVENTION EN DÉTERMINANT UN PLAN DE DÉVELOPPEMENT

Dans le cadre des CLSM quand ils existent ou en s'organisant différemment, les secteurs s'impliquent dans diverses actions relevant de la prévention et portant sur la promotion de la santé mentale, le dépistage précoce des troubles, la désigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, la prévention des rechutes... L'ensemble de ces activités est en général mal connu et peu valorisé. Les PTSM des départements 92 et 94 définissent un certain nombre d'objectifs et

de dispositions à prendre pour les mettre en œuvre dans un cadre pluri-partenarial. Il conviendrait cependant de déterminer un plan de développement spécifique pour Paul Guiraud, déclinant notamment les orientations des PTSM, précisant les actions concrètes à réaliser et faisant l'objet d'une évaluation.

**Ce plan de développement de la prévention comprendra deux grands axes :**



## Axe 1 :

### Implication de la psychiatrie adulte dans la périnatalité

**Le PTSM 94** fixe un certain nombre d'orientations et d'actions à mener dans le domaine de la périnatalité en faveur de la santé mentale. Ces orientations et actions, pour certaines d'entre elles prévoient une implication des secteurs de psychiatrie adulte.

**Le PTSM 92**, sans dégager un axe périnatalité particulier, insiste sur l'importance des actions de soutien à la parentalité qui peuvent concerner aussi bien les inter-secteurs de pédopsychiatrie que les secteurs de psychiatrie adulte.

**Le GHT Psy Sud Paris** promeut également les échanges professionnels sur le sujet et la mise en place d'une offre de soins adaptée dans le domaine.

Le plan de développement de la prévention de Paul Guiraud aura à déterminer les actions permettant de décliner ces orientations portées par les PTSM et le projet médico-soignant partagé du GHT, indiquant leur responsable, leur calendrier et les moyens nécessaires à mobiliser.

#### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Sensibiliser et former (parentalité, dépression périnatale...)	Les familles Les professionnels de santé	Actions à mener au niveau d'un secteur ou en intersectoriel au niveau du pôle ou par territoire (94T2, 92T1, 92T2)
Constituer une équipe mobile de psychiatrie adulte « parentalité » pour des soins dans le milieu		Territoire 94T2, voire dans le cadre du GHT avec l'EPS Érasme
Créer des consultations psychiatrie adulte/pédopsychiatrie (post-partum, évaluation, orientations, conseils pour la parentalité)		Territoire 94T2 : au niveau d'un secteur ou en intersectoriel au niveau du pôle ou par territoire
Mieux articuler la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie en périnatalité		Désigner un référent en périnatalité dans chaque organisation du 94T2, 92T1 et 92T2

## Axe 2 : Soutenir au mieux les dynamiques partenariales en faveur du dépistage précoce et de l'inclusion sociale du patient

Les secteurs et les pôles développent de nombreuses initiatives, dans un cadre partenarial, en faveur du dépistage précoce, de l'accès au logement, des activités professionnelles ou de loisir, de la déstigmatisation. Il serait utile de dresser un inventaire de ces initiatives prises par chaque secteur et pôle, situées par rapport aux objectifs susceptibles de favoriser le dépistage précoce des troubles et l'inclusion sociale des patients. **Cet inventaire permettrait :**

- de partager les expériences en interne ;
- d'engager des évaluations d'actions menées susceptibles d'être reproduites dans d'autres secteurs ;
- d'identifier les problématiques qui devraient être prioritaires et faire l'objet d'investissements renforcés (par exemple : la santé mentale des jeunes ; les problèmes somatiques des patients souffrants de troubles mentaux et les questions de iatrogénie ; les débuts tardifs des troubles ; les troubles du spectre autistique...);
- d'évaluer, autant que possible, les ressources mobilisées, afin de suivre les efforts consacrés par l'établissement aux activités de prévention et d'identifier les investissements supplémentaires nécessaires selon les secteurs.

Les partenariats indispensables dans le domaine général de la prévention se construisent et se développent plus volontiers quand existe

un CLSM où peuvent se déterminer des orientations partagées et des actions communes. Mais les CLSM ne sont pas présents sur tous les territoires. Ces partenariats peuvent aussi prendre la forme d'engagements multiples dans le cadre d'un contrat local de santé (CLS). Paul Guiraud est impliqué dans plusieurs CLS. Il serait utile d'en dresser une cartographie, là aussi pour mieux identifier les investissements déjà consentis et les efforts supplémentaires qu'il serait judicieux de prioriser.

De manière générale, il conviendrait de renforcer les arguments en faveur du développement de la prévention, capables de mobiliser davantage les investissements de partenaires et autorités de financement, en engageant des évaluations de projets montrant les effets obtenus, en mettant en valeur les multiples initiatives prises par les secteurs et pôles.

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Se doter d'outils de suivi et de pilotage des investissements de l'établissement en faveur des activités de prévention

Dresser un inventaire des actions de prévention et des moyens mobilisés, en fonction des objectifs poursuivis, menées par les différents secteurs et pôles et le partager au sein de l'établissement

Établir une cartographie des CLS et des engagements souscrits

Engager des évaluations de projets de prévention

Soutenir un secteur volontaire pour mener à bien l'évaluation de projets menés en faveur de la prévention

Communiquer sur les investissements et réalisations de l'établissement en faveur de la prévention, portés par les différents secteurs et pôle

En s'appuyant sur l'inventaire des actions menées, sur la cartographie des investissements de l'établissement dans les CLS, sur les évaluations réalisées, une stratégie de communication en direction des patients et de leurs familles, des partenaires et autorités de financement est à établir et à conduire

## 3.2. RENFORCER LES PRISES EN CHARGE DE PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ PLUS PRÉOCCUPANTES

Dans le cadre des CLSM quand ils existent ou en s'organisant différemment, les secteurs s'impliquent dans diverses actions relevant de la prévention et portant sur la promotion de la santé mentale, le dépistage précoce des troubles, la désigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, la prévention des rechutes... L'ensemble de ces activités est en général

mal connu et peu valorisé. Les PTSM des départements 92 et 94 définissent un certain nombre d'objectifs et de dispositions à prendre pour les mettre en œuvre dans un cadre pluri-partenarial. Il conviendrait cependant de déterminer un plan de développement spécifique pour Paul Guiraud, déclinant notamment les orientations des PTSM, précisant les actions concrètes à réaliser et faisant l'objet d'une évaluation.

