Master 2ème année
Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes »

Projet de restructuration de l'offre de soins de Psychiatrie
Hôpital Lariboisière Fernand Widal
ECUE 7.2
C. GONCALVES

Lydia SAIDANI
Année 2025/2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.
Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS 3
TABLE DES ILLUSTRATIONS 5
INTRODUCTION 7
1. CONTEXTE ET ENJEUX DU PROJET 9
1.1. L'assistance publique des hôpitaux de Paris 9
1.1.1. La gouvernance et la structuration de l'AP-HP 10
1.1.2. Pilotage médico-économique et soutien aux projets de transformation 11
1.2. Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP Nord - Université Paris Cité 13
1.2.1. Le département médico-universitaire Neurosciences 15
1.2.2. L'Hôpital Lariboisière Fernand Widal 15
1.3. L'offre de soins de psychiatrie adulte à l'AP-HP 18
1.4. Organisation de l'offre psychiatrique du GHU AP-HP Nord 21
1.4.1. Le département universitaire de psychiatrie et médecine addictologique de l'hôpital Lariboisière – Fernand Widal 22
1.4.2. Le service d'hospitalisation conventionnelle de psychiatrie du site Fernand Widal 25
1.5. Contexte territorial, organisationnel et émergence du projet 29
1.5.1. Contexte territorial du GH AP-HP Nord et évolution des besoins en santé mentale 29
1.5.2. Enjeux organisationnels et émergence du projet de restructuration psychiatrique 30
2. CADRE CONCEPTUEL DU PROJET MANAGERIAL 33
2.1. Le changement organisationnel en établissement de santé 33
2.1.1. Le changement comme processus structuré et adapté 33
2.1.2. Le cycle d'accompagnement du changement 35
2.2. L'adhésion des acteurs : entre dimension individuelle et dynamique collective 36
2.2.1. L'engagement individuel 36
2.2.2. L'engagement collectif 37
2.3. Posture et leadership du cadre supérieur de santé 38
2.3.1. La posture et les rôles du cadre supérieur de santé dans la conduite de projet 38
2.3.2. Les compétences managériales et le leadership comme levier de mobilisation 39
3. CONCEPTION, DEPLOIEMENT ET PILOTAGE DU PROJET MANAGERIAL 41
3.1. Nouvelle gouvernance et cadrage du projet 41
3.1.1. Transition du pilotage paramédical du projet avec la CPDMU 41
3.1.2. Nouvelle commande et gouvernance stratégique du projet 44
3.2. Ecriture du nouveau projet médical 46

3.2.1. SWOTT et note de cadrage 46
3.2.2. Définition des nouvelles activités médicales 47
3.2.3. Définition et structuration de l'activité du CRUP 48
3.2.4. Définition et structuration de l'activité de Post CRUP 49
3.2.5. Définition et structuration de l'activité d'HDJ 50
3.2.6. Impacts sur les ressources humaines 52
3.3. Analyse médico-économique du projet de restructuration 59
3.3.1. Evolution du capacitaire et impact en activité et en recettes 59
3.3.2. Impacts du développement du CRUP 60
3.3.3. Développement de l'hôpital de jour psychiatrique 61
3.3.4. Investissements et charges associées au projet 62
3.3.5. Perspectives de recettes et soutenabilité du projet 62
3.3.6. Validation du nouveau projet médical 63
3.4. Déploiement opérationnel 65
3.4.1. Réunion de lancement du projet 65
3.4.2. Constitution des instances de l'équipe projet 65
3.4.3. Planification des différentes phases du projet 66
3.5. Accompagnement de l'équipe projet 67
3.5.1. Communication 69
3.5.2. Formation 70
3.5.3. Accompagnement 71
3.6. Suivi, évaluation et amélioration continue 73
3.6.1. Définition des objectifs et indicateurs 74
3.6.2. Évaluation des effets du projet et amélioration continue 76
Conclusion 79
BIBLIOGRAPHIE 81
Annexes

LISTE DES ABREVIATIONS

AP-HP	Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
AS	Aide-Soignant
CE	Centre Expert
CMP	Centre médico-Psychologique
Copil	Comité de pilotage
CRUP	Centre Renforcé d'Urgence Psychiatrique
CS	Cadre de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DAF	Direction des Affaires Financières
DAM	Direction des Affaires Médicales
DIM	Direction de l'Information Médicale
DG	Directeur Général
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DMU	Département Médico-Universitaire
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Directrice des Soins
DSAP	Direction des Soins et des Activités Paramédicales
DUPMA	Département Universitaire de Psychiatrie et Médecine Addictologique
ECT	ElectroConvulsivoThérapie
EDT	Espace de Discussion sur le Travail
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETP	Education Thérapeutique du Patient
ETP	Equivalent Temps Plein
GHM	Groupe Homogène de malades
GHU	Groupement Hospitalier Universitaire
HC	Hospitalisation Conventionnelle
HDJ	Hôpital De Jour
HPI	Hospitalisation de Psychiatrie Intensive
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE	Infirmier Diplômée d'Etat
IDEC	Infirmière Diplômée d'Etat de Coordination
MCO	Médecine, Chirurgie et Obstétrique-gynécologie
PH	Praticien Hospitalier
PTSM	Projets Territoriaux de Santé Mentale
QVCT	Qualité de Vie et des Conditions de Travail
SAU	Service d'Accueil des Urgences
ULUPA	Unité de Liaison et d'Urgence de Psychiatrie et Addictologie
UF	Unité Fonctionnelle
USM	Urgence en Santé Mentale
tDCS	stimulation Transcrânienne à Courant Direct
T2A	Tarification A l'Activité
TOC	Taux d'occupation du capacitaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Les groupes hospitalo-universitaires – AP-HP – 2026 - Source AP-HP.fr
Figure 2 : Présentation du GHU AP-HP Nord. Source aphp.fr
Figure 3 : Chiffres clés du GHU AP-HP Nord. Source aphp.fr

Figure 4 : Présentation du DMU Neurosciences

Figure 5 : Chiffres clés de l'Hôpital Lariboisière – Fernand Widal

Figure 6 : Présentation du Nouveau Lariboisière – source www.aphp.fr

Figure 7 : Chiffres clés du Nouveau Lariboisière – source www.aphp.fr

Figure 8 : Chiffres clés de la psychiatrie à l'AP-HP– Source www.aphp.fr

Figure 9 : Organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie de l'AP-HP– Source www.aphp.fr
Figure 10 : Tableau d'activité des secteurs de psychiatrie du GHU AP-HP Nord – Copil psychiatrie mai 2026
Figure 11 : Présentation des unités de soins du DUPMA

Figure 12 : Présentation des unités de soins de psychiatrie du DUPMA

Figure 13 : Unités d'hospitalisations conventionnelles de psychiatrie – Site Fernand Widal
Figure 14 : Parcours patient – unités de psychiatrie – Site Fernand Widal

Figure 15 : Activités du secteur d'hospitalisation conventionnel du site Fernand Widal

Figure 16 : Les 24 secteurs de psychiatrie pour adultes et leur rattachement hospitalier – Source www.psycom.org

Figure 17 : Pourcentage de patients présents au sein des SAU de l'APHP pour troubles psychiatriques

Figure 18 : Effectif et pourcentage des urgences psychiatriques adultes – 2024 – Copil Psychiatrie GHU AP-HP Nord

Figure 19 : Etapes majeures d'un projet de conduite de changement – (Autissier, D. et Moutot, J.-M., 2023).
Figure 20 : Analyse médico-économique du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie – Site Fernand Widal – avril 2025
Figure 21 : Tableau comparatif des organisations soignantes au sein de CRUP
Figure 22 : Tableau des instances de gouvernance du projet – Restructuration de l'offre de soins – Psychiatrie Lariboisière Fernand Widal
Figure 23 : SWOT – Phase diagnostic du projet
Figure 24 : Parcours patient – CRUP
Figure 25 : Evolution de l'organisation médicale
Figure 26 : Filières de la future HDJ
Figure 27 : Evolution de la maquette médicale
Figure 28 : Maquette organisationnelle paramédicale actuelle
Figure 29 : Organisation paramédicale projetée
Figure 30 : Maquette organisationnelle paramédicale projetée
Figure 31 : Maquette organisationnelle paramédicale du nouvel HDJ
Figure 32 : Différentiel des postes paramédicaux avant / après restructuration

Figure 33 : Hypothèse d'évolution d'activité pour l'HC de psychiatrie avec un capacitaire de 19 lits
Figure 34 : Hypothèse d'évolution d'activité pour le CRUP
Figure 35 : Hypothèse du case mix pour le CRUP
Figure 36 : Hypothèse de valorisation d'activité de consultation post CRUP
Figure 37 : Hypothèse de valorisation d'activité de l'HDJ
Figure 38 : Analyse médico-économique du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie – Site Fernand Widal – Mars 2026
Figure 39 : Instances de la phase opérationnelle du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie
Figure 40 : Présentation des grandes phases opérationnelles du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie

INTRODUCTION

Les établissements de santé évoluent aujourd'hui dans un contexte marqué par des transformations profondes de leurs organisations. L'augmentation des besoins de santé de la population, les tensions persistantes sur les ressources humaines, les contraintes médico-économiques et les évolutions des politiques publiques contraignent les structures hospitalières à adapter continuellement leurs modalités de fonctionnement.

Dans ce paysage en mutation, comment les organisations de soins peuvent-elles concilier qualité des prises en charge, continuité des parcours et soutenabilité des ressources ?

Dans le champ de la psychiatrie, cette question prend une résonance particulière. La progression des troubles de santé mentale, l'augmentation des situations de crise et les difficultés d'accès aux soins spécialisés exercent une pression croissante sur les organisations psychiatriques hospitalières. Les orientations nationales portées par la feuille de route Santé mentale et psychiatrie appellent à repenser en profondeur les modèles de prise en charge : développer l'ambulatoire, renforcer les dispositifs de crise, fluidifier les parcours post-urgences, mieux coordonner les acteurs hospitaliers et territoriaux.
Mais comment traduire ces orientations en transformations organisationnelles concrètes, acceptées et soutenables pour les équipes ?

C'est précisément cette question qui est au cœur du projet de restructuration de l'offre de soins de psychiatrie du site Lariboisière – Fernand Widal, au sein du département universitaire de psychiatrie et de médecine addictologique (DUPMA) du GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité. Ce projet repose sur le développement d'un centre renforcé d'urgence psychiatrique (CRUP) et le renforcement de l'offre ambulatoire. Il s'inscrit également dans le cadre des transformations liées au projet du Nouveau Lariboisière, qui redessine en profondeur l'organisation des sites et des activités du groupement hospitalier.

Issue des soins critiques, mon parcours managérial m'a conduit à développer une expérience dans le pilotage d'organisations de soins complexes, l'accompagnement des équipes et la conduite de projets institutionnels dans des environnements à forte technicité.
C'est dans ce cadre que j'ai pris mes fonctions au sein du DUPMA, département dont le cœur d'activité repose sur la psychiatrie et l'addictologie, deux champs du soin aux spécificités organisationnelles, territoriales, relationnelles et médico-économiques singulières.

M'investir dans ce projet de restructuration m'a conduit à approfondir ma connaissance de ces spécificités : temporalités du soin différentes, logiques de parcours centrées sur la continuité et la coordination, enjeux propres à la permanence des soins psychiatriques, articulation entre les dispositifs intra- et extrahospitaliers.

Piloter un projet de cette ampleur, inscrit dans le périmètre de mes missions de cadre supérieure de santé, a également nourri une réflexion plus large sur la place du management dans l'accompagnement des évolutions hospitalières.
Qu'est-ce que conduire le changement dans une organisation pluraliste, traversée par des logiques médicales, soignantes et institutionnelles parfois divergentes ?
Comment créer les conditions d'une adhésion durable, sans réduire la transformation à une simple injonction descendante ?

Quelle posture adopter pour articuler vision stratégique et attention aux réalités du terrain ?

C'est autour de ces interrogations que s'organise ce projet managérial, structuré en trois parties.

La première présente le contexte institutionnel, territorial et organisationnel dans lequel émerge cette restructuration.

La deuxième développe le cadre conceptuel mobilisé, articulé autour de la conduite du changement, de l'adhésion des acteurs et de la posture du cadre supérieur de santé.

La troisième porte sur la conception, le déploiement et le pilotage opérationnel du projet, en analysant les enjeux organisationnels, médico-économiques et managériaux liés à sa mise en œuvre

1. CONTEXTE ET ENJEUX DU PROJET

1.1. L'assistance publique des hôpitaux de Paris

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est l'un des acteurs institutionnels majeurs du système hospitalo-universitaire français. Etablissement public de santé à dimension universitaire, elle assure des soins préventifs, curatifs et palliatifs, des examens diagnostiques et participe activement à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé.
L'AP-HP regroupe 38 hôpitaux sur Paris, en petite couronne et en province, répartis en 6 groupes hospitalo-universitaires (GHU).

- **AP-HP. Centre – Université Paris Cité** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Corentin-Celton, Hôpital européen Georges-Pompidou, hôpital Vaugirard - Gabriel-Pallez, hôpital Necker-Enfants malades, hôpital Hôtel-Dieu, Hôpital Broca - La Collégiale et hôpital Cochin - Port-Royal.
- **AP-HP. Hôpitaux Universitaires Henri Mondor** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Georges-Clémenceau, hôpital Emile-Roux, hôpital Dupuytren, hôpital Henri-Mondor et hôpital Albert-Chenevier.
- **AP-HP. Nord – Université Paris Cité** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Louis-Mourier, hôpital Beaujon, hôpital Bichat - Claude-Bernard, hôpital Bretonneau, hôpital Lariboisière - Fernand-Widal, hôpital Saint-Louis, hôpital Robert-Debré et hôpital Paul-Doumer.
- **AP-HP. Université Paris-Saclay** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Sainte-Périne, hôpital Ambroise-Paré, hôpital Raymond-Poincaré, hôpital Antoine-Béclère, hôpital Bicêtre, hôpital Paul-Brousse et hôpital Maritime de Berck.
- **AP-HP. Hôpitaux Universitaires Paris Seine-Saint-Denis** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Avicenne, hôpital René-Muret et hôpital Jean-Verdier.
- **AP-HP. Sorbonne Université** réunit les hôpitaux suivants : hôpital Tenon, hôpital Saint-Antoine, hôpital Rothschild, Hôpital Armand-Trousseau, hôpital Pitié-Salpêtrière, hôpital La Roche-Guyon et hôpital Charles-Foix.

