



CHM le m@g

Magazine d'information semestriel du centre hospitalier de Montfavet - Avignon

N°10 2^{ème} semestre 2022

Dossier

De nouveaux dispositifs en
psychiatrie.... Les équipes mobiles



Centre Hospitalier
Montfavet
Avignon

Sommaire

Directrice de publication :

Marie-Laure Piquemal-Ratouit

Directrice de rédaction :

Aurore Cartiaux

Responsable de publication :

Lauréline Restier

Sécrétariat de rédaction :

Service communication

Membres du comité de rédaction :

C. Allano (cadre de santé), F. Ayache

(directrice adjointe), L. Baltazard

(directrice adjointe), M. Crogliez

(ergothérapeute), J-P. Fauque (technicien

hospitalier), F. Grange (ingénieur

qualité), M-C. Grennerat (cadre supérieur

de santé), C. Guyonnet (cadre supérieur

de santé), C. Herbez (responsable

documentation), M. Mazars (cadre de

santé), M. Méolans (directrice adjointe),

C. Seffusatti (infirmier), S. Souche (cadre

de santé), S. Travaillard (directrice des

soins), L. Martini (directrice adjointe)

Mise en page : Interlude Santé

Photos : Banque de données du CHM,

C2Care® et Pixabay

Impression : Service reprographie du centre hospitalier de Montfavet sur papier recyclé. Le coût unitaire d'impression est de 0,25 € TTC.

Ce numéro a été tiré en 1400 exemplaires

N° ISSN 2554-7216

Ce magazine est téléchargeable sur le site

Intranet et sur le site Internet du CHM :

www.ch-montfavet.fr

CHM

Avenue de la Pinède

CS 20107

84918 AVIGNON cedex 9

Tél : 04.90.03.90.00 – Fax : 04.90.03.93.27

Mail : chmlemag@ch-montfavet.fr

1 STRATÉGIE

Question d'actualité ?

4-5

La recherche paramédicale au centre hospitalier : l'aboutissement d'une première recherche et des perspectives de pérennisation de ces démarches.

Dossier

6-9

De nouveaux dispositifs en psychiatrie ...
Les équipes mobiles

2 INTERACTIONS

Allons plus loin

10-11

L'accueil non médical

3 EN LIEN

Découverte

12-13

Apport des thérapies par exposition à la réalité virtuelle

La minute psy

14

La recherche clinique au centre hospitalier

4 ZAP

Coup de cœur de la doc

15



Vous souhaitez contribuer au prochain magazine du CHM ?

Envoyez vos remarques, idées d'articles et photos au service communication :
chmlemag@ch-montfavet.fr

Édito

Sollicitée, de par mon arrivée encore récente, pour rédiger l'édito de ce numéro de rentrée du journal du CHM, c'est avec plaisir que je me plie à l'exercice, compte tenu de la richesse des nouveautés qui y sont présentées.

En effet, le sommaire du CHM le m@g est une belle preuve du dynamisme et des projets qui se développent avec plusieurs équipes de l'hôpital, malgré tout ce qui a pu être un frein à ce mouvement ces deux dernières années : on y trouve des articles sur les nouveaux dispositifs favorisant la proximité avec les patients, une démarche de recherche en soins infirmiers relative à la prise en charge des troubles psychopathiques, la présentation d'équipements innovants autour de la réalité virtuelle.

Ce sont des exemples mais toutes ces actions concrètes sont renforcées par un mouvement de relance des réflexions théoriques et des partages de connaissances entre professionnels, depuis le début de l'année 2022. En effet, beaucoup d'entre vous ont pu participer à différentes communications, colloques, journées thématiques proposées par le CHM sur des thèmes variés, comme la réhabilitation psycho-sociale, les équipes mobiles, ou le lien entre corps et prison.

L'ensemble de ces événements est, il me semble, le signe d'une volonté affirmée par les professionnels de l'établissement qui se sont investis dans leur organisation, de poursuivre le travail d'amélioration de nos pratiques, au bénéfice des publics que nous soignons et accompagnons. C'est aussi une façon de défendre le principe qui reconnaît notre besoin de ces temps de rencontres et d'échanges pour évoluer ensemble dans l'exercice de notre mission.

C'est vrai aussi pour ceux qui ont assisté à ces journées qui ont toutes étaient très suivies et réussies.

Cette volonté de continuer à construire, dans un contexte où le quotidien est difficile et les perspectives tout autant, nécessite une réelle énergie et persévérance :

je profite donc de ce billet introductif pour remercier tous ceux qui s'engagent sur des projets au sein du CHM. Il y a les projets présentés dans le CHM le m@g, mais aussi ceux qui se déclinent à l'échelle d'un service ou d'une équipe, dans les soins bien sûr, mais également dans les services administratifs ou logistiques.

Chaque nouvelle idée, chaque petite ou grande amélioration permet d'aller au-delà des difficultés, qui sont réelles, du quotidien, des freins non moins réels qui empêchent d'agir.

Et pour l'instant, grâce au travail de tous, chaque jour, les patients et les résidents sont accueillis, soignés et accompagnés.

C'est bien dans cet équilibre entre réalité de terrain et espaces d'échanges entre professionnels sur nos missions, pratiques et organisations, que nous pouvons trouver un intérêt à notre exercice professionnel, peut-être un sens et parfois même une envie positive de continuer à avancer, à penser et à faire.

Cet équilibre à maintenir passe toutefois par une première priorité pour la direction et la communauté médicale aujourd'hui. Il s'agit de savoir comment proposer des solutions pérennes qui permettent de recruter sur les postes actuellement vacants au centre hospitalier.