**Ce plan de développement de la prévention comprendra deux grands axes :**

### Axe 1 : Mieux répondre à la crise psychique

Des dispositions ont été prises par les secteurs pour faire face aux situations de crises psychiques (consultations en urgence dans certains CMP, s'intégrant dans le flux des consultations programmées ; consultations post-urgence au CMP de Kremlin-Bicêtre). Mais, il n'existe pas d'équipe mobile spécialisée dans le traitement de la crise psychique au sein de l'établissement. Les interventions à domicile se font en général quand le patient est connu du secteur, le plus souvent à partir du CMP ou de l'HDJ dans le cadre d'une VAD. Seul un secteur dispose d'un dispositif complet de réponse à la crise psychique (le 94G10) combinant, en un même lieu, possibilité d'hospitalisation de courte durée, HDJ, Hospitalisation de nuit, CMP, unité mobile.

L'attente des familles et des partenaires est forte sur une meilleure gestion des situations de crise psychique.

Le PTSM du 92 préconise la constitution d'une filière de gestion des crises en psychiatrie, permettant des réponses graduées, pour la régulation, l'évaluation, l'orientation, l'accueil et l'intervention sur le lieu de vie et l'hospitalisation de courte durée. Seul le secteur 94G10 a pu mettre en place une telle filière, pour les patients de son seul secteur. Une généralisation de ce modèle n'est envisageable que progressivement. Cela doit être un objectif de l'établissement, et pour l'atteindre, sans doute faut-il concevoir des dispositifs mis en place au niveau des pôles. La forme prise par ces dispositifs peut cependant différer d'un pôle à un autre, l'essentiel étant de concevoir un ensemble de réponses graduées articulées entre elles.

#### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Mettre en place au niveau de chaque pôle une filière de gestion de la crise psychique, associant et articulant entre eux les dispositifs sectoriels concernés

Consultations non programmées en CMP ;  
Équipe mobile ou unité mobile spécifique, à l'échelle d'un pôle ou d'un territoire, ou interventions à partir des CMP ;  
Hospitalisations de courte durée ;  
Hôpital de jour spécifique.

Développer le partenariat autour de la gestion de la crise psychique

Définition de règles d'interventions avec les partenaires concernés (généralistes services de police, SAMU...) et évaluation périodique de leur bonne application ;  
Organisation de formations des partenaires.

Travailler avec les représentants des usagers et des familles sur la bonne prise en charge des crises psychiques

Examiner chaque année avec les représentants des usagers et des familles les questions posées par la gestion de la crise psychique (organisations, fonctionnements, difficultés rencontrées...) ;  
Développer des programmes d'éducation thérapeutique ;  
Organiser des formations des familles, des proches, des sentinelles.

## Axe 2 : Prendre en charge les pathologies psychiatriques les plus complexes

Paul Guiraud dispose d'une UMD, d'une UHSA et d'un SMPR. Une compétence dans la prise en charge des cas les plus complexes sur le plan psychiatrique s'est donc développée au sein de l'établissement.

### LES RÉUNIONS « CAS COMPLEXES » :

Une réunion mensuelle pluridisciplinaire en lien avec la pharmacie a été mis en place dans un secteur. Cette réunion permet autour d'un cas clinique (patient suivi en ambulatoire ou hospitalisé) de réfléchir à une potentialisation de la prise en charge thérapeutique dans les situations complexes ou lors de pathologies résistantes en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques et les pratiques innovantes. En s'ouvrant à tous les services, ce staff peut permettre une amélioration des prescriptions, un échange de pratique à tous les praticiens grâce à la compétence de la pharmacie clinique.

### UNE UNITÉ DE SOINS INTENSIFS RÉGIONALE DE PSYCHIATRIE (USIRP) :

Un dispositif nouveau pourrait venir compléter cet ensemble de structures : une unité de soins intensifs en psychiatrie, admettant les situations ne relevant ni d'une UMD, ni d'une UHSA mais présentant des troubles du comportement importants et/ou nécessitant des soins psychiatriques intensifs. Un projet a été autorisé par l'ARS et non encore mis en œuvre. Il convient de réaffirmer ce projet et d'obtenir de l'ARS les financements nécessaires pour le mettre en œuvre.

### UNE ANTENNE MOBILE DE L'UMD :

Elle est une spécificité de l'UMD Henri Colin à Villejuif et n'existe dans aucune des autres UMD de France.

Elle intervient en amont d'un séjour pour conseiller, aider une équipe soignante à évaluer la pertinence d'une orientation vers une UMD et apporter un éclairage sur la thérapeutique et la prise en charge globale du patient dans l'attente ou pas d'une admission programmée dans notre pôle. Plus souvent, elle intervient en aval d'une hospitalisation en UMD pour suivre l'évolution du patient et apprécier la stabilité de son état clinique. Ces visites post-hospitalisation en UMD pour certaines situations (un à deux mois après la sortie), sont de nature à rassurer les services parfois frileux à reprendre leur patient et conforter le travail de passation entre l'UMD et le secteur d'origine.

Elle a également pour fonction de renforcer les liens avec les secteurs de la région Ile-de-France et de rendre plus lisible les missions et organisations de l'UMD.

Enfin, elle intervient également à la demande des secteurs psychiatriques sur la présentation de thèmes propres aux soins intensifs (techniques de soins intensifs, prise en charge des malades difficiles, évaluation de la dangerosité psychiatrique, stratégies lors de situations de chimiorésistance).



### UNE UNITÉ D'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE :

La création d'unité de soins d'électroconvulsivothérapie (ECT) est travaillée dans le cadre de la cellule projet, sous-commission de la CME. Sa mise en place opérationnelle est prévue pour courant 2023.