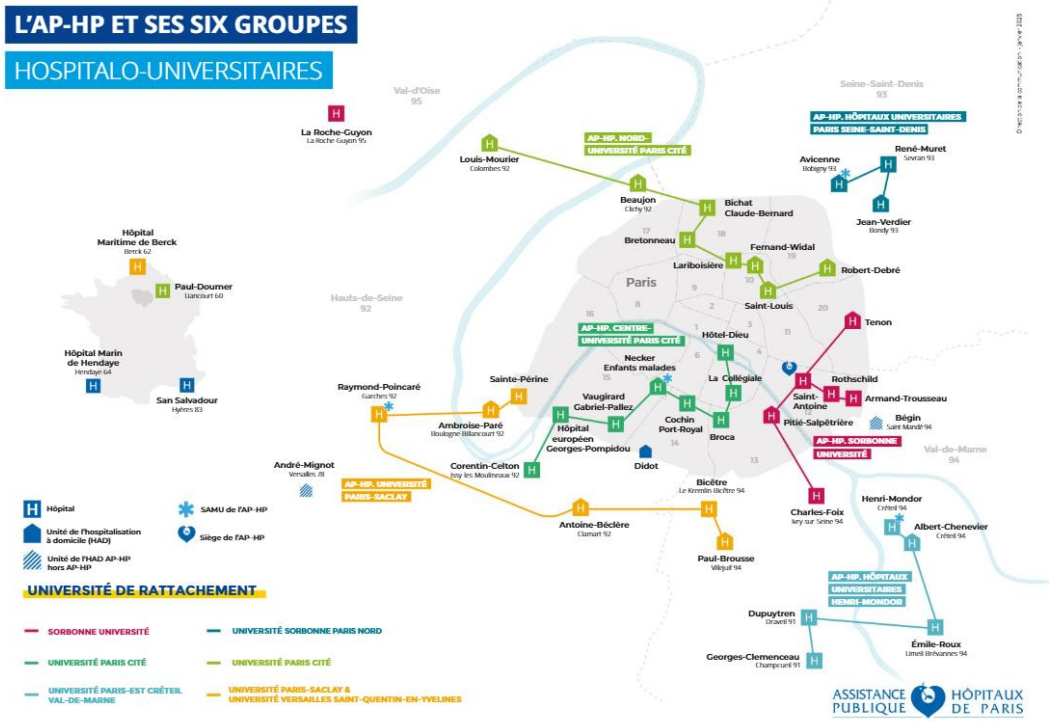


Figure 1 : Les groupes hospitalo-universitaires – AP-HP – 2026 - Source www.aphp.fr 1

1https://www.aphp.fr/nous-connaitre/lorganisation-de-lap-hp/les-groupes-hospitalo-universitaires-de-lap-hp

Au sein des six GHU, l'AP-HP est organisée en départements médico-universitaires (DMU). Les DMU sont des structures de pilotage médico-soignantes qui visent à renforcer la coordination des parcours de soins, la cohérence des organisations et l'articulation entre les activités de soins, d'enseignement et de recherche. L'ensemble représente 80 DMU et 773 services, mobilisant près de 100 000 professionnels issus de plus de 230 métiers.

1.1.1. La gouvernance et la structuration de l'AP-HP

Conformément à la redéfinition des instances de gouvernance portée par la loi de 2009 Hôpital, patients, santé et territoire[2] (HPST), la politique de santé de l'AP-HP obéit à une gouvernance structurée.

Au niveau central, la politique générale de l'AP-HP[3] est conduite par le Directeur général (DG), président du directoire. Plusieurs instances y assurent successivement la concertation, la consultation et la prise de décision. Ce sont le conseil de surveillance, la commission médicale d'établissement et le comité social d'établissement central, auxquels s'ajoutent les commissions dédiées aux soins, aux usagers et à la recherche. Au niveau local, le DG de l'AP-HP délègue aux directeurs des GHU la responsabilité des différentes structures des établissements.

Au sein des GHU, la gouvernance est portée par un directeur de groupe entouré d'une équipe de direction et d'un comité exécutif local. Cette structure assure le pilotage des orientations de l'établissement sur le territoire concerné.

Depuis 2019, en application des dispositions relatives à l'organisation interne des établissements publics de santé, définies à l'article L. 6146-1 du Code de la santé publique, l'AP-HP est structurée en DMU.
Un total de 80 DMU regroupent plusieurs services et unités fonctionnelles (UF) autour d'une logique de soins en filière, et également autour d'objectifs d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé.
Le DMU ne constitue donc pas seulement une entité administrative, il représente un niveau d'organisation et de gouvernance qui renforce la cohérence médicale et soignante autour d'un même projet.

Le règlement intérieur de l'AP-HP[4] précise les modalités de fonctionnement des DMU. Leur structure managériale consiste en un bureau exécutif avec un directeur médical et son adjoint, un cadre paramédical, un cadre administratif et un directeur référent.

En lien avec les responsables médicaux et l'encadrement paramédical des différentes UF du DMU, l'exécutif organise la répartition des ressources, le fonctionnement du département et la mise en œuvre des objectifs fixés par la direction du GHU. À ce titre, il dispose d'une délégation de gestion, voire de signature, définie dans le contrat de DMU, qui précise les objectifs, les moyens alloués et les indicateurs de suivi.

---

[2] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance

[3] Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (2023, 22 mai). *Règlement intérieur de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris – mise à jour 2018*. AP-HP Affaires juridiques

[4] Assistance publique–Hôpitaux de Paris. (2024). Règlement intérieur.

1.1.2. Pilotage médico-économique et soutien aux projets de transformation

L'AP-HP évolue aujourd'hui dans un contexte de fortes contraintes financières. Son budget 2026 a été construit sur un déficit prévisionnel de 385 millions d'euros. Cette situation traduit la tension persistante entre la hausse des besoins de santé, le coût de fonctionnement des hôpitaux et la nécessité de maintenir un niveau élevé d'investissement afin de moderniser les équipements et d'accompagner les transformations institutionnelles.

Malgré ce contexte déficitaire, lors de la validation de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) pour l'année 2026, l'AP-HP a souhaité maintenir une politique d'investissement afin de répondre à l'évolution des besoins de santé.

Les DMU ont alors la possibilité de déposer des projets de « mesure nouvelle », correspondant à des demandes de recrutements et/ou d'investissements.
Ces projets s'inscrivent dans un cadre d'instruction institutionnel et doivent répondre aux critères suivants :

- Cohérence avec les priorités institutionnelles
- Inscription dans une dynamique de coopération
- Contribution à l'évolution de l'offre de soins
- Impact sur la performance médico-économique

Les mesures nouvelles s'inscrivent ainsi dans une recherche d'équilibre entre contraintes budgétaires et capacité d'innovation, en accompagnant les évolutions organisationnelles lorsqu'elles sont argumentées et cohérentes avec les orientations stratégiques de l'institution.

Le processus d'instruction mobilise tous les niveaux de gouvernance de l'AP-HP, du service jusqu'à la direction générale. L'élaboration des projets repose sur une démarche collective qui associe les équipes médicales, paramédicales et administratives, en lien avec les directions fonctionnelles, notamment la direction des affaires financières (DAF), la direction des ressources humaines (DRH) et les directions techniques.

L'instruction repose sur une analyse des besoins en ressources humaines, en tenant compte des possibilités d'optimisation des organisations existantes et des ressources déjà disponibles au sein des services et des DMU. Elle s'appuie également sur des activités présentant un potentiel de développement et répondant aux besoins de santé identifiés sur le territoire. Cette approche garantit une utilisation efficiente des moyens dans un contexte de fortes contraintes budgétaires.

1.2. Le groupe hospitalo-universitaire AP-HP Nord - Université Paris Cité

Créé en 2019, le GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité regroupe les hôpitaux universitaires de l'AP-HP couvrant la zone nord parisienne : Beaujon, Bichat-Claude Bernard, Bretonneau, Lariboisière–Fernand Widal, Louis-Mourier, Robert-Debré et Saint-Louis. En 2025, l'hôpital Paul-Doumer a rejoint le GHU.

Ce regroupement s'inscrit dans une logique de coopération hospitalo-universitaire pour renforcer la complémentarité des activités de soins, d'enseignement et de recherche à l'échelle d'un large territoire couvrant Paris, les Hauts-de-Seine et l'Oise.

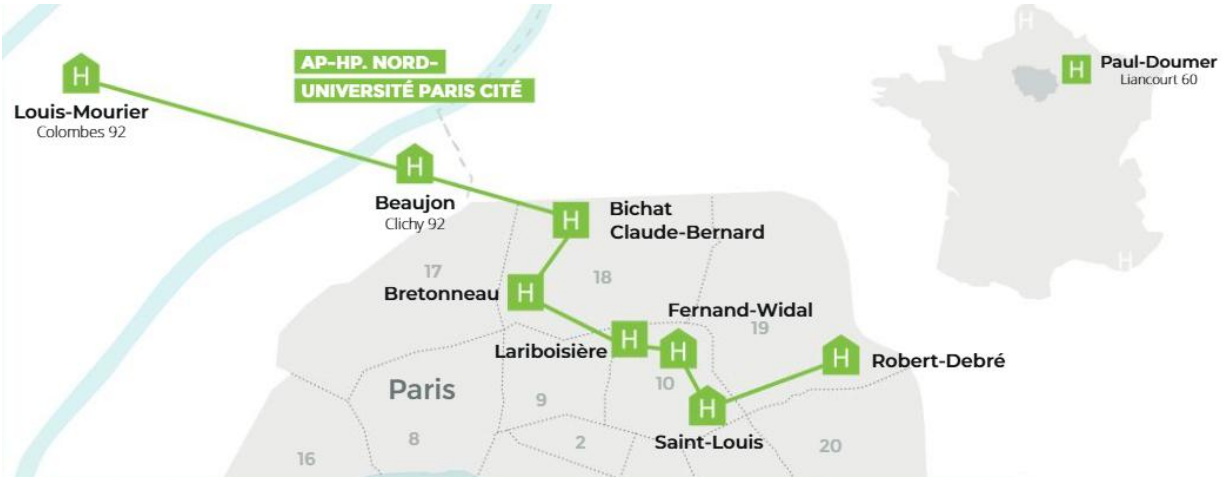


Figure 2 : Présentation du GHU AP-HP Nord. Source www.aphp.fr

Le GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité propose une offre diversifiée de soins, articulée autour de plusieurs axes médicaux majeurs, telles que les neurosciences, les maladies infectieuses, l'hématologie, la cancérologie, la pédiatrie et les spécialités médico-chirurgicales.

Son organisation repose sur 17 DMU regroupant 170 services. Cette structuration permet de développer à la fois des missions de proximité ainsi que des activités de recours et de référence à l'échelle régionale et nationale.
L'activité du GHU témoigne de son importance dans l'offre de soins francilienne.

En 2024-2025, il comptait 3 583 lits et 795 places de jour, avec plus de 1,7 million de prises en charge réalisées. L'activité comprend notamment plus de 475 000 passages aux urgences, plus de 910 000 consultations externes et plus de 340 000 séjours en médecine et chirurgie.
Le GHU dispose également d'une activité importante en psychiatrie, avec plus de 40 000 journées réalisées.

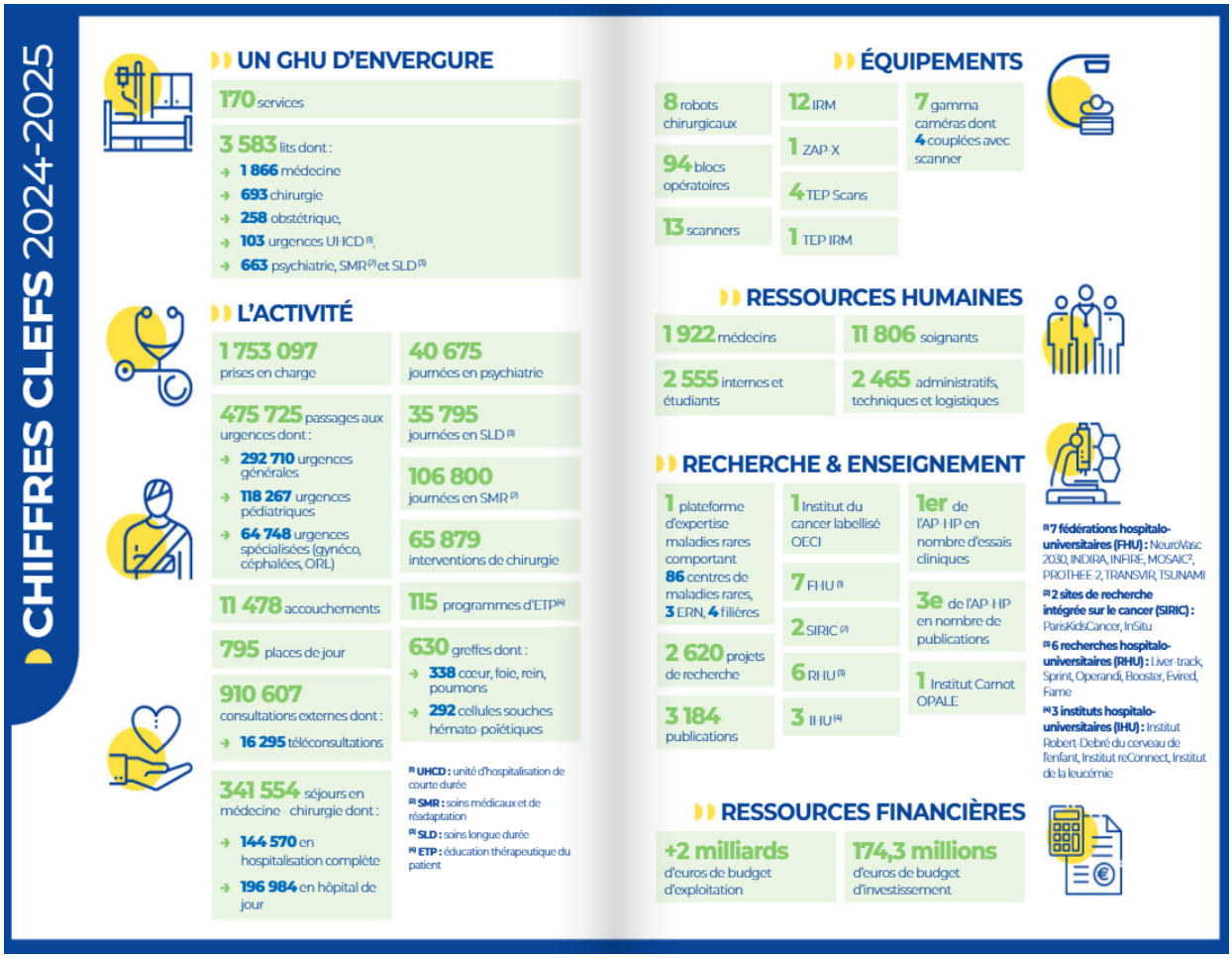


Figure 3 : Chiffres clés du GHU AP-HP Nord. Source www.aphp.fr

Le GHU AP-HP Nord compte près de 11 800 soignants, 1 922 médecins et plus de 2 500 internes et étudiants. Cette dimension universitaire, en lien étroit avec l'Université Paris Cité, constitue un axe structurant de son fonctionnement.