Nous nous y employons chaque jour, à partir des attentes recueillies auprès des professionnels et des étudiants sollicités. Nous avons en effet besoin de tous les personnels pour demeurer dans ce souci d'amélioration de la qualité de nos prestations et ainsi continuer à développer le goût du mieux faire qui apporte une vraie satisfaction personnelle et collective à l'investissement professionnel : c'est vrai envers les patients et les personnes accompagnées, c'est vrai aussi pour les

prestations logistiques que nous proposons, pour les nouveaux locaux et équipements mis à disposition, pour l'entretien du site principal ainsi que tous les espaces annexes.

Je souhaite pour ma part m'appuyer sur cette énergie réelle et forte, pour travailler aux côtés des personnels et continuer à faire vivre le CHM, au mieux de ses possibilités et de ses capacités, au bénéfice des patients, résidents, familles et professionnels.



Marie-Laure Piquemal-Ratouit
Directrice générale

La recherche paramédicale au centre hospitalier : l'aboutissement d'une première recherche et des perspectives de pérennisation de ces démarches

Une recherche paramédicale, a été conduite entre septembre 2015 et décembre 2019, sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychopathiques dans un établissement de santé mentale. Un groupe de professionnels paramédicaux (directeurs des soins, cadres supérieurs et cadres de santé, infirmiers, manipulateurs en électroradiologie) a mené cette recherche au sein de l'hôpital et de deux autres établissements de santé mentale.

➔ Le constat de départ était que la prise en charge des patients atteints de troubles psychopathiques posait des difficultés aux équipes soignantes. Nous nous sommes demandés pourquoi et ce qu'il était possible de faire pour améliorer cela. Après une formation institutionnelle aux méthodes de recherche, nous nous sommes engagés dans ce travail. Nos lectures et nos observations nous ont tout d'abord amenés à cette question initiale : **dans quelle mesure les représentations de l'équipe soignante, sur un patient présentant des troubles psychopathiques, influencent-elles sa prise en charge ? L'exemple de la gestion d'une crise atemporelle en unité fermée.**

Des mots clés ont ainsi émergé :

représentations sociales / équipe soignante / psychopathie / prise en charge / crise atemporelle / unité fermée. Nous avons alors défini notre population cible : cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, médecins psychiatres.

54 entretiens ont été réalisés dans la phase exploratoire. L'analyse des résultats et le croisement des données ont fait ressortir que les équipes prenant en charge ce type de patients sont confrontées à un paradoxe entre les conduites antisociales de ces patients et la réponse institutionnelle qui est donnée. Ce paradoxe se caractérise

par la recherche systématique d'une relation duelle avec le soignant alors que ce dernier s'inscrit structurellement dans une dynamique d'équipe requérant une logique collective. Il n'existe pas de conditions spécifiques formalisant la prise en charge des troubles psychopathiques. La réponse institutionnelle ne cadre que la dimension prescriptive des soins et l'équipe soignante doit composer entre le symptôme psychopathique (non intégration des règles et de la loi) et cette réponse.

Deux logiques sont donc mises en tension : la logique collective des équipes et la recherche de relation duelle du patient. Les objectifs de cette recherche étaient de mesurer l'impact de la clinique des troubles psychopathiques sur la dynamique de l'équipe soignante en caractérisant l'impact de l'absence de prise en charge spécifique et formalisée et en mesurant la place du raisonnement clinique dans l'élaboration d'un projet de soins individualisé. Nous avons défini notre question de recherche et deux hypothèses : **quel est l'impact de la clinique des troubles psychopathiques sur la dynamique de l'équipe soignante ? Comment l'équipe s'accommode-t-elle de ce paradoxe ? Quelles logiques dominent les pratiques des différents membres de l'équipe soignante ?**

Première hypothèse :

en l'absence de formalisation de prise en charge spécifique des troubles psychopathiques, la dynamique d'équipe est mise à mal et inopérante : l'interaction positive et coordonnée n'est pas partagée entre tous les membres d'une même équipe, les accommodations du paradoxe sont dépendantes des individualités qui composent l'équipe. Les logiques dominent les pratiques des différents membres de l'équipe divergent, rendant aléatoire l'efficacité et l'efficacité du projet de soins pour ces personnes.

Deuxième hypothèse :

une dynamique d'équipe favorisant la mobilisation du raisonnement clinique permettrait de concevoir et de conduire un projet de soins dans un contexte de pluri professionnalité, partant de la clinique du patient et de son projet individuel

Nous avons mené 42 entretiens semi-dirigés auprès de 30 infirmiers, 6 aides-soignants et 6 cadres de santé, ayant au moins 12 mois d'ancienneté en psychiatrie générale. Nous avons ensuite fait une analyse de contenu par thème

et par catégorie professionnelle, nos concepts centraux étant : les troubles psychopathiques, le raisonnement clinique, le projet de soins, la dynamique de groupe et le paradoxe. Les principaux auteurs sur lesquels nous nous sommes appuyés ont été : M. Hanus, T. Psiuk, J. Boutinet, D. Anzieu et P. Watzlawick.

Les résultats :

Notre première hypothèse traitant de la formalisation d'une prise en charge spécifique et de la dynamique d'équipe se vérifie par l'absence de formalisation du projet de soins individualisé. Ce manque de formalisation, retrouvé partout, laisse libre cours aux représentations et aux réponses individuelles face à ce type de patients plutôt qu'à une réponse collective. Cette dimension subjective est accentuée par la terminologie du terme psychopathe, absent de la nosographie. Les interactions positives dans l'équipe se trouvent donc limitées et non coordonnées. La dynamique est bien mise à mal et inopérante, d'autant plus que la nature du symptôme pousse le patient à s'engouffrer dans ce clivage. Toutes les équipes rencontrées ont exprimé se trouver en difficulté lors des hospitalisations de ces patients. Les termes de clivage, tensions, difficultés dans la cohésion sont ressortis dans les résultats.