Elle ambitionne d'élargir l'offre de soins en matière de prise en charge des pathologies complexes pour les usagers du groupe hospitalier Paul Guiraud et probablement plus largement (au moins du territoire du GHT Psy Sud Paris).

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

- Renouveler au niveau de l'Ars la demande de financement d'une unité de soins intensifs en psychiatrie ;
- Renforcer la place et la pertinence de l'unité mobile de l'UMD dans le dispositif de prise en charge des patients difficiles au niveau régional ;
- Finaliser le projet d'ouverture d'une unité d'électroconvulsivothérapie ;
- Mettre en place l'unité mobile d'éducation thérapeutique en milieu carcéral.

### UNE ÉQUIPE MOBILE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE À DESTINATION DE LA POPULATION PÉNALE :

L'UHSA a acquis depuis son ouverture en 2013 un savoir-faire spécifique dans la prise en charge des personnes détenues. Un programme spécifique d'éducation thérapeutique a notamment été mis en place par les équipes de soins, pour renforcer l'observance en détention.

Le service a remporté un appel à projet ARS pour financer une équipe mobile d'éducation thérapeutique intervenant en milieu carcéral pour les patients sortants de l'UHSA, de manière à renforcer leurs apprentissages initiaux et l'observance thérapeutique souvent mise à mal par les conditions de détention. La crise sanitaire de la Covid-19 a freiné la mise en place de ce dispositif. Il s'agit maintenant de reposer sa pertinence dans l'offre de soins et sa faisabilité au regard des difficultés d'effectifs.

### Axe 3 : Améliorer les soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques

L'établissement dispose d'un service de soins somatiques doté de capacités médicales lui permettant de prendre en charge une grande part des pathologies somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques hospitalisés. Ce savoir-faire doit pouvoir se développer aussi au profit de patients en ambulatoire, dont les pathologies somatiques sont souvent négligées.

Le projet Émissaire facilite l'orientation des patients en ambulatoire vers la prise en charge de leur santé somatique par un médecin généraliste. En place sur le territoire 94T2, il faudrait le généraliser aux deux autres territoires dépendant de Paul Guiraud.

Par ailleurs, la création d'un hôpital de jour en soins somatiques, sur le site de Villejuif, dont les activités seraient financées par la T2A, est à mener à bien. Il accueillera pour des bilans et diagnostics somatiques ou des traitements spécifiques, des patients souffrant de troubles psychiatriques en ambulatoire.

#### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Étendre le projet Émissaire

Le projet s'appliquera à tous les territoires de l'établissement

Ouvrir un hôpital de jour en soins somatiques

Le projet s'appliquera à tous les territoires de l'établissement

### Axe 4 : Renforcer la lutte contre les addictions

Le service d'addictologie ne dispose pas aujourd'hui d'une unité d'hospitalisation. Une autorisation a été donnée. Faute de moyens en personnels suffisants, elle n'a pas pu encore être concrétisée. Cette insuffisance de moyens se retrouve aussi en ambulatoire. L'équipe mobile ELSA peine à répondre aux besoins d'intervention d'un très large territoire (tout le territoire de Paul Guiraud). Les patients sortent souvent d'une hospitalisation sans bénéficier d'une consultation addictologique qui aurait pu être utile.

Le dispositif de lutte contre les addictions porté par l'établissement reste dans une situation de fragilité ne lui permettant pas d'assurer vraiment la vocation qui pourrait être la sienne : prendre en charge les cas les plus complexes.

Dans l'environnement sanitaire qui est le sien, Paul Guiraud, du fait de son histoire, de la nature de l'offre existante, devrait pouvoir, dans le domaine des addictions, s'affirmer dans la prévention et la prise en charge des cas les plus complexes.

#### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Organiser une filière de prise en charge plus volontiers orientée vers les cas les plus complexes

Ouvrir l'unité d'hospitalisation autorisée

Ouvrir une consultation addictologie post-hospitalisation en recrutant une IPA

Renforcer l'équipe ELSA

Engager des projets de prévention dans le domaine de la lutte contre les addictions

Développer des outils numériques, liés aux consultations de jeunes consommateurs mises en place au CSAPA

Promouvoir un hôpital sans tabac

### 3.3 DÉVELOPPER DES SOINS SPÉCIFIQUES ET DES FILIÈRES SPÉCIALISÉES. DIVERSIFIER LES SOINS

La dimension de l'établissement et son histoire, les compétences professionnelles qu'il réunit, permettent de proposer une offre de soins diversifiée, répondant à des besoins susceptibles de bénéficier d'approches spécialisées, ou d'apporter en ambulatoire des prestations peu développées dans son environnement.

Les populations auxquelles ces offres spécialisées peuvent s'adresser relèvent de territoires plus larges que celui de Paul Guiraud et de ses secteurs.

#### Axe 1 : Constituer une structure de soins spécialisés ambulatoire intersectorielle, voire non-sectorielle (« centre des thérapies »)

L'établissement a le projet de rassembler en une structure unique les compétences différentes existant ou à venir à Paul Guiraud pour offrir des soins spécialisés à des patients en ambulatoire, au-delà même du territoire de compétence de l'établissement.

Un tel projet pourrait également s'envisager dans le cadre d'un partenariat associant les autres membres du GHT dont Paul Guiraud est l'établissement support.

##### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Finaliser le projet en cours d'élaboration

Déterminer la nature des soins spécialisés rassemblés au sein de ce dispositif intersectoriel, mission confiée à la « cellule projet ».

Organiser les partenariats possibles autour de la mise en œuvre de ce projet avec les autres membres du GHT.

Définir les modalités des prestations apportées à la demande de prescripteurs de l'établissements ou extérieurs.

Établir les règles de financement des prestations réalisées.

#### Axe 2 : Consolider l'offre existante de prise en charge du psychotraumatisme

##### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Porter au niveau de l'établissement un projet de consolidation du dispositif de prise en charge du psycho-traumatisme, en associant le GHT, répondant à de larges besoins au-delà de Paul Guiraud, intéressant l'ARS, les ministères de la Justice et de l'Intérieur.