En effet, une activité majeure de recherche est développée au sein de l'AP-HP. Plus de 2 600 projets de recherche et plus de 3 000 publications scientifiques y ont été réalisés sur les deux dernières années.

Le projet d'établissement 2021-2025 du GHU[5] s'articule autour de quatre engagements principaux : l'engagement patient, l'engagement pour les équipes, l'engagement territorial et l'engagement en faveur du développement durable. Ces orientations traduisent la volonté institutionnelle de concilier qualité des soins, attractivité des professionnels, coopération territoriale et transformation des organisations.

Le GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité est également engagé dans plusieurs projets immobiliers majeurs, parmi lesquels la construction du nouvel hôpital Lariboisière. Dans ce cadre, le déménagement des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique est programmé pour septembre 2026

A l'horizon 2032., le Campus hospitalo-universitaire Saint-Ouen Grand Paris Nord regroupera les activités MCO des deux hôpitaux Bichat -Claude Bernard et Beaujon. Ces deux projets portent une forte dynamique de modernisation des organisations et

[5] AP-HP Nord – Université Paris Cité. (2026). *Le projet d'établissement de l'AP-HP. Nord – Université Paris Cité 2021-2025*. Consulté le 4 avril 2026, sur https://hopital-bichat.aphp.fr/projet-etablissement-2021-2025

des infrastructures hospitalières. Ils concrétisent la transformation de l'offre de soins en réponse à l'évolution des besoins de santé du territoire nord parisien.

1.2.1. Le département médico-universitaire Neurosciences

Le DMU Neurosciences est organisé autour du parcours du patient et de la complémentarité des soins, dans une logique hospitalo-universitaire cohérente. Réparti sur six sites du GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité (Lariboisière, Fernand-Widal, Bichat, Beaujon, Saint-Louis et Robert-Debré), il porte une activité à la fois de proximité, de recours et d'expertise.

Il s'inscrit dans plusieurs axes stratégiques du GHU, notamment les urgences spécialisées (neurologie, neurochirurgie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie), les neurosciences, l'addictologie, la psychiatrie et les dispositifs de crise et de recours.

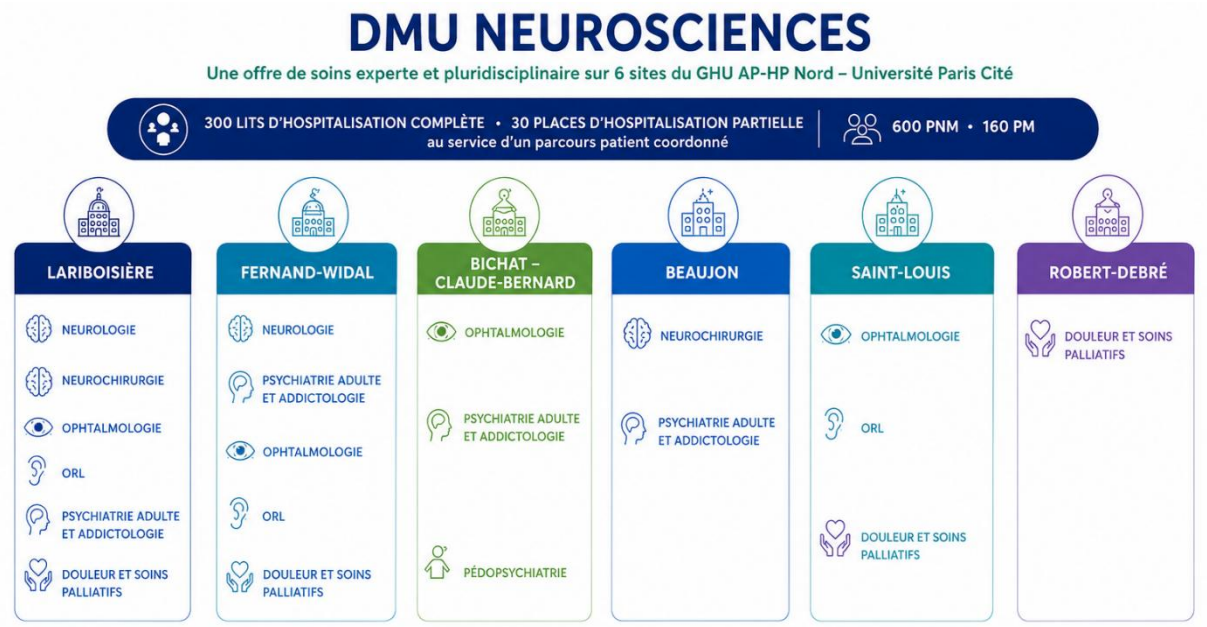


Figure 4 : Présentation du DMU Neurosciences – Infographie personnelle

Le DMU neurosciences dispose d'un capacitaire d'environ 300 lits d'hospitalisation conventionnelle (HC) et de 30 places d'hospitalisation partielle. Son fonctionnement mobilise près de 600 professionnels paramédicaux et 160 professionnels médicaux.

Au-delà de ses missions de soins, une activité importante d'enseignement et de recherche y est également développée en lien avec les orientations hospitalo-universitaires du GHU AP-HP Nord – Université Paris Cité. Cette dimension contribue au développement de pratiques spécialisées et à l'évolution des organisations de soins.

Le site hospitalier Lariboisière–Fernand-Widal occupe une place centrale dans le fonctionnement du DMU Neurosciences, en portant une part importante des activités de recours, des prises en charge spécialisées et des parcours patients complexes.

1.2.2. L'Hôpital Lariboisière Fernand Widal

Situé dans le 10e arrondissement de Paris, l'hôpital Lariboisière– Fernand-Widal constitue un établissement hospitalier de proximité, de recours et de spécialité d'un territoire dense et fortement sollicité.

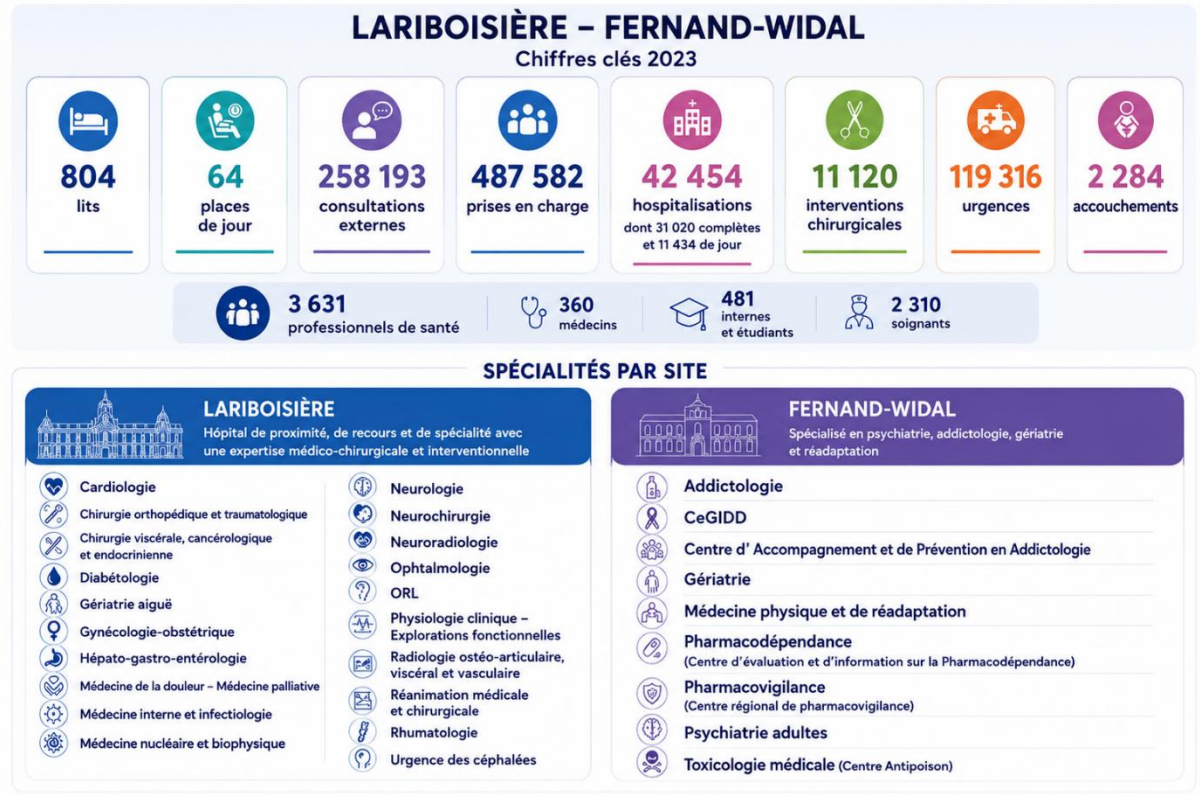


Figure 5 : Chiffres clés de l'Hôpital Lariboisière – Fernand Widal

En 2023, l'hôpital comptait 804 lits et 64 places de jour. Son activité représentait près de 488 000 prises en charge, plus de 258 000 consultations externes et plus de 119 000 passages aux urgences. L'établissement dispose également d'une maternité avec néonatologie de type 2A.
Son fonctionnement mobilise plus de 3 600 professionnels de santé, dont 360 médecins, plus de 2 300 soignants et près de 500 internes et étudiants.

Le site Lariboisière développe principalement des activités médico-chirurgicales et de recours, avec une expertise reconnue dans les neurosciences, notamment en neurologie, neuroradiologie interventionnelle, neurochirurgie, ORL et ophtalmologie. Il assure également des prises en charge en cardiologie, diabétologie, rhumatologie, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale.

Il possède une activité importante d'urgences générales et spécialisées, l'offre ambulatoire y est également très développée. Son organisation s'inscrit dans une logique de parcours patients et de prise en charge spécialisée.

Le site Fernand-Widal assure principalement des activités de psychiatrie adulte, de médecine addictologique, de gériatrie et de médecine physique et de réadaptation. Il accueille également plusieurs centres experts et activités de référence, notamment en pharmacodépendance, pharmacovigilance et toxicologie médicale avec le centre antipoison.

La prise en charge des patients en situation de vulnérabilité y occupe une place importante. Cela nécessite des accompagnements pluridisciplinaires et des parcours de soins coordonnés. Il contribue ainsi à la complémentarité de l'offre de soins du GHU, en assurant notamment la prise en charge en aval des phases aiguës portées par le site Lariboisière.

Cette complémentarité entre les sites de Lariboisière et Fernand Widal permet d'assurer des parcours de soins diversifiés, articulant activités aiguës, prises en charge spécialisées et suivi de patients présentant des pathologies chroniques ou complexes. **Le nouveau Lariboisière** est l'un des projets majeurs de l'AP-HP dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins hospitalo-universitaire du nord parisien et du Grand Paris. Il vise à renforcer la complémentarité territoriale des prises en charge et à adapter les organisations aux évolutions démographiques ainsi qu'aux besoins de santé de la population.



Figure 6 : Présentation du Nouveau Lariboisière – source www.aphp.fr

Le projet Nouveau Lariboisière repose sur une restructuration globale du site visant à répondre aux limites organisationnelles et architecturales de l'hôpital historique, dont la configuration pavillonnaire n'est plus adaptée aux exigences actuelles des prises en charge hospitalières. Il prévoit la création d'un hôpital moderne, innovant et davantage centré sur les parcours patients.

Les unités d'hospitalisation, les soins critiques, les urgences, les plateaux techniques et la maternité, aujourd'hui dispersés sur le site seront regroupés au sein d'un même bâtiment.

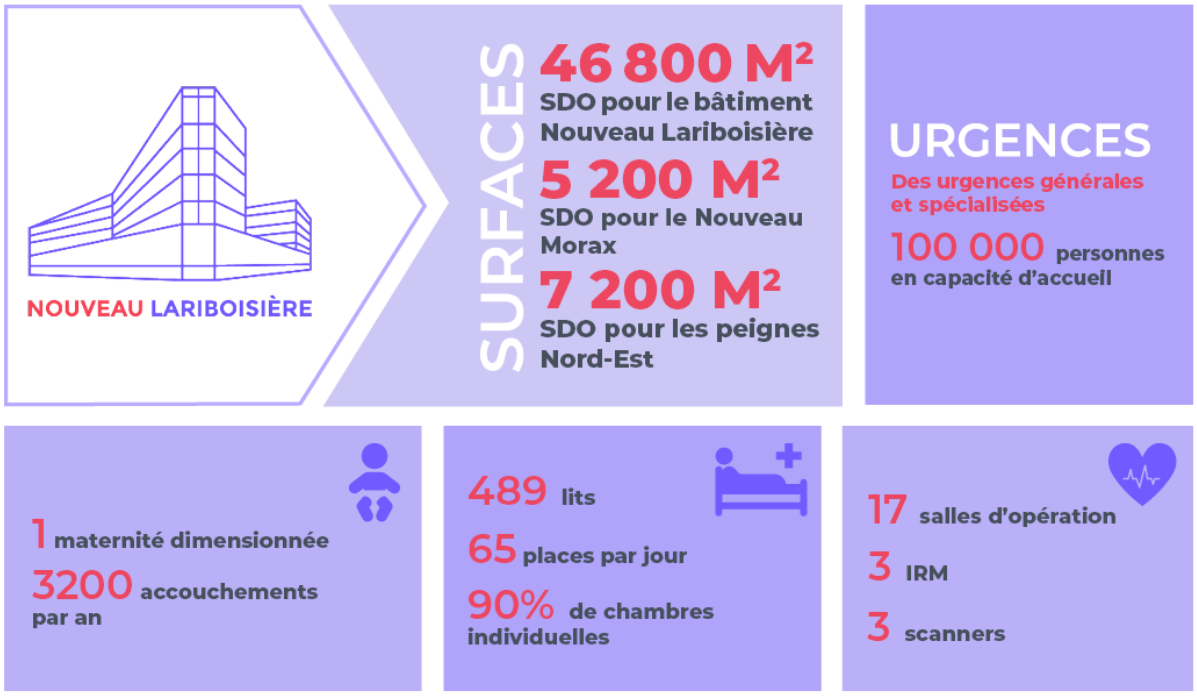


Figure 7 : Chiffres clés du Nouveau Lariboisière – source www.aphp.fr

Cette réorganisation va améliorer la fluidité des prises en charge, renforcer la coordination des soins et optimiser les conditions de travail des professionnels. Une attention particulière sera apportée au développement de l'ambulatoire.

Dans une deuxième phase, en 2032, la modernisation d'un bâtiment annexe permettra d'accueillir une partie des activités de psychiatrie, d'addictologie actuellement situées sur le site Fernand-Widal.
Cette évolution s'inscrit dans une logique de rapprochement des activités et de développement d'un modèle hospitalier davantage centré sur les parcours, l'ambulatoire et la coordination des soins.