Notre seconde hypothèse traitant du raisonnement clinique permettant de concevoir et conduire un projet de soins individualisé n'est que partiellement vérifiée. Si le raisonnement clinique est bien présent au quotidien dans les équipes lors des relèves ou des réunions cliniques, la tradition orale perdure. Il n'est pas formalisé dans le dossier du patient et ne peut donc servir de socle à un projet de soins individualisé alors que cela pourrait faciliter ces prises en charge complexes et déstabilisantes. Tous les membres de l'équipe pluri professionnelle auraient un même point de repère qui les rassemblerait et pourrait limiter les difficultés ou les conflits.



Ces résultats ont donc conduit la direction des soins à inscrire des actions spécifiques dans le projet de soins 2020-2024, qui seront suivies et mesurées dans le temps :

- L'intégration d'une formation au raisonnement clinique au plan de formation institutionnel et une réflexion menée avec l'encadrement sur la qualité des transmissions écrites et orales, notamment
- La formalisation des modalités d'intégration des nouveaux professionnels incluant la clinique psychiatrique et celle des troubles psychopathiques
- La conduite d'une réflexion sur le travail en équipe,
- La participation des professionnels à la préparation au déploiement du nouveau logiciel Dossier Patient afin de faciliter la traçabilité du raisonnement clinique, des objectifs et/ou du projet de soins individualisé et leur évaluation
- Le soutien à la pérennisation du groupe Recherche en soins, renforcée par l'intégration de nouveaux membres, dont les infirmiers en pratique avancée, pour engager de nouvelles recherches
- Le développement des liens avec L'institut de formations paramédicales et le CH d'Avignon, pour réfléchir à des travaux communs.

L'institution, que nous remercions, nous a permis de bénéficier d'une formation et d'un accompagnement de qualité en méthodologie de recherche. Malgré les difficultés rencontrées, la charge travail, le manque de temps dédié à la recherche, nous avons partagé une belle expérience, riche d'échanges inter disciplinaires, tissant les métiers et lissant les hiérarchies, au service d'un projet commun grâce auquel nous avons porté un regard réflexif sur nos pratiques soignantes. Une première étape est franchie, il reste à écrire les suivantes pour répondre aux enjeux de qualité des soins mais aussi du partage et de la reconnaissance de l'expertise paramédicale.

**Isabelle SCHULLER, Sylvie BOURSON
et les professionnels du Groupe Recherche**

De nouveaux dispositifs en psychiatrie... Les équipes mobiles

Les équipes mobiles font partie de ces nouveaux dispositifs en psychiatrie qui retrouvent les fondamentaux ayant présidé aux premiers pas de la psychiatrie de secteur mise en place en France à partir des années 70 : mobilité, adaptabilité, disponibilité, humanité, tout cela fondant une « psychiatrie dans la cité », une psychiatrie communautaire visant à maintenir le sujet au sein de la communauté humaine avec des lignes de force : déstigmatisation, soin, (re)socialisation, réhabilitation.

Les premiers infirmiers à sortir des murs de l'hôpital (1970), les « infirmiers visiteurs », étaient souvent les infirmiers référents des patients durant leurs hospitalisations, missionnés pour assurer un « suivi post-hop » par des visites à domicile. On commençait à concevoir une prévention secondaire des rechutes et récidives par la continuité des soins entre l'intra et l'extrahospitalier, et que le lieu naturel de prise en charge de la souffrance psychique, c'était dehors !



À cette époque, pas encore de dispensaire d'hygiène mentale, ancêtre des centres médico-psychologiques (CMP). On faisait par nécessité, du domiciliaire avant l'heure. Par la suite, s'est structuré le dispositif ambulatoire et semi-ambulatoire que nous connaissons aujourd'hui et la plupart des patients maintenant traités par le CHM ne sera jamais hospitalisée.

Sans faire doublon avec l'existant, il s'agit en 2022 de faire vivre une complémentarité des interventions, en articulation avec le « droit commun » existant : CMP, urgences psychiatriques, hôpital. L'équipe mobile évolue dans les interstices parfois béants existant entre les dispositifs, agit en « allant vers » le patient, l'amenant ou le ramenant aux lieux de soin adéquats, tissant du lien. La situation de crise générale actuelle pousse chaque structure, pour se protéger, à mettre

en place des modalités d'accueil des patients qui complexifient l'accès naturel aux soins : liste et délais d'attente, sectorisation...

Les équipes mobiles n'ont pas vocation à prendre en charge un patient en urgence ou sur la durée. Le travail clinique porte sur la séquence « accroche-relais » qui instaure une discontinuité structurante et une impermanence qui ne soient pas vécues comme du rejet, mais comme du mouvement, du processus, là où souvent régnait une dilatation temporelle mortifère, symptomatique de la maladie mentale.

Les équipes mobiles ont pour vocation de (re)tisser un réseau logistique et interrelationnel qui fera support à l'institué et potentialisera ses ressources.

Les équipes mobiles du CHM se sont mises en place de manière informelle, naturelle, avant même d'être dans l'air du temps, gagnant peu à peu en visibilité, en cohérence et en pertinence clinique. Elles sont désormais nombreuses, se déclinant sous deux grandes rubriques : équipes mobiles spécialisées par filière, et équipes mobiles généralistes. Beaucoup reste à penser sur ce thème, à construire en partenariat, à agir, pour que nos patients restent pris en charge au mieux, de manière humaniste.

Dr Didier Bourgeois,
Psychiatre

Les équipes mobiles de psychiatrie générale

Ces trois équipes interviennent sur différents territoires : Luberon, Avignon et Carpentras.

L'équipe mobile de maintien à domicile est intégrée au Centre de Réhabilitation Psychosociale de L'Isle-sur-la-Sorgue.

Ses missions sont :

La prise en charge au quotidien d'usagers dans des appartements communautaires et la mise en place d'aide et de soutien à la vie quotidienne avec des actions de psychoéducation et d'intégration au tissu social environnemental.