Un dispositif de prise en charge du psychotraumatisme est mis en œuvre par Paul Guiraud depuis de nombreuses années. Il répond à des besoins qui dépassent largement le territoire de compétence de l'établissement et a acquis une certaine notoriété, notamment en tissant des liens de réseau. Il est rendu possible par des redéploiements internes de temps médical, au détriment des activités du secteur. Il conviendrait de porter au niveau de l'ARS et sans doute des ministères de la Justice et de l'Intérieur, un projet de consolidation de ce dispositif, en associant également les autres membres du GHT.

### Axe 3 : Développer des filières de soins

Il ne s'agit pas d'organiser l'offre de soins portée par Paul Guiraud en juxtaposant des filières prenant en charge des pathologies ou des populations spécifiques. Cependant, l'établissement peut privilégier la constitution de filières spécialisées répondant à des besoins pas toujours bien couverts, exigeant des réponses coordonnées, dans le cadre d'un parcours de soins, en profitant des opportunités existantes.

Dans le domaine des addictions, la constitution d'une filière est souhaitable, comme cela a été vu dans le chapitre précédent.

**La prise en charge des premiers épisodes psychiatriques, la prise en charge des jeunes patients, peuvent représenter deux autres thématiques susceptibles de donner lieu à la constitution de filières, en consolidant et développant l'offre déjà existante :**

- C'est le cas dans le territoire 92T2 où une filière « premiers épisodes » a dépassé le stade de l'ébauche et a besoin de voir son dispositif complété et structuré dans un cadre inter-établissement (trois secteurs sont concernés dont un relevant d'Érasme faisant partie du GHT).
- C'est le cas dans le 94T2 où autour de la prise en charge des jeunes, plusieurs dispositifs intersectoriels ont vu le jour. Là aussi une structuration plus forte de ce qui existe, complété par des aménagements appropriés en hospitalisation, permettrait de former une véritable filière incluant des actions de prévention, des prises en charge en ambulatoire et en extra-hospitalier spécifiques, des modes d'hospitalisation adaptés à ces patients.

Chaque pôle par ailleurs travaille à mieux structurer son dispositif de soins actuel de manière à identifier une filière de prise en charge des jeunes patients ou des premiers épisodes.

#### DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE POUR STRUCTURER DEUX FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE DES PREMIERS ÉPISODES ET DES JEUNES PATIENTS :

Définir une charte de fonctionnement de la filière constituée sur un territoire intersectoriel, dans le 92 et dans le 94

Compléter les dispositifs existants, notamment dans le domaine de l'hospitalisation

Ouverture de lits d'hospitalisation sur le territoire 92T2

Développer des prises en charge spécifiques dans le 94T2

Approfondir les projets possibles de filières dans les pôles ou territoires

La population des jeunes patients pourrait être une cible prioritaire

Construire les partenariats nécessaires, notamment relevant d'un cadre inter-établissement dans le 92

Élaborer avec Érasme une structuration institutionnelle de la filière « premiers épisodes », sous la forme d'une fédération médicale ou d'un pôle inter-établissement.



## Axe 4 : Développer la pharmacie clinique

Le développement de la pharmacie clinique au groupe hospitalier Paul Guiraud s'inscrit dans le projet pharmaceutique de territoire approuvé en Commission Médicale du Groupement Hospitalier de Territoire Psy Sud Paris. Il s'inscrit aux côtés d'un projet de mutualisation et d'un projet de robotisation communs aux trois établissements.

Pour le groupe hospitalier Paul Guiraud, la pharmacie clinique doit pouvoir s'étendre à tous les pôles de soins en intra comme en extra-hospitalier. En intra-hospitalier, elle doit s'étendre aux secteurs du 92 Centre, à deux secteurs du 94 Ouest et à l'hospitalisation en psychiatrie des addictions. **En extra-hospitalier, le projet pilote d'implanter la pharmacie clinique au niveau du centre d'accueil de crise de Choisy, où sont regroupés CMP, hôpital de jour, CATTP et unité d'hospitalisation, devrait permettre :**

- de développer une activité de pharmacie clinique répondant aux besoins des médecins traitants des patients en ambulatoire ;
- de tisser un réseau avec les pharmacies d'officine sur ce sujet sur lequel elles n'interviennent pas ou peu ;
- d'assurer des conseils pharmaceutiques auprès des établissements médico-sociaux accueillant des patients pour lesquels des psychotropes sont prescrits, partenaires des secteurs.

Mené à titre d'expérience au sein du secteur 94G10 et en partenariat avec la CPTS OCTAV, ce projet, après évaluation, pourrait être étendu à tous les secteurs. Un tel projet pourrait se concevoir en lien avec les autres établissements membres du GHT qui seraient volontaires pour s'y intégrer et s'inscrire dans le cadre de coopération existant.

Pour la pharmacie du groupe hospitalier Paul Guiraud, ce projet de développement va dans le sens d'une intégration de la logique de secteur, faisant intervenir les équipes de Paul Guiraud hors des murs, dans le cadre des partenariats destinés à favoriser la prévention, les soins et la réinsertion-réadaptation des patients dans leur milieu de vie. Elle invite à une réorganisation de la pharmacie et à la création des premières équipes pharmaceutiques territoriales.

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

#### Améliorer la couverture par la pharmacie clinique des unités d'hospitalisation des différents territoires

Développer un projet d'extension de la pharmacie clinique assurée par Paul Guiraud avec les partenaires des secteurs (médecins généralistes, pharmacies d'officine, établissements médico-sociaux)

Expérimenter ce projet sur le secteur 94G10 et l'étendre après évaluation positive

## Axe 5 : Organiser la prise en charge des obligations de soins

Le Pôle UHSA-SMPR a développé un centre de prises en charge des soins pénalement ordonnés (le CISPéO). Les CMP de l'établissement lui adressent leurs patients concernés par une obligation de soins. Par ailleurs des suivis conjoints sont parfois nécessaires, CMP et CISPéO.