1.3. L'offre de soins de psychiatrie adulte à l'AP-HP

L'AP-HP dispose d'une offre de soins en psychiatrie diversifiée et spécialisée, couvrant l'ensemble des âges de la vie et des problématiques de santé mentale. Elle regroupe des activités de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie, de psychiatrie périnatale, de psychiatrie du sujet âgé, d'addictologie et de psychiatrie d'urgence. Cette organisation s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonnés et de coopération étroitement avec les spécialités somatiques.

L'activité de psychiatrie adulte s'appuie sur des unités d'HC, d'hôpital de jour (HDJ), des consultations spécialisées, des équipes mobiles ainsi que sur plusieurs centres experts (CE) labellisés. Cette organisation permet d'assurer des prises en charge allant du suivi ambulatoire aux situations complexes nécessitant une expertise dédiée ou spécifique.

L'AP-HP développe notamment des activités reconnues autour des troubles bipolaires, de la schizophrénie, des troubles du neurodéveloppement adulte, du psycho traumatisme ou encore des addictions.



Figure 8 : Chiffres clés de la psychiatrie à l'AP-HP– Source www.aphp.fr

La psychiatrie d'urgence constitue également un axe structurant de l'organisation de l'AP-HP. En effet, face à l'augmentation des besoins en santé mentale et aux tensions croissantes sur les services d'accueil des urgences, plusieurs dispositifs spécialisés ont été développés afin d'améliorer l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des situations aiguës.

Le SAMU Psy, la cellule d'urgence médico-psychologique, le centre régional du psycho traumatisme ainsi que la plateforme nationale 3114 participent à une organisation graduée des parcours psychiatriques d'urgence.
Les services d'accueil des urgences (SAU) occupent ainsi une place centrale dans l'accès aux soins psychiatriques, avec le développement d'espaces dédiés et d'équipes pluridisciplinaires spécialisées.

Une offre importante en psychiatrie périnatale est également développée pour répondre à des enjeux majeurs de prévention précoce et de soutien des liens parents-enfant. Cette activité repose sur une approche pluridisciplinaire associant psychiatrie, obstétrique, néonatologie et pédopsychiatrie.
Elle s'appuie sur des consultations spécialisées, des équipes mobiles, des soins conjoints mère-enfant ainsi que sur une coordination renforcée avec les acteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux.

La cartographie ci-dessous présente l'organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie de l'AP-HP. Elle présente la répartition des activités de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie, des urgences psychiatriques ainsi que des secteurs adultes et infanto-juvéniles dans les différents sites hospitaliers.

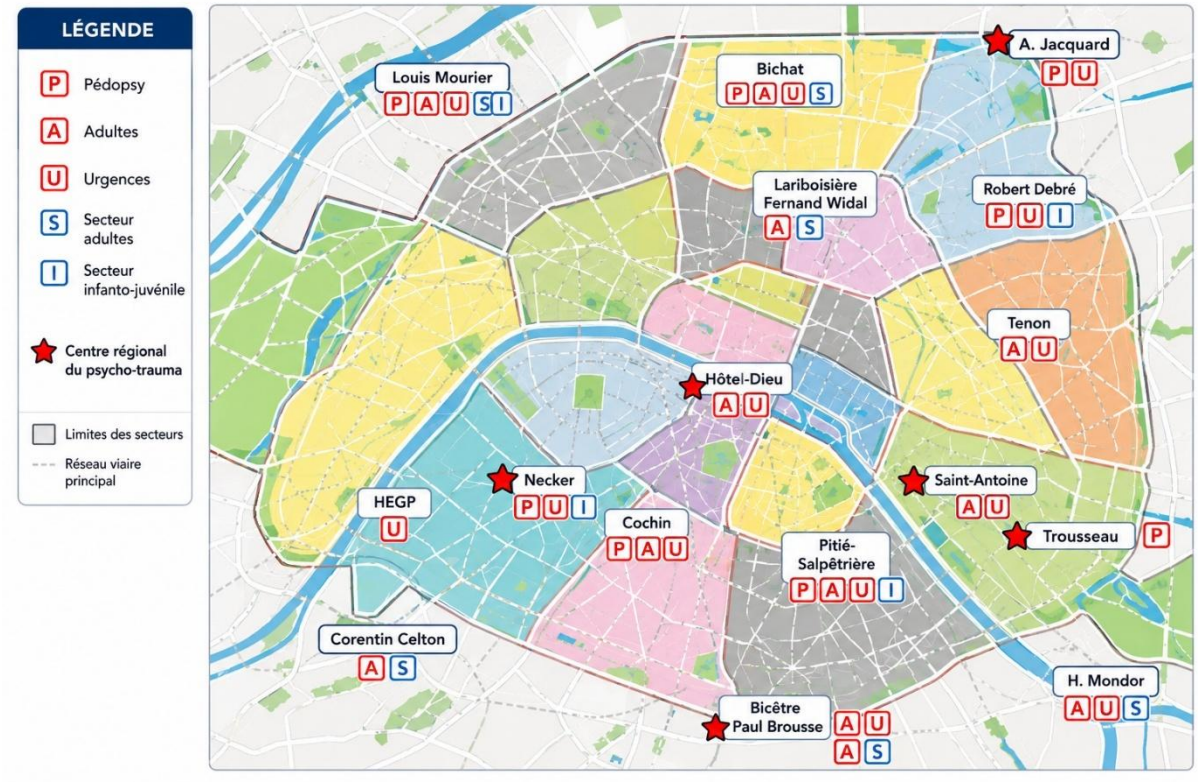


Figure 9 : Organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie de l'AP-HP– Source www.aphp.fr

L'AP-HP développe également une activité importante de recherche, d'enseignement et d'innovation en santé mentale, en lien avec les universités franciliennes et plusieurs instituts hospitalo-universitaires. Cette dynamique contribue

au développement d'expertises, à l'évolution des pratiques professionnelles et à l'attractivité des équipes médicales et soignantes.

Toutefois, malgré le déploiement de dispositifs innovants, les tensions en ressources humaines ainsi que l'augmentation des besoins en santé mentale et les difficultés d'accès aux soins demeurent des enjeux majeurs pour les unités psychiatriques hospitalières.

Dans ce contexte, les établissements de santé doivent repenser leurs organisations, leurs parcours de soins et leurs modalités de coopération afin d'adapter au mieux l'offre de psychiatrie aux évolutions des besoins de santé et aux transformations hospitalières en cours.

1.4. Organisation de l'offre psychiatrique du GHU AP-HP Nord

Le GHU AP-HP Nord propose une offre de soins complémentaires couvrant l'ensemble de la psychiatrie hospitalière et universitaire. Elle compte plusieurs domaines d'activité : la psychiatrie de l'adulte, la pédopsychiatrie, les troubles du neurodéveloppement, la psychiatrie du sujet âgé, la périnatalité, le sommeil, l'addictologie et la psychiatrie de liaison. Des activités de psychiatrie d'urgence et de prise en charge des situations de crise y sont également développés.
Fidèle à sa vocation hospitalo-universitaire, le GHU AP-HP Nord associe soins, recherche et enseignement.

Les équipes médicales et paramédicales interviennent sur plusieurs sites pour accompagner des publics aux besoins variés. Cela concerne les enfants, les adolescents, les adultes et les personnes âgées. Cette approche globale permet aussi de répondre aux comorbidités médicales générales (10 à 20 ans d'espérance de vie en moins, 60% des patients avec trouble psychiatrique décèdent de maladies cardiovasculaires).
Les prises en charge s'appuient sur plusieurs domaines d'expertise reconnus tels que les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, les troubles du neurodéveloppement, la pharmacologie psychiatrique ou encore les addictions complexes.

Enfin, la psychiatrie du GHU AP-HP Nord s'intègre dans une approche multidisciplinaire et transversale, en lien étroit avec les autres spécialités médicales. Elle assure une prise en charge globale des patients et permet de répondre aux situations complexes fréquemment rencontrées en santé mentale.

Cette organisation s'appuie sur des équipes mobiles favorisant l'évaluation, l'orientation et la continuité des prises en charge au plus près des besoins des patients. Elle permet ainsi de mieux prendre en compte les comorbidités somatiques associées aux troubles psychiatriques, notamment les pathologies cardiovasculaires responsables d'une surmortalité importante.

Sur le plan capacitaire, le GHU AP-HP Nord affichait début 2026 un taux d'ouverture de 91 % de ses lits en psychiatrie, incluant les unités d'addictologie et le Centre de recours des urgences psychiatriques (CRUP) du CHU Bichat-Claude Bernard.
L'ouverture de 14 lits supplémentaires à Lariboisière - Fernand Widal en septembre 2025 a renforcé les capacités d'accueil et d'accompagner la progression de l'activité. Ainsi, l'activité d'hospitalisation complète en psychiatrie a augmenté à fin novembre 2025 par rapport à 2024, notamment grâce à ces ouvertures de lits.
Seul le site de Louis Mourier conserve encore des lits fermés, au nombre de 18. L'activité d'hospitalisation partielle demeure, quant à elle, globalement stable.

			nov-24				nov-25			
Champs	Etabl	Service	Lits exploitables	Lits ouverts	Lits fermés (tous motifs)	% de lits fermés	Lits exploitables	Lits ouverts	Lits fermés (tous motifs)	% de lits fermés
PSY	BCH	42 - DEPT PSY ADDI	12	12	0	0,0%	12	12	0	0%
	LRB FW	56 - PSY MED ADDICTO	35	19	16	45,7%	33	33	0	0%
	LMR	01 - PSYCHIATRIE	73	56	17	23,3%	73	55	18	25%
	RDB	20 - PEDOPSYCHIATRIE	24	24	0	0,0%	24	24	0	0%
Total PSY			144	111	33	22,9%	142	124	18	13%
MCO	BCH	42 - DEPT PSY ADDI	14	14	0	1,4%	14	14	0	0%
	LRB FW	56 - PSY MED ADDICTO	40	40	0	0,0%	40	40	0	0%
Total MCO			54	54	0	0,4%	54	54	0	0%
Total Psychiatrie GHU			**198**	**165**	**33**	**16,8%**	**196**	**178**	**18**	**9%**

Figure 10 : Tableau d'activité des secteurs de psychiatrie du GHU AP-HP Nord – Source : Copil psychiatrie mai 2026

Malgré ces renforcements, le contexte du GHU AP-HP Nord demeure marqué par une pression importante sur les prises en charge en santé mentale, surtout au niveau des urgences psychiatriques. La hausse observée des passages sur plusieurs sites, notamment à Bichat et à Lariboisière, s'accompagne de difficultés d'aval.

Pour ne donner qu'un exemple, sur le SAU de Lariboisière - Fernand Widal, des patients en attente de transfert en soins psychiatriques qui nécessiteraient des soins sous contrainte sont présents quotidiennement au SAU.

Ces situations soulignent les limites des organisations actuelles dans la gestion des parcours post-urgences. Le développement de solutions intermédiaires est nécessaire pour accueillir les patients dans des conditions adaptées à leur état clinique. Cela permettrait également de limiter les hospitalisations complètes prolongées.
Ces dynamiques d'évolutions illustrent bien l'ambition du GHU AP-HP Nord d'adapter progressivement l'offre de soins face à l'augmentation des besoins en santé mentale.

1.4.1. Le département universitaire de psychiatrie et médecine addictologique de l'hôpital Lariboisière – Fernand Widal

Le département universitaire de psychiatrie et médecine addictologique (DUPMA) de l'hôpital Lariboisière – Fernand Widal appartient au GHU AP-HP Nord. Son cadre fonctionnel s'inscrit au sein du DMU Neurosciences.

L'offre de soins du DUPMA repose sur une logique de parcours, incluant HC, dispositifs ambulatoires, centres experts et urgences psychiatriques. Cette articulation entre psychiatrie, addictologie et médecine somatique participe au développement de parcours de soins globaux et coordonnés. Elle permet la prise en charge de situations cliniques complexes à l'interface entre troubles psychiatriques sévères, comorbidités somatiques et conduites addictives.

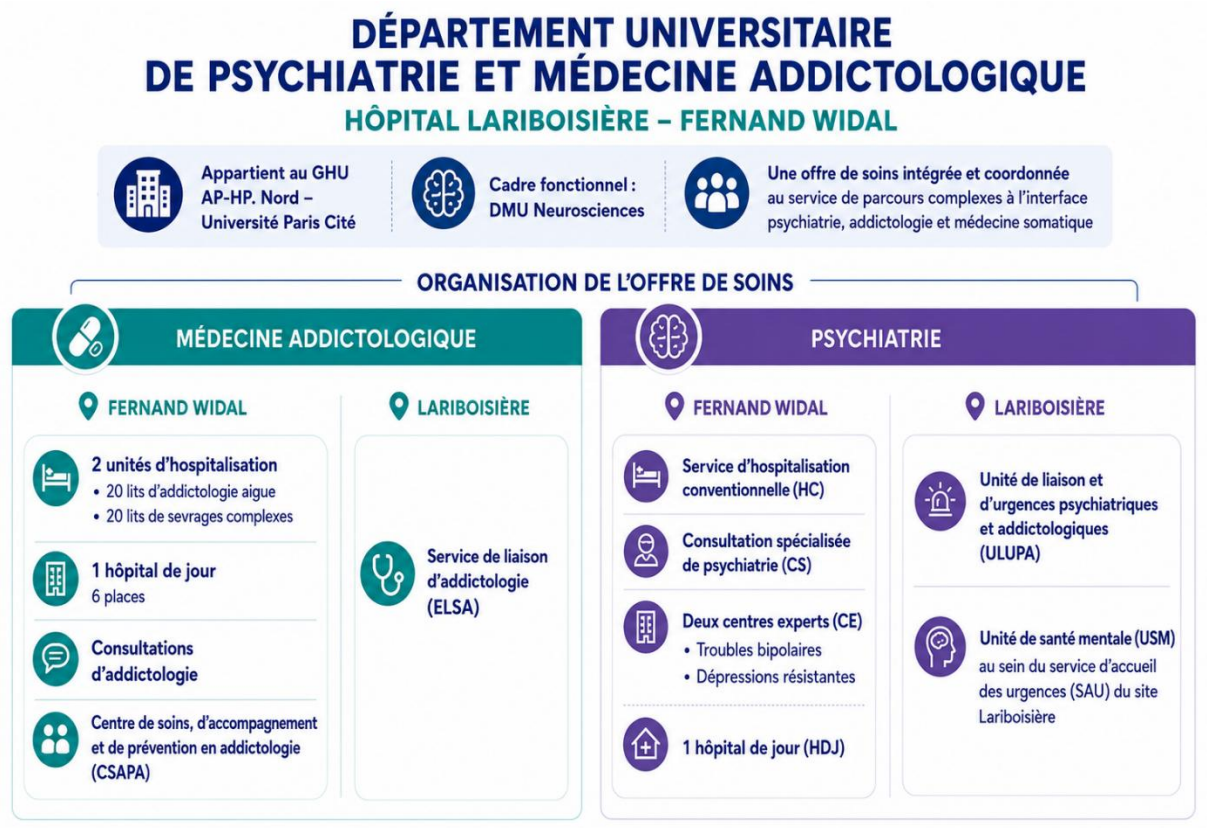


Figure 11 : Présentation des unités de soins du DUPMA

Les activités de soins de médecine addictologique du DUPMA s'organisent autour de deux unités d'hospitalisation. Ces unités comprennent 20 lits d'addictologie aiguë et 20 lits dédiés aux sevrages complexes. Cette offre est complétée par des dispositifs ambulatoires associant un HDJ, des consultations spécialisées ainsi qu'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les activités de psychiatrie du DUPMA s'organisent en plusieurs unités de soins. Une unité d'HC de psychiatrie, dont l'organisation est détaillée dans le paragraphe 1.2.4. Les autres unités de soins sont :

- **Une unité de consultations externes**

Les consultations externes de psychiatrie du DUPMA sont spécialisées dans les troubles bipolaires, les troubles complexes et résistants, les troubles anxieux, les consultations post-urgences et des bilans d'orientation en psychothérapie.