- la préparation et l'accompagnement à la sortie de patients hospitalisés qui ont besoin d'un étayage important et de proximité pour leur retour à domicile avant le relais CMP.
- l'organisation de visites à domicile (VAD) pour les patients en situation de fragilité à domicile et qui ont besoin d'un soutien actif et répété de proximité au sein de leur environnement quotidien,
- la prise en charge du suivi des usagers en Accueil Familial Thérapeutique, avec des VAD dans un principe de collaboration avec la famille d'accueil

Contact Isle-sur-la-Sorgue : **07 86 83 24 13**

Sur Avignon, lorsqu'il faut sécuriser les sorties, renforcer le maintien à domicile, créer « un pont entre l'intra et l'extra », créer une alliance thérapeutique... l'équipe mobile entre en jeu.

Elle est au centre du réseau à domicile et crée les liens entre les infirmiers libéraux, le médecin généraliste, les tuteurs, l'hôpital en ayant pour principal objectif de répondre aux besoins du patient.

Cette équipe, à la demande des urgences psychiatriques et des CMP, peut aussi intervenir auprès des patients en rupture de soins ou en attente d'une hospitalisation.



Des évaluations hebdomadaires à la résidence accueil permettent d'éviter autant que possible une ré-hospitalisation.

Une collaboration avec l'équipe mobile de l'Unité Parents Bébé permet une prise en charge précoce des mamans qui le nécessitent.

Ce dispositif participe aux actions mises en place dans le domaine de la vigilance et la prévention de la crise suicidaire.

Contact Avignon : **04 90 03 44 66**

Sur Carpentras, il s'agissait de répondre à deux difficultés facilement identifiées : la perte de mobilité du CMP et un phénomène de porte tournante de plus en plus important au niveau des unités d'hospitalisation.

Il fallait que cette équipe mobile le réduise de façon significative.

L'idée était donc de :

- lutter contre l'isolement social,
- favoriser l'autonomie de la personne,
- proposer une aide aux aidants.

C'est une équipe orientée rétablissement qui développe une pratique de soins et d'accompagnement domicilo-centrée, en partenariat avec tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire de Carpentras. Et prochainement avec les acteurs du logement.

Le projet de soins individualisé est co-construit avec le patient ou le médecin psychiatre qui l'aura pris en charge en hospitalisation, ou un soignant qui participe au parcours de soins, mais aussi un proche aidant.

Contact Carpentras :
06 74 35 10 05 / 06 74 35 09 83



Les équipes mobiles de géro-psi-chiatrie

Ces trois équipes interviennent sur différents territoires : Carpentras, nord Vaucluse et Luberon.

Elles sont un dispositif spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiatriques de la personne âgée au plus près de son environnement quotidien.

Elles ont pour mission la prévention des hospitalisations et du maintien dans le lieu de vie des personnes âgées souffrant d'un trouble psychique grave.

Elles interviennent au sein des EHPAD, des foyers logement, de l'hôpital général de Carpentras, Orange et Cavaillon, des SSR¹, des MAS² et à domicile.

Elles sont en lien avec tous les services de psychiatrie et tous les acteurs du territoire sanitaire pour répondre au mieux à leurs missions :

- Effectuer une évaluation psycho-gériatrique personnalisée pour donner un avis, une orientation
- Assurer la sortie d'hospitalisation, le placement et le suivi des personnes au sein des différentes structures

- Préconiser un traitement mais aussi une prise en charge environnementale et psychologique
- Préconiser ou préparer une hospitalisation sans passage par le service des urgences
- Prévenir, entendre et soulager l'épuisement des professionnels de santé, des aidants et des proches
- Intervenir auprès des organismes de tutelles et des réseaux médico-sociaux
- Favoriser l'accès et la continuité des soins. Initier des prises en charge.

Contact Carpentras :
04 90 03 90 76 / 06 49 74 32 58

Contact Orange :
06 85 01 47 79

Contact Cavaillon/Isle-sur-la-Sorgue :
04 90 03 92 43

L'équipe mobile psychiatrie post pénale

Ouverte le premier avril 2022, il s'agit de la troisième équipe de ce type en France.

Elle déploie ses missions sur le département du Vaucluse et du nord des Bouches-du-Rhône.

Son public, patients détenus ayant des troubles psychiatriques et sortants de prison, lui est adressé par les équipes des USMP³ du centre pénitentiaire du Pontet, du centre de détention de Tarascon et de la maison centrale d'Arles). Ses missions sont :

- faire le lien entre dedans et dehors,
- commencer les prises en charge en détention avec les équipes travaillant en détention (SPIP⁴ et USMP),
- accompagner les patients pendant les permissions de sortir dans une élaboration de projet de vie
- poursuivre cet accompagnement pendant un temps de l'aménagement de peine pour refaire lien avec le monde ordinaire.

Cette équipe a déjà accompagné et accompagne plusieurs personnes ayant eu des peines très longues à un retour en société.

Contact : **04 90 03 70 19**

¹ SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

² MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

³ USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

⁴ SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

Les équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile

Une équipe mobile de périnatalité

L'objectif est d'allier une spécificité, celle des soins psychiques conjoints, et une organisation souple et ajustable qui permet un « aller vers » le domicile, au sens large, des familles qui ne sont pas encore en demande de soins ou dans un « non accès aux soins ». Il s'agit ainsi de proposer un dispositif adapté et pertinent dans une période de transformation dont le potentiel positif ou négatif est considérable.

Les autres vocations de cette équipe sont :

- La prévention et le soin des troubles précoces de la relation parents-bébé ;
- La prévention et le soin de leur retentissement sur le développement de l'enfant ;
- Un soin et soutien au processus de parentalité.