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Renforcer le réseau constitué par le CISPéO et les CMP de l'établissement pour les soins pénalement ordonnés

Mieux structurer l'articulation entre le CISPéO et les CMP

Mieux organiser le double suivi quand il est nécessaire

## 4. STRUCTURER LES PARTENARIATS

Le partenariat développé par les secteurs est multiple. Il dépend en grande partie du tissu de partenaires entourant l'établissement.

Avec le secteur médico-social, il est rendu difficile par le peu de structures implantées sur le territoire de compétence de Paul Guiraud.

Le projet Émissaire, qui se développe progressivement, permet d'apporter une meilleure réponse aux problèmes somatiques rencontrés par les patients psychiatriques. Cependant, le soutien aux médecins généralistes est inégalement organisé.

Les liens avec le CHU autour de l'implication de Paul Guiraud dans le fonctionnement de trois SAU peuvent donner lieu à des controverses difficiles à dépasser.

Les relations avec les cliniques privées, implantées dans le 92, obéissent à des relations interpersonnelles entre praticiens. Elles ne font pas l'objet d'une démarche construite au niveau de l'établissement.

De manière générale, le partenariat noué par les secteurs avec les dispositifs sanitaires, sociaux et médico-sociaux manque de structuration, même si plusieurs conventions ont pu être établies. Il ne fait pas l'objet d'évaluations toujours systématiques et dépend, en grande partie, des initiatives locales prises par les différents secteurs et pôles. Les efforts faits pour travailler dans le cadre d'une convention-cadre liant l'établissement et les principaux partenaires associatifs n'ont pas vraiment porté leurs fruits.

Qu'il s'agisse du partenariat avec les généralistes ou avec les structures sanitaires, médico-sociales ou sociales, dans tous les cas sont déterminants les liens construits par chaque secteur avec son environnement, dépendant souvent des personnes en contact. Il faut bien sûr continuer de s'appuyer sur ce tissu relationnel localement développé et entretenu. Cependant il convient de mobiliser davantage le collectif que représente l'établissement pour :

- se donner des objectifs communs permettant d'apporter une meilleure couverture des besoins sur l'ensemble du territoire de compétence de Paul Guiraud (c'est l'exemple de la démarche engagée avec le projet Émissaire et qu'il faut poursuivre et étendre) ;
- faciliter les constructions partenariales locales en les inscrivant dans un cadre général porté par l'établissement.



## 4.1. LE PARTENARIAT EN DIRECTION DES GÉNÉRALISTES

Ce partenariat s'appuie en grande partie sur les liens interpersonnels et quasi quotidiens noués localement par les secteurs. Il est conçu pour apporter des réponses autant aux besoins du dispositif psychiatrique qu'à ceux des généralistes. Une bonne réciprocité des services rendus est de nature à entraîner ces relations partenariales dans un cercle vertueux.

### UN PARTENARIAT POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA PSYCHIATRIE

#### ● L'extension du projet Émissaire :

Cet objectif a été déjà traité dans un chapitre précédent. A noter cependant que le mener à bien exigera plusieurs recrutements d'IPA.

#### ● L'adoption du DMP par le plus grand nombre de patients possible :

Les CMP encourageront davantage leurs patients à ouvrir un dossier médical partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter les suivis menés à la fois par les généralistes et les psychiatres, d'éviter certaines erreurs de prescription médicamenteuse.

Une évaluation simple de cette dynamique en faveur de l'ouverture de DMP est concevable : le suivi du nombre de patients de la file active ayant adhéré à ce dispositif.

### UN PARTENARIAT POUR MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS DES GÉNÉRALISTES

Les initiatives prises au niveau de chaque secteur ne manquent pas (réponses au téléphone, soirée de formation, lettres systématiques, travail dans le cadre des CLSM, participation aux CPTS, consultations dans un centre de santé municipal...).

Les généralistes souhaitent obtenir des réponses rapides aux questions qu'ils se posent sur la prise en charge d'un de leur patient ou sur son orientation. C'est d'autant plus nécessaire que se multiplient des suivis conjoints de patients. Les généralistes réclament un contact simple avec le psychiatre traitant connaissant le patient, mais souvent c'est un avis expert dont ils ont besoin.

### Plusieurs orientations sont à envisager :

#### ● À l'échelle du secteur ou du pôle

- L'expérience d'un interne de médecine générale partagé avec le secteur mise en place dans certains territoires mériterait d'être étendue.
- Des consultations psychiatriques au sein d'un centre municipal de santé, ou dans des centres de santé, sont de nature à rendre plus étroits les liens avec les généralistes.
- Le travail avec les CPTS est un levier très utile. De même il faut pouvoir se rapprocher des associations de médecins, des centres de santé.
- Les CLSM sont un appui précieux (importance à cet égard du rôle de coordonnateur du CLSM).
- Les CLS : l'idéal est de pouvoir s'inscrire dans cette démarche de Contrat locaux de santé quand elle a pu voir le jour.
- Le développement de groupes WhatsApp peut permettre des communications rapides.

#### ● À une échelle territoriale plus large pouvant être le territoire, voire l'établissement.

- Les relations entre le service des spécialités de Paul Guiraud et les généralistes : des liens nombreux existent, les praticiens du service des spécialités ayant constitué un réseau de relation avec des généralistes comme avec des spécialistes.
- Un centre expert en téléexpertise en psychiatrie : ce pourrait être un projet à mettre en œuvre au niveau de l'établissement. Peut-être dans le cadre du GHT.

Mais si un tel centre d'expertise est conçu, il faut sans doute l'étendre à la réponse aux besoins d'avis experts des établissements et services du médico-social et du social.

Le rôle de ce centre expert serait de donner des avis sur les conduites à tenir, faciliter l'accès rapide à une consultation. Il s'agirait en quelque sorte de faire du « consulting » téléphonique auprès des généralistes. Un tel dispositif pourrait s'étendre aux établissements médico-sociaux et sociaux.

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Constituer une « boîte à outils » en faveur du partenariat avec les médecins généralistes et s'en servir pour étendre les dispositions les plus pertinentes et les orienter au service de priorités de santé

Dresser un inventaire des dispositions prises dans chaque secteur pour développer le partenariat avec les généralistes, afin de bénéficier des bonnes expériences de chacun, de mieux mesurer les difficultés rencontrées, les progrès possibles...