- **Deux centres experts Troubles bipolaires - Dépressions résistantes et son HDJ**

Les deux centres experts (CE) du DUPMA font partie du réseau national de soins de la Fondation *FondaMental*. Adressés par leur psychiatre libéral, les patients bénéficient d'un bilan multidisciplinaire comprenant une évaluation clinique, neuropsychologique et thérapeutique, ainsi que de consultations spécialisées.

Ces prises en charge ont pour objectifs de confirmer le diagnostic, d'informer le patient sur sa pathologie et ses traitements, et de l'orienter vers des groupes thérapeutiques spécialisés ou des programmes d'éducation thérapeutique.

Les évaluations diagnostiques multidisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont réalisés au sein de l'hôpital de jour de psychiatrie du DUPMA. Celui-ci dispose de 4 places et propose 6 programmes d'ETP

- **Une unité de liaison et d'urgences psychiatriques et addictologie (ULUPA)**

Située sur le site Lariboisière, l'ULUPA a pour mission d'évaluer, de prendre en charge et d'orienter les patients hospitalisés en MCO présentant des troubles psychiatriques associés à des pathologies somatiques.
Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient en soutien des équipes de soins des secteurs de MCO, afin d'améliorer la qualité et la continuité des prises en charge. Après une évaluation diagnostique adaptée et la mise en place des premières prises en charge thérapeutiques, l'ULUPA coordonne l'orientation des patients vers les filières de soins spécialisées, en lien avec les acteurs du territoire.

- **Une unité d'urgence en santé mentale (USM)**

L'activité d'urgences psychiatriques est assurée 24h/24 au sein du SAU de Lariboisière. Cela permet d'apporter une réponse dédiée et continue aux situations de crise. L'USM coopère étroitement avec l'activité de médecine d'urgence pour garantir une évaluation rapide, une prise en charge adaptée et une orientation pertinente des patients présentant une symptomatologie psychiatrique.

Les contraintes liées à la configuration bi-sites des secteurs du DUPMA
La configuration bi-sites du groupement hospitalier génère des contraintes organisationnelles spécifiques et concrètes pour la prise en charge des patients hospitalisés sur le site Fernand Widal.



Figure 12 : Présentation des unités de soins de psychiatrie du DUPMA

Loin d'être conjoncturelles, ces contraintes s'inscrivent dans la durée et constituent un contexte déterminant pour le projet managérial présent.

En effet, la réalisation d'examens somatiques, qu'il s'agisse d'imagerie, de bilans biologiques spécialisés ou de consultations spécialisées, nécessite le transfert des patients vers le plateau technique du site Lariboisière.

Ces transferts concernent notamment les patients présentant des intrications somatiques et psychiatriques. Ils requièrent une coordination logistique et soignante rigoureuse, mobilisant à la fois les équipes des deux sites et les moyens de transport adaptés à l'état clinique et au statut juridique des patients.

On retrouve cette même contrainte dans l'activité d'électroconvulsivothérapie (ECT), dont le plateau technique se trouve dans la salle de réveil du site Lariboisière. En conséquence, chaque séance implique le transfert aller-retour du patient entre les deux sites, avec les exigences que cela suppose en termes de surveillance clinique pré- et post-intervention, de sécurisation du transport et de coordination interprofessionnelle.

La répartition géographique des activités entre les deux sites soulève par ailleurs une problématique centrale quant à la permanence des soins médicaux. La seule garde de psychiatrie est assurée sur le site Lariboisière, au sein de l'USM implantée dans le SAU.

De ce fait, les patients hospitalisés à Fernand Widal ne bénéficient pas de la présence sur place d'un psychiatre la nuit, les week-ends et les jours fériés. Cette organisation nécessite donc une coordination étroite entre les deux sites afin d'assurer la continuité et la sécurité des prises en charge.

1.4.2. Le service d'hospitalisation conventionnelle de psychiatrie du site Fernand Widal

Afin de mieux comprendre l'organisation du service d'HC de psychiatrie, il est nécessaire de la replacer dans le cadre de la sectorisation psychiatrique. Pour rappel, c'est le principe fondateur de l'offre de soins en santé mentale en France.

Portée dès 1945 par les psychiatres et le ministère de la Santé, la doctrine de la sectorisation repose sur une vision humaniste du soin visant à rapprocher la prise en charge psychiatrique des patients de leurs lieux de vie.

Comme le souligne Delion[6] (2025, p. 38), il s'agissait d'une rupture conceptuelle majeure : les soignants devaient désormais se rendre disponibles au plus près des patients et organiser les dispositifs de soins sur leur secteur géo-démographique, plutôt que de diriger systématiquement ces derniers vers l'hôpital psychiatrique.

Ce principe est institué par la circulaire du 15 mars 1960, puis consolidé par la loi n°85-772 du 25 juillet 1985[7], qui donne un statut juridique au secteur psychiatrique dans sa double dimension intra- et extrahospitalière.

Enfin, la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985[8] concernant la sectorisation psychiatrique intègre les secteurs dans la carte sanitaire générale. Chaque secteur couvre en moyenne un bassin de population de 70 000 à 80 000 habitants et assure la continuité du parcours de soins, de la prévention à la réinsertion.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le service d'HC de psychiatrie du site Fernand Widal, qui fonctionne selon une modalité hors sectorisation, en hospitalisation libre.

Les pathologies traitées sont les troubles de l'humeur bipolaires, les dépressions résistantes, les intrications somatiques et psychiatriques, les poly dépendances aux substances psychoactives. Le service assure une activité d'évaluation des troubles complexes, avec la réalisation de bilans diagnostiques et thérapeutiques multidisciplinaires.

Les 33 lits du service sont répartis sur trois unités distinctes :

- L'unité CHIRAY avec 14 lits
- L'unité MONOD avec 13 lits
- L'unité Antonin CLERC de psychiatrie intensive (HPI) avec 6 lits. Cette unité est réservée aux patients présentant les tableaux cliniques les plus sévères ou nécessitant une surveillance paramédicale renforcée.

[6] Artières, P. Bourdillon, F. Collet, L. Compagnon, C. Delion, P. Falissard, B. Lansiaux, A. Lenoble, E. Le bail, M. Prigent, A. (2025). Les Tribunes de la santé, la politique de santé mentale. (83). SEVE

[7] France. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 177 du 26 juillet 1985, p. 8471. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000317523

[8] France. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, JORF n° (31 déc. 1985), texte n° JORFTEXT000000878232. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232/

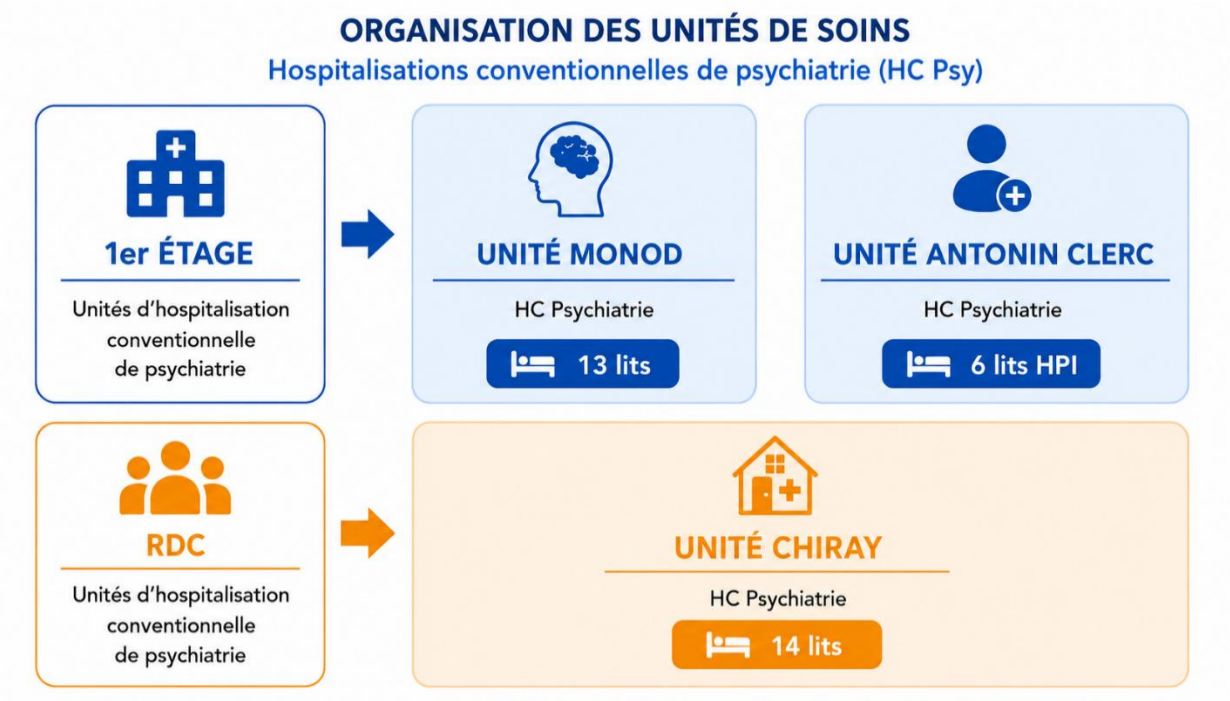


Figure 13 : Unités d'hospitalisations conventionnelles de psychiatrie – Site Fernand Widal

Les unités de l'HC accueillent des patients présentant des troubles psychiatriques en phase aiguë. Les admissions proviennent principalement du SAU, des autres services du GHU et du DUPMA, mais également de psychiatres et médecins libéraux ainsi que des secteurs de psychiatrie du territoire.

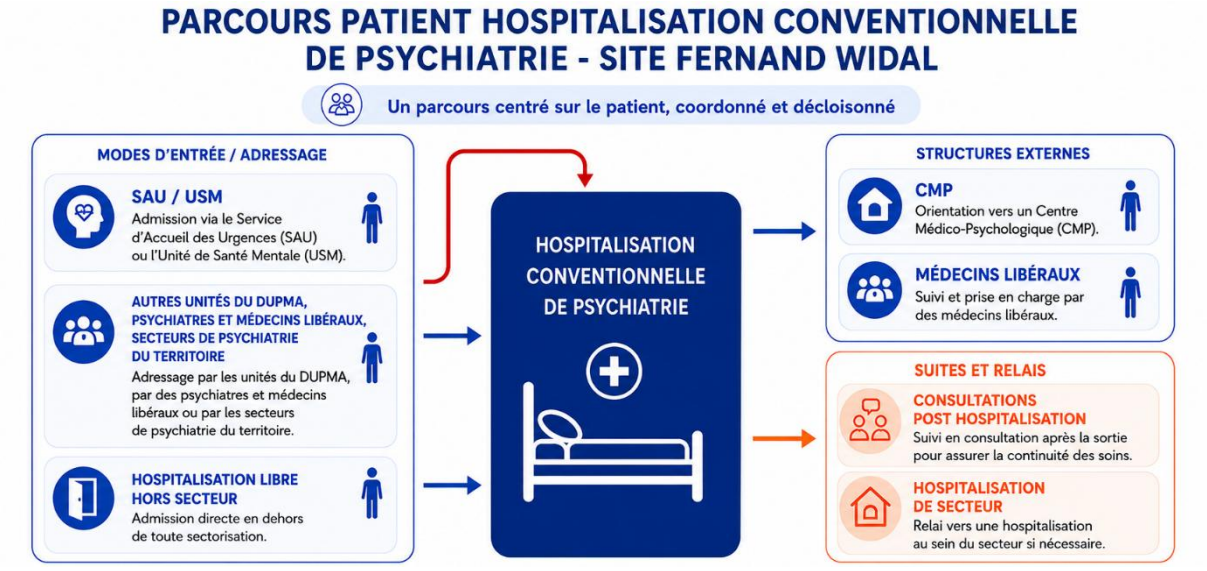


Figure 14 : Parcours patient – unités de psychiatrie – Site Fernand Widal

Les admissions proviennent de filières diversifiées, traduisant une articulation étroite avec les structures hospitalières, les urgences et les dispositifs ambulatoires. Les patients admis depuis l'USM représentent 23 % des hospitalisations, confirmant les liens étroits entre les urgences psychiatriques et l'HC dans un contexte de tensions croissantes sur les capacités d'aval.