Contact : **04 90 03 44 89**

Une équipe mobile de pédopsychiatrie « Les p'tites roulettes »

Cette équipe mobile prend en soin des jeunes enfants âgés de 2 ans et demi à 3 ans et demi au moment de l'admission, diagnostiqués TSA ou en cours de diagnostic, pour une durée de 6 mois à 1 an maximum. Elle est implantée dans les locaux du centre de pédopsychiatrie Joly Jean sur Avignon et couvre un secteur de 20 km autour de Montfavet.

L'équipe pluridisciplinaire propose à l'enfant et sa famille un accès précoce aux soins et un accompagnement dans l'adaptation de l'environnement quotidien et social, tout en mettant l'accent sur la place essentielle des parents dans le projet de soin actuel et à venir de leur enfant.

L'équipe intervient dans le milieu naturel, propose des groupes enfant/parent à médiations, des temps de rencontre pour les parents, ainsi que des consultations individuelles, en fonction des besoins spécifiques des familles.

Contact : **04 90 03 97 60**

L'équipe mobile psychiatrie précarité

Le travail de l'équipe « santé précarité » s'articule avec les dispositifs du pôle social et médico-social existants sur le CHM : centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS), lits halte soins santé (LHSS) et lits d'accueil médicalisés (LAM).

L'intervention de l'équipe a pour objectif général :

- de rencontrer les personnes en situation de précarité, sur les lieux du travail social (accueils de jour, centre d'hébergement, rue, SIAO⁵...) par l'intermédiaire de leurs référents sociaux.
- de faire le lien et de soutenir les équipes de travailleurs sociaux

Cette équipe n'a pas vocation à se substituer aux missions des équipes des secteurs de psychiatrie publique mais d'intervenir en complémentarité, avec une approche spécialisée dans la « clinique de la précarité ». L'équipe intervient sur les lieux où la souffrance psychique s'exprime afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'orientation si besoin vers les dispositifs de soins (CMP, hospitalisation, CSAPA⁶, consultations spécialisées, soins généraux...).

Elle se doit d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

Elle prend en charge principalement un public majeur mais rencontre parfois famille et enfant des personnes accompagnées.

Contact : **04 90 03 70 20**

⁵ SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation

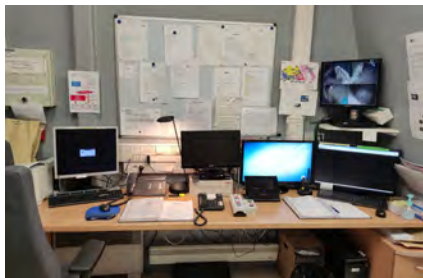
⁶ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie



L'accueil non médical

L'accueil existe depuis la création du centre hospitalier de Montfavet. Tout d'abord, ancré dans les mémoires par le visuel d'un garde en tenue et képi à l'ancien portail fermé de l'établissement, ce service a petit à petit évolué. Il est constitué aujourd'hui de trois services : accueils, standard et vagemestre.

Les accueils (anciennement nommés conciergeries) : situations et missions



■ L'accueil principal se situe à l'entrée de l'établissement.



■ L'accueil « Esquirol » se trouve à l'annexe, sur le site Bel-Air/Sainte-Catherine et permet l'accès aux unités des unités pour malades difficiles (UMD).

Retour sur la petite histoire des origines du nom et du métier de « concierge ». Il faut remonter à l'empire Romain pour connaître les premiers services d'hôtellerie, dès lors qu'il fût nécessaire d'assurer la sécurité et l'accueil des touristes. À l'époque cette fonction de portier était tenue par des esclaves. L'origine du terme « concierge » vient d'ailleurs du latin « cum » qui veut dire « avec » et « servas » qui veut dire « esclave », pour donner le mot « conservus ». Le mot « concierge » apparaît ensuite en France sous le titre de « Comte des Cierges ».

Utilisé par certains officiers royaux, le titre de concierge fût donné au XII^{ème} siècle aux magistrats du palais de la cité de Paris.

Mais aujourd'hui la définition est la suivante : qui a la garde d'un immeuble.

➔ Au CHM, pas d'esclaves, pas de comtes ni de magistrats mais une équipe constituée de 14 agents. Ils se relaient sur les deux accueils ouverts non-stop toute l'année, de jour comme de nuit.

Leurs priorités : assurer un accueil de qualité, renseigner et orienter les usagers et visiteurs.

Leurs missions ne se résument pas à appuyer sur un bouton pour ouvrir les barrières, leurs tâches sont nombreuses, diverses et variées.

La plus importante étant de veiller à la sécurité des biens et des personnes puisqu'ils traitent les alarmes qui arrivent sur la GTB' (intrusion, incendie, agression, problématique technique) de l'ensemble de l'établissement ainsi que des structures extra hospitalières réparties sur le département.

En cas d'alarme technique les agents contactent l'atelier dont cette dernière dépend.

Les alarmes incendie et /ou dérangements incendie sont traités en priorité.

Après une levée de doute sans départ de feu avéré, les agents d'accueil préviennent le technicien qui se rend dans l'unité pour réarmer le SSI (Système de Sécurité Incendie).

Dans le cas d'un départ de feu avéré après levée de doute, ils contactent les services de secours, aident à leur orientation en fournissant les plans et clés pour faciliter leurs accès sur les lieux du sinistre. Ils sont en lien direct avec la direction et la PCI² qu'ils informent.

Dans le cas d'une alarme intrusion, ils procèdent également à une levée de doute, ils sont amenés à contacter la société de sécurité qui se rend sur les lieux d'où provient l'alarme, les agents de sécurité procèdent à une ronde et informent les agents d'accueil de leurs constatations.

Suivant certaines situations les agents d'accueil appellent les forces de l'ordre.

Une des missions des agents consiste également à mettre en relation les unités avec les médecins somatiques et psychiatres, techniciens, pharmaciens, informaticiens, ambulanciers et administrateurs d'astreinte.