Positionner les initiatives prises par les secteurs par rapport à des priorités : lutte contre les addictions, santé des femmes, dépistage précoce des troubles psychiatriques...

Définir les bonnes pratiques en matière de partenariat avec les médecins généralistes

Structurer une téléexpertise à destination des généralistes, au niveau de l'établissement, à proposer aussi dans le cadre du GHT, à étendre aux établissements médico-sociaux et sociaux

## 4.2. LE PARTENARIAT AVEC LE CHU

L'établissement apporte un concours précieux au bon fonctionnement des trois services d'urgence gérés par Antoine Béclère, le Kremlin-Bicêtre et Ambroise Paré. Des relations confiantes et constructives sont nécessaires, prenant en compte les contraintes de chacun, pour assurer le meilleur fonctionnement possible de la prise en charge des patients dans les services d'urgence et de leur orientation.

- Le projet d'établissement de Paul Guiraud devrait permettre, grâce à la réorganisation et les orientations générales qu'il préconise, d'alléger la pression s'exerçant sur l'hospitalisation temps plein et ainsi faciliter l'admission de patients orientés par les services d'urgence.
- Au sein de l'établissement, il serait souhaitable de mieux identifier les attentes communes des secteurs concernés par le fonctionnement des urgences et de préconiser une approche articulée des coopérations mises en œuvre avec les trois services d'urgence au sein desquels Paul Guiraud est impliqué. Pour ce faire, un temps de partage périodique et collectif de ces questions serait nécessaire à organiser, afin de mieux orienter le dialogue avec le CHU mené d'établissement à établissement.
- Le dialogue avec le CHU ne se résume pas aux questions posées par l'organisation des soins. Il doit porter aussi sur les sujets plus universitaires relevant de la formation (terrains de stage, enseignements) et de la recherche. Une organisation de ce dialogue est à concevoir au niveau médical et universitaire, en articulation avec le comité stratégique du GHT plutôt orienté sur la gestion des questions relevant du soin.

### DISPOSITIONS À PRENDRE POUR RENFORCER ET DÉVELOPPER LA GOUVERNANCE DES COOPÉRATIONS AVEC LE CHU DANS LA DIMENSION DU SOIN ET DANS LE REGISTRE DE L'UNIVERSITÉ :

- Organiser au niveau de l'établissement un temps d'analyse stratégique des relations avec le CHU au sujet de la gestion des urgences ;
- Proposer la mise en place d'une instance médico-universitaire pour traiter des questions de formation et de recherche entre les membres du GHT et le CHU, articulée avec le comité stratégique du GHT.



### 4.3. LE PARTENARIAT AVEC LES DISPOSITIFS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

**Tout comme avec les médecins généralistes, ce partenariat doit pouvoir à la fois répondre aux besoins du dispositif de psychiatrie, notamment en facilitant l'orientation des patients en fin d'hospitalisation, qu'à ceux du secteur médico-social et social confronté à des situations de prise en charge difficiles pour certains de leurs résidents ou personnes dont il assure l'accompagnement.**

De nombreuses initiatives ont été prises par les secteurs pour : obtenir des places dédiées au sein des structures médico-sociales ou sociales, développer des formations des personnels de ces établissements, organiser des stages d'immersion, apporter les évaluations et expertises réclamées. Dans bien des cas des conventions ont formalisé ces relations partenariales conçues au niveau local.

Par ailleurs, l'établissement a engagé une construction plus générale avec les associations ou fondations gestionnaires de structures présentes sur son territoire de compétence. Ce dispositif institutionnel s'est traduit par la conclusion d'une convention cadre dite du G8, dont la mise en œuvre est aujourd'hui à l'arrêt.

Il convient de dresser une cartographie de ces nombreux partenariats établis secteur par secteur, afin d'en restituer une représentation plus facile à analyser et apprécier les extensions souhaitables. Il conviendrait aussi d'évaluer systématiquement l'application de ces conventions et de suivre les moyens mobilisés par l'établissement dans ce cadre.

Par ailleurs, l'architecture de conventionnement mériterait d'être simplifiée et renforcée. Une convention cadre, établie par l'établissement avec les grandes associations ou fondations gérant plusieurs structures, devrait fixer les dispositions communes à tous les partenariats. Une déclinaison de cette convention cadre sous la forme d'avenants permettrait ensuite de détailler les dispositions plus spécifiques conçues au niveau de chaque secteur ou pôle.

Le dispositif de gouvernance général des partenariats avec le médico-social, conçu en instituant le G8, doit être relancé. L'objectif poursuivi est de fixer, de la façon la plus collective possible, les grands principes des relations et articulations à établir entre l'établissement et ses partenaires du secteur médico-social. Cette approche pourrait se concevoir d'ailleurs à partir du GHT. Sur cette base pourraient plus facilement se développer des accords bilatéraux (les conventions cadres avec de grandes associations ou fondations), déclinés de façon plus spécifique en dispositions locales inscrites dans des avenants.



### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

Établir une cartographie des partenariats et conventions passées avec des structures médico-sociales et sociale

Cette cartographie précisera les partenaires concernés, les objectifs poursuivis, les dispositions concrètes prévues, les territoires d'application, les ressources mobilisées.

Porter à la connaissance de tous les secteurs cette cartographie tenue à jour.

Mettre en place une évaluation systématique des conventions établies avec le secteur médico-social et social

Engager une démarche de conventionnement cadre avec chaque grande association ou Fondation gérant plusieurs structures, déclinée sous forme d'avenant reprenant les dispositions spécifiques déterminées au niveau local par chaque secteur

Relancer le dispositif de gouvernance collectif des partenariats avec le médico-social et le social dit du G8

Organiser au niveau de l'établissement un suivi stratégique médico-administratif du développement du partenariat avec les secteurs médico-social et social

- en s'appuyant sur la cartographie et les évaluations systématiques,
- afin de définir les objectifs à poursuivre avec les conventions-cadres,
- pour suivre et relancer les travaux plus collectifs menés au sein du G8.