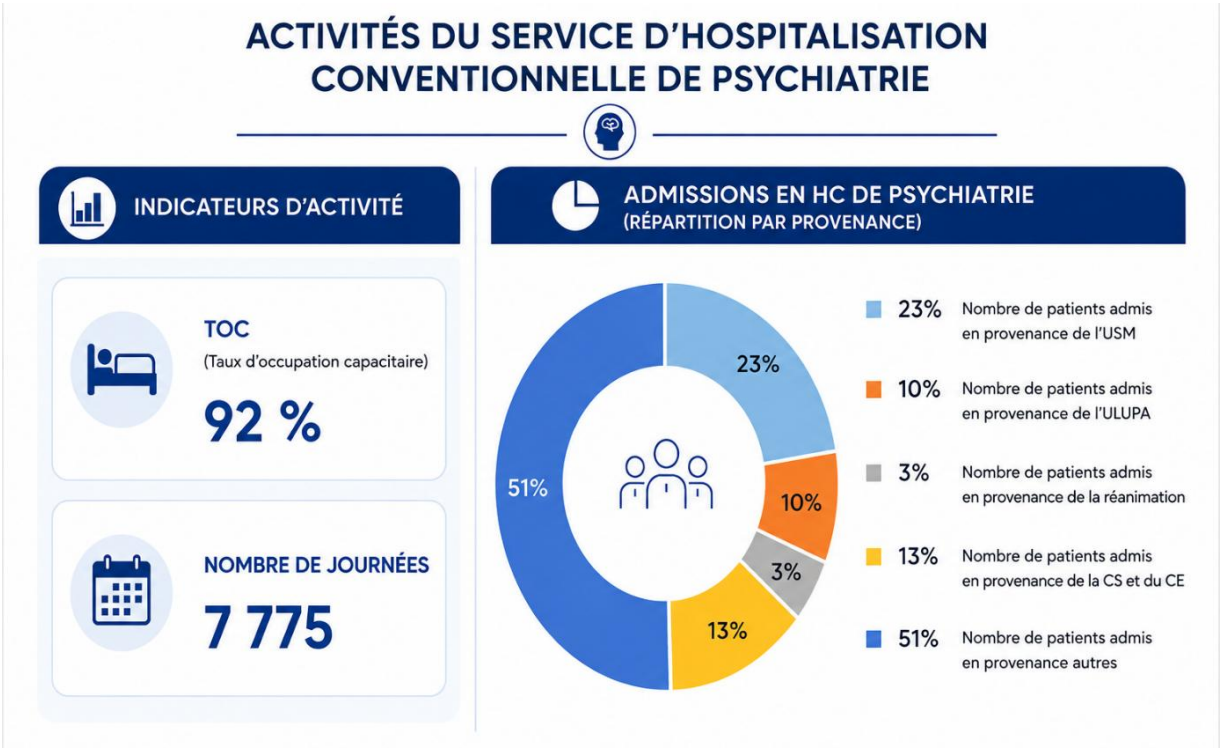


Figure 15 : Activités du secteur d'hospitalisation conventionnel du site Fernand Widal

Par ailleurs, 10 % des admissions proviennent de l'ULUPA, 13 % des consultations spécialisées et du centre expert, tandis que 3 % des patients sont adressés depuis les services de réanimation. Enfin, plus de la moitié des admissions (51 %) proviennent d'autres structures ou partenaires du territoire, illustrant le rôle de recours du service au sein du nord parisien et son inscription dans des parcours de soins territoriaux complexes.

Ces données traduisent la diversité des profils cliniques accueillis, avec une proportion importante de patients présentant des situations de crise, des comorbidités psychiatriques et addictologiques ou des parcours de soins fragmentés nécessitant une coordination étroite entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Elles soulignent également les enjeux actuels autour de la fluidification des parcours, du développement de l'ambulatoire et de la structuration de solutions d'aval adaptées afin de limiter certaines hospitalisations prolongées et de mieux répondre aux besoins du territoire.

Avec une modalité d'hospitalisation libre et hors sectorisation, le service entretient néanmoins une articulation étroite avec les secteurs psychiatriques parisiens, notamment au sein de l'USM de Lariboisière et de l'HC de Fernand Widal. Situé sur le secteur 75G07, le service organise l'orientation des patients vers les secteurs psychiatriques en fonction de leur lieu de domicile, conformément au principe de sectorisation. Cette orientation est particulièrement importante lorsqu'un suivi sectoriel ou des soins sans consentement doivent être poursuivis.

La cartographie ci-dessous présente l'organisation actuelle des secteurs de psychiatrie adulte sur Paris intra-muros et leur rattachement hospitalier.

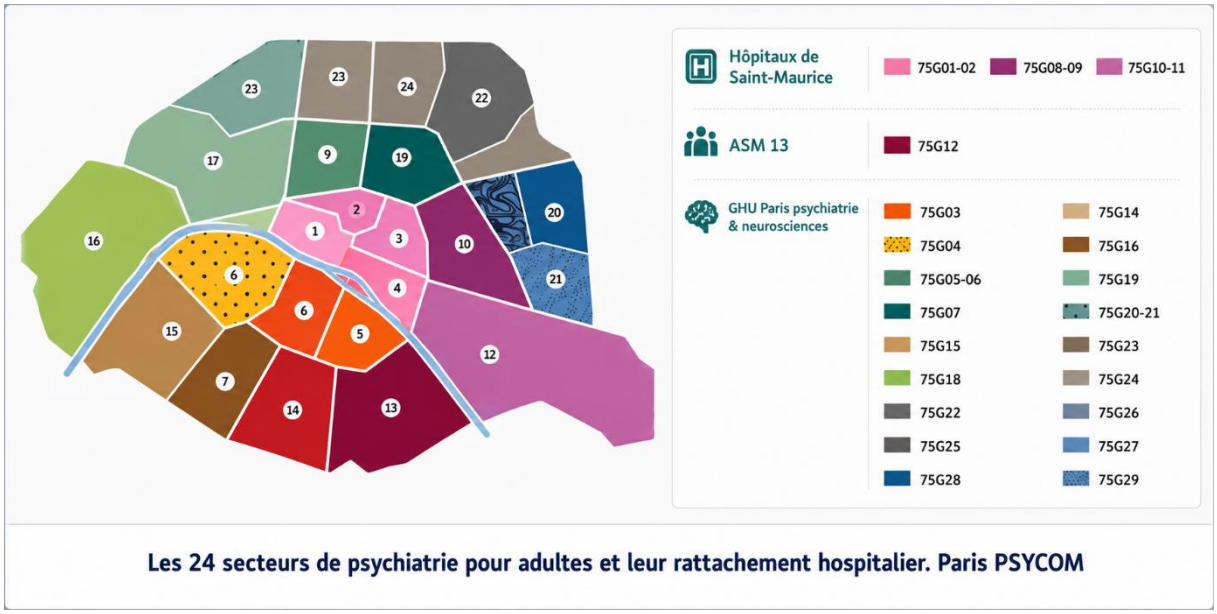


Figure 16 : Les 24 secteurs de psychiatrie pour adultes et leur rattachement hospitalier – Source www.psycom.org

L'activité du service d'HC de psychiatrie apparaît particulièrement soutenue, avec un taux d'occupation capacitaire (TOC) de 92 % et 7 775 journées d'hospitalisation réalisées sur la période analysée. Ces données traduisent une forte mobilisation des capacités d'accueil dans un contexte territorial marqué par une augmentation continue des besoins en santé mentale, des tensions importantes sur l'offre de soins psychiatriques et une progression des recours aux urgences psychiatriques.
Au 1er janvier 2026, le capacitaire de psychiatrie ouvert sur le site Fernand Widal atteignait 100 %, avec la réouverture en septembre 2025 de l'unité CHIRAY, seconde unité d'hospitalisation complète fermée depuis 2022.
Cette réouverture a été rendue possible grâce à une politique RH d'attractivité et de fidélisation dynamique, associant notamment le recrutement de dix infirmiers, la mise en place d'un schéma horaire en 12 heures, le développement de terrains de stage attractifs et la stabilisation complète de l'équipe d'encadrement du DUPMA.

1.5. Contexte territorial, organisationnel et émergence du projet

1.5.1. Contexte territorial du GH AP-HP Nord et évolution des besoins en santé mentale

Le projet s'inscrit dans un territoire marqué par de fortes vulnérabilités sociales et une augmentation importante des besoins en santé mentale. Le nord parisien présente des caractéristiques sociales et sanitaires particulièrement marquées, associant précarité, ruptures sociales et fortes inégalités d'accès aux soins. Ces facteurs ont un impact direct sur les besoins en santé mentale observés sur le territoire.

Cette évolution s'inscrit dans une tendance nationale objectivée par les données de la DREES[9]. En 2022, 9,6 % de la population présentait un syndrome dépressif, avec des taux particulièrement élevés chez les jeunes femmes de moins de 25 ans, dont 17 % présentaient un syndrome dépressif. Par ailleurs, 7 % des jeunes adultes déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, proportion atteignant 8,7 % chez les jeunes femmes.

Dans ce contexte, les structures de psychiatrie du GHU AP-HP Nord observent depuis plusieurs années une progression continue des demandes de soins, notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho traumatismes, les troubles du comportement et les situations de crise suicidaire. Les jeunes de 12 à 25 ans constituent une population particulièrement concernée, avec une augmentation importante des situations de détresse psychologique et des ruptures de parcours entre pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et secteur médico-social. Depuis 2020, les centres médico-psychologiques (CMP) des 18e, 19e et 20e arrondissements enregistrent une augmentation importante de leur activité, avec une progression estimée entre 25 et 35 % des consultations pour troubles anxio-dépressifs, psychotraumatismes et addictions.

Les problématiques addictologiques occupent également une place croissante dans les prises en charge du territoire. Les consommations de cocaïne, crack, psychostimulants, cannabis et alcool connaissent une progression importante dans plusieurs secteurs du nord parisien. Ces conduites addictives sont fréquemment associées à des comorbidités psychiatriques, nécessitant des prises en charge complexes associant psychiatrie, addictologie et accompagnement médico-social.

Parallèlement, l'offre de soins du territoire reste sous-dotée en professionnels de psychiatrie, avec des délais d'accès aux consultations spécialisées particulièrement élevés, contribuant à retarder certaines prises en charge et à favoriser le recours aux urgences psychiatriques, dans un contexte d'augmentation globale des passages aux urgences, avec 76 183 passages enregistrés en 2025, soit une hausse de 5 % par rapport à 2024 (Tableau ci-dessous).

[9] Hazo, J.-B. (2025, juin). Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies (Études et Résultats no 1340). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-06/ER1340-Epicov_MEL2%20(1).pdf

PSY ADU

HOP	URG PSY (M11-2024)	URG PSY (M11-2025)	% évolution / 2024 (M11)	total passages M11 2025	part URG PSY (M11 2025)
ABC	2634	2567	-3%	28632	9,0%
APR	2322	2772	19%	36952	7,5%
AVC	2852	2901	2%	38991	7,4%
BCH	3599	4099	14%	73347	5,6%
BCT	3599	3665	2%	58494	6,3%
BJN	1500	1486	-1%	31431	4,7%
CCH	2833	3030	7%	52537	5,8%
EGP	2073	2228	7%	47279	4,7%
HMN	4130	4687	13%	55460	8,5%
HTD	1439	1650	15%	22131	7,5%
JVR	856	858	0%	29972	2,9%
LMR	2058	2086	1%	38979	5,4%
LRB	4676	5006	7%	70001	7,2%
PSL	3431	3804	11%	67697	5,6%
SAT	4120	4170	1%	57111	7,3%
SLS	719	780	8%	37096	2,1%
TNN	2770	3023	9%	43933	6,9%
Total	**45611**	**48812**	**7%**	**790043**	**6,2%**

Figure 17 : Pourcentage de patients présents au sein des SAU de l'APHP pour troubles psychiatriques

Les projections à l'horizon 2036 mettent en évidence une poursuite de l'augmentation des besoins en santé mentale, particulièrement chez les jeunes adultes et les populations en situation de précarité.
Dans ce contexte, les orientations nationales[10] encouragent le développement de prises en charge ambulatoires, le renforcement des dispositifs de crise et une meilleure coordination des parcours de soins à l'échelle territoriale.

1.5.2. Enjeux organisationnels et émergence du projet de restructuration psychiatrique

Dans ce contexte territorial, le site Lariboisière Fernand Widal fait face à des tensions croissantes sur ses capacités d'accueil en psychiatrie, particulièrement au niveau des urgences et de l'hospitalisation complète. L'analyse de l'activité réalisée en 2025 met en évidence des difficultés persistantes dans la gestion des flux post-urgences, avec des délais d'attente prolongés au sein de l'USM et des tensions régulières sur les capacités d'hospitalisation.
L'USM est actuellement concernée par l'impact majeur de l'évolution des flux de patients psychiatriques entrant par les soins via les SAU. Il présente le plus haut volume de prises en charge psychiatriques au sein de l'AP HP (graphique ci-dessous).

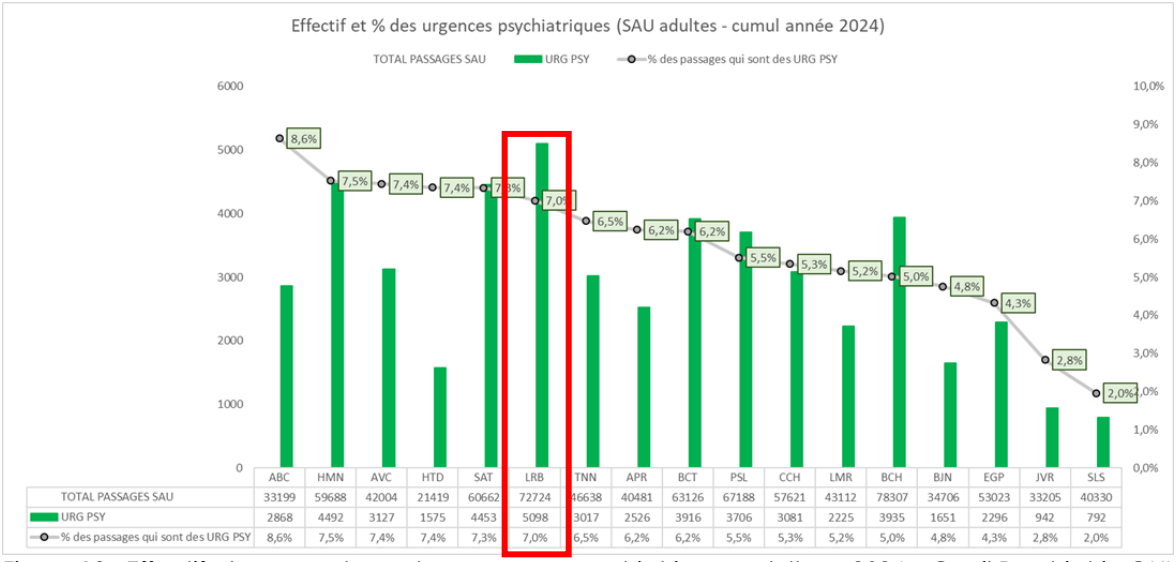


Figure 18 : Effectif et pourcentage des urgences psychiatriques adultes – 2024 – Copil Psychiatrie GHU AP-HP Nord

[10] Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins. (2025). *Santé mentale et psychiatrie* (dossier de presse, juin 2025). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-sante_mentale_et_psychiatrie_-_juin_2025.pdf

Ces constats interrogent l'organisation actuelle des parcours de soins psychiatriques. En effet, certaines hospitalisations complètes concernent des patients stabilisés pouvant relever de modalités de prise en charge plus adaptées, notamment en HDJ ou en suivi ambulatoire renforcé. Dans un contexte de contraintes capacitaires et de tensions en ressources humaines, la question de l'optimisation des durées de séjour et du développement de solutions alternatives à l'HC devient centrale.

Le projet de restructuration de l'hospitalisation complète de psychiatrie de Lariboisière – Fernand Widal s'inscrit dans cette dynamique de transformation de l'offre de soins, en cohérence avec les orientations nationales en santé mentale ainsi qu'avec les objectifs stratégiques du GHU AP-HP Nord et de l'AP-HP. Il vise à renforcer l'ambulatoire, améliorer la fluidité des parcours post-urgences et adapter les modalités de prise en charge aux besoins du territoire.