La surveillance de l'établissement se fait grâce au visionnage des caméras, les agents observent régulièrement les écrans et notent leurs observations.

Ils assurent la distribution, le traçage et le suivi des clés mis à disposition pour le personnel d'entretien, les réservations de salles de réunion et diverses entreprises.

Ils actionnent les ouvertures à distance des différents portails de l'établissement.

À l'accueil vous trouverez une réserve de batteries et d'électrodes pour les défibrillateurs semi-automatique et également des dépannages repas pour les patients hospitalisés en soirée et dont les effets personnels sont mis dans une enveloppe sécurisée et déposée dans un coffre de l'accueil. Elles sont remises à la banque des usagers dès le lendemain par le vaguemestre.

Les agents en poste à l'accueil d'Esquirol s'occupent de la gestion et la traçabilité des clés qu'ils remettent à toute personne autorisée à pénétrer dans l'enceinte des UMD.

- Ils assurent la visualisation des caméras du site annexe.
- Ils gèrent les ouvertures des SAS véhicules et piétons.
- Ils prennent le relais des appels téléphoniques en dehors des horaires d'ouverture du standard (8h-17h).

Vaguemestre, situation et missions

Dans un hôpital, ou un établissement pénitentiaire, le vaguemestre est le fonctionnaire chargé du service postal (envoi et réception du courrier).

Ils sont deux, un agent titulaire et un agent polyvalent au standard et à l'accueil.

Son rôle est important, il permet de maintenir le lien entre les patients et leurs familles et amis.

Il reçoit chaque jour de la poste courriers, colis, plis recommandés qu'il trie et distribue suivant une tournée définie.

Il achemine le courrier interne des différents secrétariats, des services et unités.

Il affranchit le courrier départ et se rend au centre postal chaque jour.

Il fait le lien avec le service des transports pour l'acheminement du courrier sur les structures externes de Carpentras, Montoux et se déplace sur certaines unités extra hospitalières d'Avignon et quotidiennement à l'agence régionale de santé (ARS).

Il a également pour mission de se rendre dans les unités de soins fermées afin de faire signer des notifications du préfet aux patients.

Il récupère les enveloppes sécurisées du coffre de l'accueil et les dépose à la banque des patients tout en s'assurant de la traçabilité de celles-ci.

Le standard : situation et missions

Il se situe aux abords de la pinède, bâtiment face à la cafétéria des patients « La Parenthèse ».

Deux agents occupent le standard. Leur rôle est de transférer en un minimum de temps des appels reçus vers les bons interlocuteurs.

Ils gèrent en moyenne 250 à 400 appels par jour (extérieurs et intra), le lieu au calme est donc de rigueur.

Leur voix est connue de tous, ils connaissent également la localisation des différentes unités et structures, ce qui leur permet régulièrement d'aiguiller à distance des visiteurs perdus.

Ils ont en mémoire, depuis des années de pratique, la quasi-totalité des numéros de l'ensemble de l'établissement et des structures extérieures.

Leur rapidité mémo technique est impressionnante.

Ils étoffent constamment et font évoluer leur annuaire téléphonique qu'ils partagent avec les agents d'accueil, ils orientent et dirigent les appels provenant de France et également de l'étranger avec une grande attention.

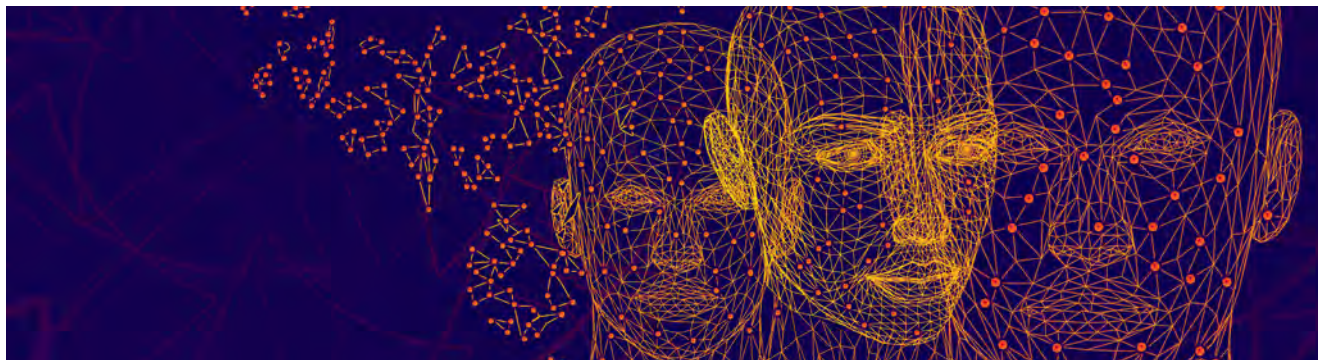
L'investissement professionnel des agents de ces trois services participent activement à la qualité de la prise en charge des patients, résidents et de leurs familles, et à une organisation logistique fluide.

Danielle Cabassud
Responsable du service Accueil Non Médical

¹GTB : Gestion Technique de Bâtiment

²PCI : Permanence Cadre Infirmier

Apport des thérapies par exposition à la réalité virtuelle



La réalité virtuelle désigne la simulation informatique d'univers interactifs et tridimensionnels, dans lesquels un sujet est immergé en temps réel, et toutes les modalités sensorielles pouvant être prises en compte. Son essor ces dernières années a irrigué nombre de domaines scientifiques, de l'astrophysique à la microchirurgie, sans parler des activités artistiques ou des jeux vidéo qui en sont issus.

→ La réalité virtuelle permet aux personnes d'être, d'interagir et d'apprendre dans des environnements interactifs de synthèse créés par ordinateur et ceci en utilisant des visiocasques et des capteurs de mouvements que revêt l'utilisateur. De par ses propriétés immersives elle crée une illusion de la réalité, en passant par les mêmes canaux perceptifs que cette dernière (la vision, l'audition, la proprioception).