## 4.4. LE PARTENARIAT AVEC LA FONDATION VALLÉE

Le lien particulier qui unit le groupe hospitalier Paul Guiraud et la Fondation Vallée, tant au niveau du GHT qu'au niveau de la complémentarité de l'offre de soins sectorielle, doit être travaillé pour être renforcé et donner à chacun des deux établissements un poids légitime dans l'étendue de l'offre de soins. La complémentarité des dispositifs, celle des filières, et celle à travailler de certaines instances et groupes de travail doit donner à ce lien entre les deux établissements un axe stratégique fort.

## 5. RENFORCER ET DÉVELOPPER L'ÉVALUATION, LA RECHERCHE ET LES FORMATIONS

Malgré les initiatives prises au sein de l'établissement pour développer des activités d'évaluation et de recherche, peu de projets sont conduits, alors que l'établissement a une dimension qui, par sa taille, lui permet de rassembler de nombreuses compétences médicales et soignantes. Bien des questions restent mal objectivées sans une approche évaluative des activités réalisées, de leurs impacts sur le parcours des patients. Or de nombreux appels à projets au-

jourd'hui, lancés par l'ARS ou le ministère de la Santé, exigent de prévoir une évaluation des dispositifs dont la mise en œuvre est souhaitée, pour lesquels un financement est réclamé.

Par ailleurs, des progrès peuvent être faits pour valoriser le résultat des évaluations et recherches menées. Il n'existe pas véritablement de stratégie d'évaluation et de recherche portée par l'établissement.



Au-delà de son importance en soi, le renforcement et le développement de l'évaluation et de la recherche peut permettre de fidéliser des recrutements médicaux, d'attirer de nouveaux professionnels.

Les professionnels de santé de l'établissement ont peu de disponibilité pour s'engager dans des travaux de recherche. Une démarche collective à mieux structurer au sein de l'établissement doit faciliter le soutien aux projets d'évaluation et de recherche susceptibles d'être engagés.

Un ensemble d'orientations et de dispositions concrètes sont à prendre pour amplifier au niveau de l'établissement une dynamique au service du développement des activités d'évaluation, de recherche et de formation. Cette dynamique doit se concevoir sous une forme ouverte à des partenariats multiples, au premier rang desquels est l'université. Elle doit entraîner aussi bien les psychiatres, les pharmaciens, les médecins somaticiens, les psychologues, les infirmiers... Elle doit aussi chercher à faciliter l'implication des usagers.

## LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

OBJECTIFS	ORIENTATIONS À CONCRÉTISER	PISTES ENVISAGEABLES
Renforcer et développer les activités d'évaluation et de recherche	Définir une stratégie d'évaluation et de recherche à l'échelle de Paul Guiraud, s'appuyant sur les ressources existantes, notamment le DIM, et mobilisant des moyens nouveaux dégagés par l'établissement ou avec le soutien de partenaires financiers extérieurs (ministère de la Santé..).	La recherche épidémiologique clinique portant sur : - les troubles psychotiques en particulier schizophréniques ; - les troubles résistants ; - les troubles de personnalités complexes.
	Impliquer les usagers dans les actions d'évaluation et de recherche	
	Renforcer le partenariat avec l'université autour de thématiques de recherche précises, en s'appuyant sur les partenariats existants	Le DTRF doit pouvoir évoluer de manière à mener des projets communs
	Impliquer les autres membres du GHT en engageant avec eux des projets d'évaluation et de recherche	

L'ensemble de ces dispositions constitueront la base d'un programme de travail annuel du groupe FRED mis en place par la CME, élargi aux psychologues. Un bilan des travaux menés sera présenté chaque année à la CME.

Renforcer et développer les activités de formation	Déployer une filière pédagogique complète allant des étudiants en médecine aux internes DES et à la réalisation des thèses et mémoires	
	Impliquer les usagers dans les actions de formation	
Mieux valoriser et soutenir les activités réalisées	Soutenir l'activité de production scientifique au travers de publications	
	Établir un plan de communication sur les activités d'évaluation, de recherche et de formation menées par des professionnels de Paul Guiraud ou engagées par l'établissement	

# DÉVELOPPER DES OBJECTIFS TRANSVERSAUX

## 1. RENDRE LISIBLE LE DISPOSITIF DE SOINS, POUR LES SOIGNANTS, LES PARTENAIRES, LES USAGERS. PARTAGER LES EXPÉRIENCES.

L'organisation du dispositif de soins de l'établissement, en se diversifiant toujours davantage, en s'adaptant, selon les secteurs et pôles, à des contextes différents, est devenu de plus en plus difficile à appréhender par les usagers, leurs familles, les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la psychiatrie. Ce qui a été fait pour améliorer la qualité des soins est en train de devenir une faiblesse du fait de son manque de lisibilité. Cela donne de l'établissement l'image d'un dispositif de soins confus et donc inquiétant, cela ne facilite pas la construction des partenariats en vue de la bonne orientation des patients vers les soins nécessaires, cela ne permet pas aux patients et à leurs familles de maîtriser un tant soit peu leur parcours de soins.

Il y a là un enjeu majeur pour l'établissement : être capable de mieux communiquer sur les organisations, fonctionnements et soins mis en œuvre.

Pour parvenir à atteindre cet objectif, il faut commencer par mieux décrire les dispositifs de soins existants, les activités menées, les partenariats développés. Ils sont parfois mal connus, y compris au sein même de l'établissement.

Ce travail de description, d'inventaire, demande un investissement important au départ, car il concerne plusieurs domaines d'activité des secteurs et pôles. Il exigera aussi de restituer son résultat sous une forme facile à lire pour ceux qui, en interne comme en externe, ont besoin d'orienter les patients de façon pertinente, pour les patients impliqués dans la gestion de leur parcours, pour les familles et les proches accompagnant et aidant les personnes en soins.

Ce travail de description est un préalable pour mieux partager les expériences de chacun et les enseignements qui en sont retirés. Cela peut aider toutes les équipes à progresser grâce à l'examen collectif des erreurs et réussites des uns et des autres.