Le projet repose sur trois axes complémentaires : la structuration progressive d'un CRUP, la création d'un HDJ de psychiatrie de six places avec le développement de nouvelles filières de soins, notamment autour du TDAH, et la mise en place d'un suivi ambulatoire post-urgence.
Le projet poursuit plusieurs objectifs complémentaires. Il vise tout d'abord à améliorer la prise en charge des patients issus des SAU de Lariboisière et Saint-Louis, dans un contexte d'augmentation continue des recours aux urgences psychiatriques.
Il a également pour objectif de réduire certaines durées d'hospitalisation complète en favorisant des retours à domicile plus précoces, accompagnés d'un suivi ambulatoire structuré et coordonné.

Le projet vise par ailleurs à renforcer le développement de l'ambulatoire, à structurer les parcours de soins et à améliorer l'articulation avec les acteurs du territoire, notamment les secteurs de psychiatrie du GHU AP-HP Nord.
Enfin, il participe à la préparation de l'organisation cible du Nouveau Lariboisière, dans un contexte de transformation progressive de l'offre psychiatrique du nord parisien. En effet, ce projet porte une dimension territoriale stratégique, en renforçant les liens avec les secteurs du GHU AP-HP Nord, notamment Maison Blanche Hauteville, Maison Blanche Bichat et Maison Blanche Lasalle, et en s'inscrivant dans une logique de coordination accrue avec les acteurs du territoire.

À l'horizon 2032, avec le déménagement de l'hôpital Bichat, ce projet prendra une dimension structurante supplémentaire. L'hôpital Fernand-Vidal deviendra alors le seul établissement de recours pour les urgences psychiatriques sur le territoire concerné. Dans ce contexte, le nouveau Lariboisière s'affirmera comme le principal site psychiatrique intra-muros du nord parisien au sein de l'AP-HP, entraînant une augmentation significative et durable de l'activité psychiatrique du SAU.

Une part importante de cette activité concerne des situations de crise (tentatives de suicide, états d'agitation, troubles du comportement), générant des tensions fortes sur les capacités d'hospitalisation.
Le CRUP, dans un premier temps implanté sur le site de Fernand Widal, intégrera à terme les locaux du Nouveau Lariboisière. Cette phase transitoire permettra d'adapter progressivement les organisations aux évolutions des prises en charge, tout en répondant dès à présent à l'augmentation du nombre de patients nécessitant une hospitalisation de courte durée post-urgences.

Le projet de restructuration de l'HC de psychiatrie de Lariboisière–Fernand Widal répond aux objectifs actuels visant à développer des alternatives à l'HC, à renforcer l'ambulatoire et à améliorer la fluidité des parcours post-urgences. À ce titre, il contribue à moderniser l'offre de soins psychiatriques en favorisant des prises en

charge plus adaptées aux besoins des patients, plus pertinentes dans leur indication et mieux articulées avec les dispositifs territoriaux.

Ce projet permet également d'anticiper l'organisation cible du nouveau Lariboisière et s'inscrit dans la réforme du financement de la psychiatrie en développant des modalités de prise en charge mieux valorisées sur le plan médico-économique, tout en renforçant l'efficience globale du dispositif de soins.

2. CADRE CONCEPTUEL DU PROJET MANAGERIAL

Dans le cadre de mes nouvelles fonctions de cadre supérieur de santé et en tant que copilote de ce projet managérial d'envergure, il m'a semblé important d'apporter un éclairage théorique dans cette démarche globale d'accompagnement au changement.

Si mon expérience antérieure de cadre de proximité constitue un socle dans l'accompagnement des équipes, cette nouvelle fonction m'amène aujourd'hui à adopter une posture davantage stratégique, transversale et institutionnelle. L'accompagnement du changement ne peut alors se limiter à une gestion opérationnelle des organisations ; il nécessite une compréhension des dynamiques humaines, des logiques d'acteurs et des mécanismes d'adhésion qui traversent les collectifs de travail.

À la lumière des enseignements du Master 2 Management des organisations soignantes, ce cadre conceptuel s'appuie sur trois dimensions complémentaires : l'accompagnement du changement dans le cadre d'un projet organisationnel, la prise en compte du facteur humain à travers les dimensions individuelles et collectives de l'accompagnement, ainsi que la posture du cadre supérieur de santé dans la conduite du changement, notamment dans sa dimension de leadership.

2.1. Le changement organisationnel en établissement de santé

Aujourd'hui, peu de secteurs professionnels échappent aux dynamiques de changement, devenues inhérentes au fonctionnement des organisations de travail. Ces évolutions peuvent être initiées soit par des facteurs internes, liés notamment à des nouveaux outils entraînant des évolutions de pratiques, soit par des facteurs externes, en lien avec les évolutions du contexte réglementaire, économique ou des politiques publiques. Au sein d'une organisation, tout projet génère des changements à différents niveaux, qu'ils soient organisationnels, professionnels, architecturaux ou liés aux modalités de prise en charge. Ces transformations affectent directement ou indirectement l'ensemble des acteurs impliqués.

2.1.1. Le changement comme processus structuré et adapté

Les établissements de santé évoluent aujourd'hui dans un environnement marqué par des transformations permanentes : contraintes budgétaires, évolutions réglementaires, nouvelles attentes des usagers, tensions sur les ressources humaines ou encore réorganisations territoriales. Ces mutations conduisent les organisations hospitalières à adapter continuellement leurs modalités de fonctionnement.

Dans la santé, ces transformations prennent une dimension particulière. Les réorganisations impactent non seulement les organisations de travail, mais également les repères collectifs, les équilibres d'équipe et le sens donné aux pratiques professionnelles. Elles peuvent générer des inquiétudes importantes chez les professionnels, notamment lorsque les projets viennent modifier les identités professionnelles ou les modalités de prise en soins.

Dans ces processus de transformation, la gestion de projet et la conduite du changement apparaissent étroitement liées.
La gestion de projet permet de structurer la transformation à travers la définition des objectifs, des ressources, des étapes et des modalités de pilotage. La conduite du

changement, quant à elle, consiste à accompagner les professionnels dans l'appropriation des évolutions induites par le projet.
Comme le soulignent Autissier et Moutot (2023), « pour qu'il y ait changement, il faut qu'il y ait une rupture significative des modes de fonctionnement de telle manière que nous soyons contraints à un effort d'adaptation ». Le changement organisationnel ne peut donc être réduit à la seule mise en œuvre d'une nouvelle organisation ; il implique une transformation progressive des pratiques, des représentations et des équilibres collectifs.

Dans cette perspective, le changement doit être envisagé comme un processus structuré inscrit dans le temps. Autissier et Moutot (2023) identifient trois grandes étapes : une phase de diagnostic, une phase de déploiement des leviers d'accompagnement et une phase de pilotage permettant d'évaluer et d'ajuster les actions engagées.

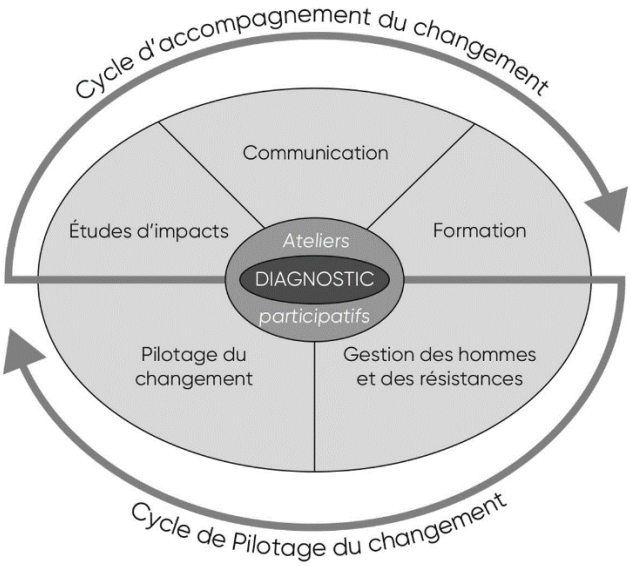


Figure 19 : Etapes majeures d'un projet de conduite de changement – (Autissier, D. et Moutot, J.-M., 2023).

La phase de diagnostic constitue un temps déterminant, dans la mesure où elle permet d'identifier les impacts du changement sur les organisations, les pratiques et les acteurs, et conditionne ainsi la pertinence de l'ensemble des actions mises en œuvre par la suite. Autissier et Moutot (2023, p. 58) identifient trois éléments[11] à cette étape de diagnostic : « *la note de cadrage ; le dimensionnement de la conduite du changement ; l'organisation de la conduite du changement.* ».

Dans le cadre du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie, cette phase de diagnostic a mené à l'élaboration d'un SWOT et à la rédaction d'une note de cadrage (annexe 1).

Le SWOT est un outil d'analyse stratégique qui permet d'évaluer la situation d'un projet en mettant en évidence ses forces, ses faiblesses, ses opportunités et ses menaces. Dans la conduite de projet, il sert à mieux comprendre l'environnement interne et externe afin d'orienter les choix stratégiques. Il contribue ainsi à la prise de décision, à la hiérarchisation des priorités et à l'anticipation des risques.

[11] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Chapitre 3. Le diagnostic du changement. Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance (p. 57-84). Dunod. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-57?lang=fr.

Les éléments issus du SWOT viennent alimenter la note de cadrage, notamment en permettant d'identifier les futurs acteurs et contributeurs du projet, ainsi que les objectifs attendus. Ils permettent également d'anticiper les imprévus et d'identifier les points de vigilance à prendre en compte tout au long du projet.

Véritable ligne conductrice, la note de cadrage constitue un support indispensable pour les pilotes du projet. Elle permet de structurer les enjeux du changement, de clarifier les objectifs attendus, d'identifier les acteurs concernés ainsi que les risques potentiels.
Elle constitue un cadre de référence partagé tout au long du projet, facilitant l'anticipation des points de vigilance, l'ajustement des actions et le pilotage de la transformation dans une logique cohérente et réaliste.

Dans cette dynamique, l'accompagnement du changement apparaît comme un levier essentiel pour favoriser l'adhésion des acteurs et accompagner leur adaptation aux transformations engagées. Il convient alors de s'intéresser au cycle d'accompagnement du changement afin d'en comprendre les principales étapes.

2.1.2. Le cycle d'accompagnement du changement

Dans le cadre d'un projet de transformation organisationnelle, l'accompagnement des professionnels constitue un enjeu central. Dans la continuité de la phase de diagnostic, le cycle d'accompagnement du changement vise à déployer les différents leviers permettant de favoriser l'appropriation des transformations par les acteurs concernés. Pour Autissier et Moutot[12](2023), la conduite du changement ne peut se limiter à des actions ponctuelles de communication ou de formation ; elle s'inscrit dans une démarche structurée articulée autour d'actions complémentaires permettant d'accompagner les professionnels tout au long du projet.

Les auteurs identifient plusieurs leviers constitutifs de ce cycle d'accompagnement dont l'étude d'impacts, la communication, la formation. Ces différents dispositifs permettent d'agir à la fois sur la compréhension du projet, l'adhésion des équipes et l'appropriation progressive des nouvelles pratiques professionnelles.

L'étude d'impacts vise à identifier l'ensemble des changements induits par le projet, qu'ils soient organisationnels, opérationnels, culturels ou encore liés aux outils et aux pratiques. Elle permet d'anticiper les conséquences du changement sur les différents professionnels concernés et d'adapter les actions d'accompagnement en fonction des besoins identifiés.

La communication représente également un levier essentiel de la conduite du changement. Elle permet de donner du sens au projet, de partager les objectifs poursuivis et de rendre lisible la transformation à venir. Dans les établissements de santé, où les réorganisations peuvent générer des inquiétudes et des résistances, une communication régulière, transparente et adaptée aux différentes catégories professionnelles apparaît indispensable pour soutenir l'adhésion des équipes.

La formation constitue un autre levier majeur, notamment lorsque le changement implique de nouvelles compétences ou une évolution des pratiques professionnelles. Elle permet aux acteurs de développer les connaissances nécessaires à

[12] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Chapitre 2. Comment faire de la conduite du changement ? Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance (5e éd., p. 35-56). Dunod. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-35?lang=fr.

l'appropriation des nouveaux outils, des nouvelles organisations ou des nouvelles modalités de prise en charge.
Enfin, les auteurs soulignent également l'importance de prendre en compte les résistances au changement. Ces résistances ne doivent pas être perçues uniquement comme des freins, mais également comme des indicateurs permettant d'identifier les inquiétudes, les besoins d'accompagnement ou les tensions organisationnelles existantes. La gestion des hommes et des résistances implique ainsi une attention particulière portée aux dynamiques collectives, aux valeurs professionnelles et aux équilibres organisationnels.
Dans le cadre du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie, ces différents leviers d'accompagnement apparaissent essentiels afin de soutenir les équipes face aux transformations organisationnelles engagées, favoriser leur implication dans le projet et accompagner l'évolution des pratiques professionnelles dans un contexte de changement institutionnel important.

Il apparaît alors nécessaire d'appréhender le changement dans ses dimensions humaines, en tenant compte des dynamiques d'adhésion et des résistances qu'il peut susciter.

2.2. L'adhésion des acteurs : entre dimension individuelle et dynamique collective

La conduite d'un projet de transformation organisationnelle interroge inévitablement la question de l'engagement des acteurs. Dans toute situation de changement, chacun ne s'engage pas de la même manière, avec la même intensité ni autour des mêmes objectifs. Cette réalité oblige le manager à ne pas considérer l'adhésion comme un phénomène uniforme, mais à en appréhender les différentes dimensions afin de mieux accompagner les équipes dans les transformations engagées.

2.2.1. L'engagement individuel

Sur le plan individuel, l'engagement dans le changement se construit à partir de la perception que chaque acteur a des conséquences du changement sur sa propre situation professionnelle. Cette perception est influencée par de nombreux facteurs : la manière dont le projet a été présenté et expliqué, le sentiment d'avoir été associé à la démarche ou, au contraire, d'en avoir été exclu, la confiance accordée aux porteurs du projet, et la représentation que l'individu se fait de sa propre capacité à s'adapter aux nouvelles modalités de travail.

Bernoux[13] (2004) rappelle à ce titre que l'appropriation d'un changement par les acteurs passe nécessairement par la construction de sens. L'absence de sens perçu constitue l'un des premiers facteurs de résistance, car elle place l'individu dans une position de passivité ou de méfiance vis-à-vis d'un changement qui lui est imposé de l'extérieur sans lui appartenir : « Les organisations sont le résultat de compromis entre les acteurs qui les composent. Les capacités de tous les acteurs à faire ces compromis et à les interpréter jouent un rôle central dans le changement » (Bernoux, 2004, p. 50).

Dans le cadre de ce projet, cette dimension individuelle de l'engagement a guidé mes choix managériaux dès la phase préparatoire. L'organisation de rencontres bilatérales avec les cadres de santé et les responsables fonctionnels concernés, avant même la réunion de lancement, visait précisément à permettre à chacun de

[13] Bernoux, P. (2004). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Seuil.

s'approprier les enjeux du projet à son propre rythme, d'exprimer ses interrogations et de se sentir reconnu dans sa singularité professionnelle.