Dans le contexte psychiatrique, elle est utilisée comme méthode d'exposition à des environnements virtuels à visée thérapeutique : elle est alors intitulée Thérapie par Exposition à la Réalité Virtuelle ou TERV.

La TERV offre la possibilité de confronter graduellement les patients à différents contextes ou la symptomatologie peut s'exprimer : phobies, addictions, troubles du comportement alimentaire,

troubles fonctionnels, troubles anxieux ... En effet à travers le casque de réalité virtuelle, les patients sont transportés dans des environnements immersifs dont les scénarios et protocoles ont été élaborés par un comité de recherche médicale (psychiatres, psychologues, kinésithérapeutes, neurophysiologistes).

D'un point de vue pratique, les bénéfices de ces nouvelles thérapies, (dont la réalisation nécessite l'intervention du thérapeute/soignant) sont nombreux : meilleurs graduation des expositions, amélioration de la praticité (aucun déplacement en dehors du lieu de consultation) possibilité de répéter des scènes à volonté, diminution des incidents de sensibilisation et de tout problème de confidentialité.

L'efficacité de la TERV est validée pour le traitement de troubles psychiques variés, en particulier, plusieurs études et méta-analyses récentes (Levy, Da Costa,

Meyenbroeker, E. Malbos, A. Verger, Bouchard...) attestent d'une amélioration significative rapportée dans de nombreux troubles anxieux (phobies, addictions, troubles de stress post-traumatiques...).

Des essais sont en cours dans certains centres de réhabilitation psychosociale pour évaluer l'intérêt de la TERV pour la remédiation cognitive dans la schizophrénie. Des programmes de réalité virtuelle ont vu le jour (tâches à effectuer sur des environnements virtuels devant écran représentant des situations réalistes ou remédiation dans des environnements virtuels immersifs ou le sujet est acteur physiquement et mentalement des tâches déterminées). En effet l'accompagnement vers l'autonomie et le rétablissement des personnes souffrant de schizophrénie ou de troubles psychiatriques envahissants est devenu, ces dernières années, l'objectif prioritaire des stratégies thérapeutiques.

Dans ce contexte la priorité est d'améliorer l'autonomie et l'insertion avec comme axes essentiels, la dimension affective associée aux fonctions cognitives et une confrontation réelles aux situations de la vie quotidienne plutôt qu'abstraite.

Dans un futur très proche, nous pensons que les capacités thérapeutiques immersives vont être accrues en augmentant le nombre de sens impliqués, et en associant d'autres techniques, rTMS¹, Neurofeedback² EEG³... actuellement en plein développement.

C'est dans ce contexte que nous avons mis en place un dispositif de TERV avec l'entreprise C2Care, pour mettre à la disposition des patients cette thérapie innovante en complément des thérapies que nous proposons dans les services du pôle. Ce dispositif a été utilisé dans un premier temps à titre expérimental depuis février 2021, il est actuellement opérationnel à l'Unité de Thérapie Comportementale et Cognitive, du service de consultations et thérapies spécialisées aux Arcades. Il est en cours de mise en place dans le service d'Addictologie, de Psychiatrie légale et Victimologie, d'autres structures du pôle seront concernées telles que le centre de Réhabilitation Psychosociale et l'Unité de neuromodulation.

Ainsi, un nombre important de patients pris en charge à l'unité de Thérapie Cognitive et Comportementale du centre



hospitalier de Montfavet a déjà pu profiter de cet outil innovant. L'utilisation première est appliquée dans le cadre de la relaxation. Les patients orientés en TCC présentent très souvent des troubles anxieux ainsi que des troubles de stress post-traumatiques. La TERV permet, pour ce type de patients, d'accéder rapidement à un état de relaxation après une catharsis difficile. En effet, lorsque les éléments particulièrement anxiogènes étaient abordés lors des séances, faire revenir le patient dans un espace mental sécuritaire pouvait s'avérer parfois extrêmement laborieux. Mais la TERV, de par son immersion immédiate des différents vecteurs sensoriels, permet un apaisement des patients en quelques minutes, même pour ceux qui montraient des résistances dans la pratique de la relaxation en image mentale, ou lorsque le « lieu sûr » est difficilement accessible.

Le deuxième axe le plus travaillé avec ce nouvel outil est ensuite l'exposition elle-même. Ainsi, depuis sa mise en place, nous avons pu faire avancer considérablement le travail thérapeutique d'exposition graduée de désensibilisation pour les

patients présentant des phobies spécifiques (ex. : hauteurs, conduite) ou plus globales comme l'agoraphobie ou la phobie sociale (ex. : exposition à une foule, au cinéma, au restaurant...). La mise en place de ces exercices dans le bureau du thérapeute permet une augmentation de la confiance en soi du patient et lui assure une meilleure sécurité interne, lui permettant ensuite de poursuivre et reproduire ces expositions à l'extérieur du bureau, dans sa vie quotidienne.

Thérapeutes et patients sont généralement enthousiastes et curieux de tester la TERV ce qui peut également permettre de faire tomber certaines barrières défensives en proposant un outil innovant et en évolution progressive pour nos patients de tout âge.

Dr Hosni EL OUAHCHI, Chef de Pôle
Dr Samia LAHYA, Médecin
Mme Manon LUCIBELLO, Psychologue



¹rTMS : Stimulation transcrânienne répétitive

²Neurofeedback : Procédé qui permet à un individu d'apprendre à modifier son activité cérébrale dans le but d'améliorer sa santé et ses performances.