C'est sur la base de ces descriptions que pourront plus facilement se déterminer les sujets d'évaluation ou de recherche méritant d'être retenus. C'est aussi sur cette base que l'établissement disposera des moyens de mieux piloter ses investissements au profit de telle ou telle orientation de soins, de prévention, de réinsertion-réadaptation, ou en faveur de telle ou telle problématique de santé.



## 2. AMÉLIORER L'ATTRACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

**Se doter d'un projet médical susceptible de fonder une nouvelle dynamique au sein de l'établissement est en soi un moyen d'agir sur l'attractivité de l'établissement, tant sur le plan de sa patientèle que sur celui de son recrutement en médecins et soignants.**

Un travail a été mené sur ce sujet fin 2021 par les cadres du pôle de Clamart. Il préconise un certain nombre de dispositions à prendre notamment pour :

- faciliter le logement du personnel,
- faire évoluer les conditions d'octroi de primes,
- organiser l'accueil des nouveaux professionnels recrutés,
- accroître la qualité de vie au travail,
- mieux organiser les horaires de travail.

Cette réflexion peut servir de point de départ à l'élaboration concertée d'un plan en faveur de l'attractivité de l'établissement permettant de faciliter les recrutements et de fidéliser les emplois.

### LA DISPOSITION À METTRE EN ŒUVRE :

Élaborer un plan en faveur de l'attractivité de l'établissement

## 3. RELANCER LE GHT

**Paul Guiraud est l'établissement support d'un GHT associant deux autres établissements de soins en psychiatrie : La Fondation Vallée et l'EPS 92 Érasme.**

Le projet médical partagé de ce GHT date de 2017. Il conviendrait d'en évaluer la mise en œuvre et d'en réactualiser le contenu.

Plusieurs projets portés par Paul Guiraud verraient leurs réalisations facilitées s'ils pouvaient voir le jour dans le cadre d'un partenariat déterminé au sein du GHT.

**Les projets conçus en associant les établissements membres du GHT pourraient être de plusieurs natures :**

### INTÉGRATION DE DISPOSITIFS RELEVANT DE DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS AU SEIN D'UNE FILIÈRE DE SOINS

Les différents dispositifs de soins et soins spécialisés nécessaires à la prise en charge d'une pathologie spécifique ou d'une population particulière peuvent se répartir entre plusieurs établissements membres du GHT. Le parcours d'un patient peut alors conduire à des indications de prise en charge réalisées par tel ou tel de ces dispositifs intersectoriels, mais relevant d'établissements différents. L'organisation de la complémentarité de ces prises en charge par différentes équipes constitue une filière inter-établissement dont il convient de déterminer l'organisation et le fonctionnement de manière à assurer la bonne orientation des patients et la continuité du projet de soins. C'est le cas par exemple dans le 92 où une filière portant sur les « premiers épisodes », associant les secteurs 92G29 et 92G13 de Paul Guiraud avec le secteur 92G09 d'Érasme, existe déjà et demande à s'étoffer.

D'autres projets de même nature peuvent s'envisager. Ils devraient alors s'inscrire dans le cadre du projet médical partagé du GHT, et il serait sans doute pertinent de formaliser, de façon institutionnelle, leur existence et leur développement.

### CONCEPTION DE DISPOSITIFS DE SOINS COMMUNS À PLUSIEURS ÉTABLISSEMENTS

Plusieurs projets de soins envisagés dans le projet d'établissement de Paul Guiraud pourraient être conçus de manière à répondre aux besoins des autres établissements du GHT :

- le dispositif de pharmacie clinique en ambulatoire ;
- la structure de soins spécialisés ambulatoire intersectorielle (centre de thérapies) ;
- le centre expert en téléexpertise en psychiatrie ;
- la création d'une unité d'hospitalisation de moins de 72 heures, liée au SAU, peut se concevoir dans un cadre partenarial relevant du GHT ;
- le développement d'outils nouveaux, numériques par exemple, pourrait aussi s'envisager en partenariat au sein du GHT.

De tels projets seraient sans doute plus faciles à réaliser, sur le plan de leurs financements s'ils étaient portés dans le cadre du GHT.



### CONSOLIDATION DES PARTENARIATS AVEC LES SECTEURS MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

La construction d'un partenariat cadrant les déclinaisons à faire dans des relations bilatérales (établissement de soins et grande association médico-sociale) et au niveau local sous la forme d'avenant à des conventions cadres, pourrait se concevoir à l'échelle du GHT.

### DÉVELOPPEMENT D'ACTIVITÉS D'ÉVALUATION, DE RECHERCHE ET D'ENSEIGNEMENT

Une stratégie d'évaluation et de recherche pourrait se concevoir au niveau du GHT, avec un soutien financier constitué par des apports des trois établissements membres. Un programme commun d'évaluation et de recherche pourrait alors être déterminé. La mise en place d'une instance médico-universitaire avec le CHU, articulé au comité stratégique du GHT pourrait permettre de déterminer cette stratégie et la conduire en concertation ou association avec l'université.

De même les activités de formation pourraient faire l'objet d'un programme commun aux établissements membres GHT. Cela permettrait de mutualiser les ressources et sans doute d'accroître l'effort global de formation.

### LES DISPOSITIONS À METTRE EN ŒUVRE :

#### Redéfinir le PMSP du GHT

- Faire le bilan du PMSP actuel
- Déterminer les nouvelles orientations et dispositions concrètes d'un nouveau PMSP

# LES GROUPES DE TRAVAIL ET LEURS MISSIONS

## **Groupe de travail N°1 :**

Principes et objectifs du projet médical

## **Groupe de travail N°2 :**

Organisation de l'hospitalisation temps plein

## **Groupe de travail N°3 :**

Principes et orientations d'un schéma  
de développement de l'extra-hospitalier  
et de l'ambulatoire

## **Groupe de travail N°4 :**

Développement de soins spécialisés  
ou de filières

## **Groupe de travail N°5 :**

Les partenariats et le GHT