³EEG : Electroencéphalogramme

La recherche clinique au centre hospitalier

Chaque mois, un patient est invité à s'entretenir avec le psychiatre et psychanalyste Jean-Jacques Gorog pour tenter de dire la cause de son hospitalisation. Cette rencontre se passe à l'espace médical devant un public composé de psychanalystes, de médecins, d'infirmiers, de psychologues et d'étudiants. Attachée à l'hôpital depuis plus de vingt ans, la présentation clinique est l'un des dispositifs de formation clinique du Collège de clinique psychanalytique du Sud-Est, appuyé à l'École psychanalytique des forums du champ lacanien qui se réfère à l'enseignement de Freud et de Lacan. Organisée en partenariat avec les équipes du pôle Grand Avignon Alpilles, elle est coordonnée actuellement par le Dr Bourgeois, d'un considérable soutien, et le Dr Ibarrondo.

➔ Ce dispositif se fonde d'une longue tradition médicale dans laquelle le repérage des signes de la maladie s'enseigne au pied du lit du patient. Le mot grec « Klinê » désigne en effet « le lit ». Dès la naissance de la psychiatrie, des questions de recherche et d'enseignement se sont présentées. En 1847, Baillarger fonde la société médico-psychologique, importante dans l'établissement du savoir psychiatrique. La même année, Jean-Pierre Falret publie son mémoire : « De l'enseignement clinique des maladies mentales », dans lequel l'examen en présence d'un public est conçu comme une pratique nécessaire d'enseignement.

Cette voie commence avec Esquirol, et passe par Baillarger, Leuret, Falret, Magnan, Clérambault et d'autres encore. « La clinique » était alors considérée comme la base de la formation et complétait un enseignement théorique. Aujourd'hui, cette dimension est toujours valable.

Avec Freud et Lacan, nous soutenons que la clinique psychanalytique est impossible sans ce fondement. Dans ses séminaires, Lacan faisait souvent référence à la présentation clinique qu'il menait à l'hôpital Sainte-Anne. Nonobstant, la psychanalyse y introduit un écart en accordant son champ à la subjectivité singulière de chaque être humain et à son gîte dans la parole. À partir de là, le savoir change de place et ce sont les patients qui enseignent.

Cet enseignement prend la forme du témoignage de chacun sur ce dont sa vie pâtit en la rendant impossible. Chaque patient est invité à dire ce qu'il en sait et ce qu'il tient dans l'ignorance, en livrant le récit des événements marquants, des problèmes vitaux qu'il rencontre, des phénomènes qui l'envahissent, des énigmes qui le rendent perplexe, des certitudes qui le retranchent de la communauté humaine, ou encore des possibilités pour aller mieux et sortir de l'hôpital. Dire les raisons de la souffrance

peut avoir des effets sur elle et remanier la subjectivité.

Du côté du psychanalyste, être au pied du lit de celui qui parle c'est un peu comme être au pied du mur. À pied d'œuvre, il refait chaque fois l'exercice nouveau de se tenir du même côté du mur du langage que lui, en le soutenant dans la tentative d'élucider son malaise avec les mots de sa propre langue et d'en déchiffrer la logique, en en présentant parfois les impasses.

La présence d'un public est conforme à la disposition d'un tel enseignement. Les participants apprennent de la bouche même d'un patient quelque chose qui n'a jamais encore été dit auparavant et ne figure dans aucune théorie. Un temps de discussion suit l'entretien pour en ressaisir le vif, non sans les boussoles de la psychanalyse et de la psychiatrie. Signe qu'un patient peut être moins seul dans son exception radicale, ce qui peut se transmettre c'est la différence essentielle irréductible à nulle autre. Ce que quiconque invente pour prémunir sa vie d'une souffrance sans nom, liée à la réalité de la vie pulsionnelle, qui engage son être et ses possibles entre corps et langage.

Jean-Michel Marco
Psychologue clinicien



Coup de cœur de la doc

BLANC Jean-Victor. Pop & Psy - Comment la pop culture nous aide à comprendre les troubles psychiques. Plon ; 2022



«...Lorsque les stars et les séries nous aident à comprendre les troubles psychiques... La représentation des troubles mentaux est généralement erronée et paradoxale. D'un côté, ils exercent une fascination, des tabloïds aux nombreuses œuvres mettant en scène des troubles psychiques ; de l'autre, ils font peur, et leurs approches artistiques, souvent terrifiantes, sont prises pour argent comptant. Fréquemment abordée, la maladie mentale reste pourtant mal comprise. Se rase-t-on forcément la tête comme Britney Spears lorsqu'on est bipolaire ? La schizophrénie ressemble-t-elle à un dédoublement de la personnalité façon Black

Swan ? Une série Netflix peut-elle déclencher des suicides ? Si je prends des antidépresseurs, vais-je me retrouver dans Requiem for a Dream ? Répondre à ces questions en mixant culture pop et psychiatrie, tel est le pari du Dr Jean-Victor Blanc dans ce livre à la fois sérieux, scientifique et divertissant. Ainsi souhaite-t-il rendre sa discipline, encore méconnue, accessible au grand public afin de diminuer la stigmatisation dont les personnes touchées par les troubles psychiques sont victimes. »

N'hésitez pas à visiter le musée les Arcades

Histoire de la psychiatrie et du centre hospitalier de Montfavet

Pour les modalités d'accès, merci d'appeler au numéro ci-dessous. Les horaires peuvent-être modifiables en fonction du contexte sanitaire.

OUVERTURE ET TARIFS

■ Permanence au musée

Le mercredi de 13h30 à 17h
(dernière entrée à 16h30)

■ Visites guidées du musée et du centre historique

Sur RDV (groupe de + de 4 personnes)
Maximum 15 personnes

■ Contacts et réservation

04 90 03 90 90
musee.arcades@ch-montfavet.fr
Centre hospitalier de Montfavet
Avenue de la Pinède CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
Bus ligne 4 arrêt La Halte -
Epicurium





Avenue de la Pinède
CS 20107
84918 AVIGNON cedex 9
04 90 03 90 00
chlemag@ch-montfavet.fr

www.ch-montfavet.fr