Comme le souligne Néré[14](2021), ces entretiens individuels préalables constituent une condition indispensable pour préparer les conditions d'une réunion de lancement réussie. Cette dynamique a vocation à se poursuivre tout au long du processus de changement.

Par ailleurs, Yves Clot[15] (2010) rappelle que le travail collectif constitue une ressource essentielle pour préserver le pouvoir d'agir des professionnels et maintenir la qualité du travail. À l'inverse, lorsque les espaces de discussion sur le travail (EDT) disparaissent, les professionnels peuvent se retrouver confrontés à un sentiment de « travail empêché », générateur de tensions et de souffrance. C'est pourquoi la création d'espaces d'échanges permettant aux professionnels d'exprimer leur perception du changement et de proposer des leviers d'adaptation apparaît comme une condition essentielle de l'accompagnement, notamment dans les contextes de restructuration hospitalière où les transformations organisationnelles peuvent fragiliser les collectifs de travail et altérer les repères professionnels.

2.2.2. L'engagement collectif

Si l'engagement individuel est une condition nécessaire, il n'est pas suffisant pour garantir la réussite d'un projet de transformation. L'engagement collectif, c'est-à-dire la capacité d'un groupe de professionnels à construire une dynamique partagée autour d'un projet commun, constitue un levier tout aussi déterminant.

En effet, le collectif ne se réduit pas à la somme des engagements individuels, il suppose la construction d'un espace commun de signification, dans lequel les acteurs peuvent confronter leurs représentations, négocier leurs rôles respectifs et élaborer progressivement des accords normatifs sur ce qui doit être fait et comment.
C'est dans cet espace que se joue l'appropriation collective du changement, et c'est précisément cet espace que le cadre supérieur de santé doit chercher à créer et à entretenir tout au long du projet.

Dans le cadre du projet de restructuration du DUPMA, cette dimension collective a été au cœur de la méthodologie retenue pour la phase de réécriture du projet médical. Le choix de constituer un groupe de travail réunissant l'ensemble des responsables médicaux et des cadres de santé des secteurs concernés, et d'adopter une approche d'atelier collaboratif fondée sur le management visuel, visait à construire une appropriation partagée des enjeux et des orientations retenues.
Il ne s'agissait pas seulement de valider des décisions déjà arrêtées, mais bien de coconstruire un projet que chacun des participants pouvait reconnaître comme le sien.

Dejours[16](2013) rappelle à ce titre que les accords normatifs qui structurent le travail collectif ne se décrètent pas : ils émergent de la confrontation des pratiques, de la

[14] Néré, J.-J. (2021). Chapitre III. Les phases d'un projet. Le Management de projet (p. 62-106). Presses Universitaires de France. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/le-management-de-projet--9782715409217-page-62?lang=fr
[15] Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte
[16] Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 61(2), 11-18. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rppg.061.0011

discussion sur le travail réel et de la mise en commun des expériences. C'est dans cette logique que les EDT, déjà déployés au sein du service d'HC de psychiatrie, constituent un appui précieux pour accompagner la transformation en cours. Ils offrent aux professionnels un cadre structuré pour exprimer leur vécu, identifier les ajustements nécessaires et participer à la redéfinition collective du travail.

En définitive, l'adhésion des acteurs, qu'elle soit individuelle ou collective, ne peut être considérée comme acquise. Elle se construit et se cultive dans la durée, et suppose de la part du cadre supérieur de santé une posture active de médiation, de facilitation et de soutien. C'est précisément cette posture de leadership, indissociable de l'accompagnement du changement, qui sera interrogée dans la partie suivante.

2.3. Posture et leadership du cadre supérieur de santé

Dans une certaine mesure, n'accompagnons-nous pas quotidiennement le changement dans nos activités managériales ?

Tout au long de la rédaction de ce projet managérial, plusieurs questions ont guidé ma réflexion : en quoi le management quotidien auprès des cadres de santé et des collaborateurs contribue-t-il à créer les conditions favorables à des transformations plus importantes ?
Quelles compétences techniques et relationnelles le cadre supérieur de santé doit-il mobiliser pour accompagner efficacement la conduite du changement ?

2.3.1. La posture et les rôles du cadre supérieur de santé dans la conduite de projet

Les réformes successives de la gouvernance hospitalière ont profondément transformé les modalités de pilotage des organisations de soins. L'introduction de la tarification à l'activité a renforcé les exigences d'efficience et de maîtrise des ressources, conduisant les établissements à évoluer d'une logique de moyens vers une logique davantage orientée vers les résultats. Le plan « Hôpital 2007 » a introduit la notion de nouvelle gouvernance hospitalière, structurée autour de pôles d'activité clinique et médico-technique, rapprochant ainsi les fonctions de pilotage des réalités de terrain.

Dans ce cadre renouvelé, le cadre supérieur de santé occupe, en trinôme avec le médecin chef de pôle et le cadre administratif de pôle, une place centrale dans l'articulation entre les orientations institutionnelles et leur traduction opérationnelle au sein des organisations de soins.

Par son rôle de coordination, d'accompagnement de l'encadrement de proximité et de pilotage des organisations, il contribue à soutenir la cohérence des pratiques managériales et à accompagner les transformations nécessaires à l'évolution des organisations hospitalières. Comme le soulignent Hoarau et Dumas « l'enjeu principal de la fonction de CPP est la conduite du changement… la capacité à fédérer, à emmener son équipe et à développer la performance est un défi permanent. C'est en articulant les objectifs médico-économiques des réorganisations et la compréhension qu'il a des bouleversements que vit chaque catégorie de professionnels que le CPP inscrit ses décisions et son action. » (2015, p. 337).
Dans cette perspective, le management quotidien constitue un levier essentiel pour préparer et accompagner les évolutions organisationnelles.

Dans l'exercice actuel de mes fonctions, j'ai fait le choix d'instaurer et de formaliser des temps d'échanges individuels et collectifs avec les cadres de santé, afin de

disposer d'une connaissance fine et actualisée des dynamiques de travail au sein des secteurs.
Les échanges individuels permettent de partager les informations relatives aux organisations en place, aux spécificités des professionnels et aux interactions qui structurent les équipes, contribuant ainsi à construire une lecture globale des réalités de terrain. Ils permettent d'élaborer progressivement un premier niveau de diagnostic organisationnel qui, lorsque des transformations plus importantes s'engagent, constitue un appui précieux — tout en restant ouvert aux ajustements que la mise en œuvre du projet impose.

Les temps collectifs avec les cadres de santé participent quant à eux à la construction d'une cohérence managériale à l'échelle du département, en favorisant le partage d'une ligne commune. Cette dynamique s'inscrit dans le cadre du binôme cadre supérieur de santé — médecin chef de service, et s'articule avec la dynamique du trinôme du DMU, engagé dans un cadre institutionnel plus large.

Ainsi, à travers ces espaces individuels et collectifs, le cadre supérieur de santé contribue à structurer un pilotage des organisations qui prépare les équipes aux évolutions à venir, illustrant combien management de projet et accompagnement au changement sont étroitement intriqués dans la pratique managériale quotidienne.

2.3.2. Les compétences managériales et le leadership comme levier de mobilisation

Définir les compétences managériales à mobiliser dans le cadre d'un projet suppose d'abord d'identifier les enjeux auxquels celui-ci doit répondre.
C'est peut-être à ce niveau que se joue une première compétence du cadre supérieur de santé : sa capacité à traduire de manière opérationnelle la réponse à ces enjeux.

Cela implique une compréhension et une vision partagées des enjeux et des objectifs. Maintenir un dialogue constant avec les directions fonctionnelles, une collaboration étroite avec le binôme médical et le cadre administratif, ainsi qu'un accompagnement et une délégation ajustés auprès de l'équipe d'encadrement.

Dans le cadre de ce projet, plusieurs compétences sont particulièrement sollicitées. La capacité d'analyse et de diagnostic occupe une place centrale : face à un projet en cours de reformulation, elle permet d'opérer une lecture critique des travaux antérieurs, d'identifier les points de fragilité du projet initial et de construire une nouvelle proposition cohérente avec les attentes reformulées par la direction.

La compétence de négociation et de dialogue institutionnel est également centrale, notamment dans les échanges avec la direction de l'hôpital, la direction des soins et des activités paramédicales (DSAP) et les collaborateurs médicaux, pour construire des consensus autour des choix organisationnels retenus.

Enfin, la capacité à animer et à faire vivre un collectif pluriprofessionnel constitue un levier essentiel dans la conduite des groupes de travail et dans l'animation des différentes instances de gouvernance du projet.

Le leadership du cadre supérieur de santé ne se résume pas à l'exercice d'une autorité hiérarchique. Il s'agit avant tout de la capacité à susciter et à maintenir l'engagement des parties prenantes autour d'un projet commun, y compris dans les moments de doute, de réajustement ou d'échec partiel. Donner du sens au changement, rendre l'engagement visible et le nourrir par des actes concrets : telle est l'exigence fondamentale du leadership en situation de transformation.

Cette réalité prend une dimension particulière dans le contexte hospitalier, organisation dite « pluraliste » traversée par des logiques médicales, soignantes et administratives parfois divergentes, où les sources de pouvoir sont diffuses et les processus de travail peu standardisés.

Dans ce type d'organisation, conduire le changement ne peut reposer sur la seule autorité du leader : cela dépend en grande partie de sa capacité à construire des coalitions d'acteurs à différents niveaux de l'organisation et à maintenir leur engagement dans la durée. Lorsque le leader se concentre principalement sur les coalitions institutionnelles externes en négligeant les acteurs internes, il prend le risque de voir les équipes se démobiliser et les résistances s'organiser.

En effet, comme le soulignent Habib et Vandangeon-Derumez[17] (2015), « le couplage organisationnel permet aux acteurs internes (cadres, médecins et soignants) de s'approprier les orientations du changement et de construire collectivement du sens sur la transformation en cours. Sans couplage organisationnel élargi et durable, les résistances sont fortes et la temporalité du changement largement plus saccadée. »

À l'inverse, un leadership attentif aux préoccupations des professionnels, capable d'identifier les leviers d'adhésion adaptés à chaque groupe d'acteurs et de construire une temporalité progressive du changement, favorise une appropriation durable des transformations engagées.

C'est dans cette logique que s'inscrit la posture adoptée tout au long de ce projet. Le choix d'associer les cadres de santé et les responsables médicaux dès la phase de réécriture du projet médical, à travers des ateliers collaboratifs fondés sur le management visuel, visait précisément à ancrer le projet dans les réalités de terrain et à le construire avec les acteurs plutôt que de le leur imposer.

Cette dimension du leadership suppose un savoir-faire — de la méthode, des compétences managériales éprouvées — mais aussi un savoir-être, qui se manifeste dans la qualité de la communication, la capacité d'écoute et la cohérence entre le discours tenu et les actes posés.

Comme le rappelle Autissier et Moutot[18] (2023), le changement agile, fondé sur la participation et la co-construction, est davantage susceptible de produire une adhésion durable qu'une approche instrumentalisée, dans laquelle les acteurs sont traités comme des destinataires passifs du changement plutôt que comme des acteurs de leur propre transformation.

Dans ma pratique, ce positionnement s'est traduit par un effort constant pour associer les équipes aux décisions qui les concernaient, pour rendre lisibles les logiques à l'œuvre dans le projet, et pour reconnaître publiquement les contributions de chacun à l'avancement de la démarche. Il s'est également traduit par une attention soutenue aux signaux faibles, aux tensions, aux inquiétudes non exprimées, aux résistances latentes que seule une présence régulière sur le terrain et une relation de confiance avec les cadres de santé permettent de détecter et de prendre en compte.

---

[17] Habib, J. et Vandangeon-Derumez, I. (2015). Le rôle du leader forme dans la transformation des organisations pluralistes Analyse comparée de deux hôpitaux. Revue française de gestion, 247(2), 45-66. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/revue-francaise-de-gestion-2015-2-page-45?lang=fr.

[18] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance. (5e éd.). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.autis.2023.01.

3. CONCEPTION, DEPLOIEMENT ET PILOTAGE DU PROJET MANAGERIAL

À mon arrivée en tant que faisant fonction cadre supérieur de santé au sein du DUPMA en octobre 2024, la cadre paramédicale du DMU Neurosciences (CPDMU) a, dans un premier temps, souhaité que je me concentre sur l'appropriation des secteurs placés sous ma responsabilité ainsi que sur la mise en place de mon management auprès des cadres de santé, avant de me confier le pilotage d'un projet d'une telle envergure.

Le projet de restructuration de l'offre de soins en psychiatrie faisait alors déjà l'objet d'une seconde écriture. Son pilotage était assuré par la CPDMU, avec un groupe de travail constitué et un projet médical en cours d'élaboration.

Ce projet médical devait être présenté à la direction de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal pour validation, avant une sollicitation de financement auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

En mars 2025, la direction de l'hôpital Lariboisière-Fernand Widal s'est partiellement renouvelée, avec l'arrivée d'une nouvelle directrice d'hôpital (DH) et d'une nouvelle directrice des soins (DS), modifiant ainsi le contexte décisionnel du projet.

En juillet 2025, le projet a été présenté par la CPDMU aux directions fonctionnelles, qui a fait le choix de l'instruire dans le cadre d'une mesure nouvelle (cf §1.1.2).

Dans ce contexte, dès septembre 2025, et dans le cadre de mon inscription en Master 2, la CPDMU m'a positionnée comme pilote paramédicale du projet, dans une logique de délégation progressive et de développement de mes compétences managériales, formalisée par une lettre de mission (cf. annexe 2).

Dès le mois d'octobre 2025, en binôme avec le Professeur B., responsable médical du département, nous avons repris conjointement la conduite du projet, dans une logique de gouvernance médico-soignante structurée. En nous appuyant sur les éléments déjà élaborés, nous avons, dans un premier temps, fait le choix de restructurer l'écriture du projet médical, en reprenant la phase préparatoire afin d'en améliorer la lisibilité et la cohérence.

3.1. Nouvelle gouvernance et cadrage du projet

3.1.1. Transition du pilotage paramédical du projet avec la CPDMU

Dans cette phase d'appropriation du projet, la CPDMU et le CADMU m'ont présenté le projet à partir de la note de chiffrage réalisée en avril 2024, document correspondant à son analyse médico-économique. Cette étape m'a permis de prendre connaissance des hypothèses d'activité, du dimensionnement des ressources ainsi que des impacts financiers associés. Cette analyse médico-économique intègre l'ensemble des éléments financiers du projet, en croisant les recettes attendues et les différents postes de dépenses.

Concernant les recettes, l'introduction d'un modèle de financement en T2A pour les 6 lits de CRUP constitue un enjeu financier majeur. En effet, contrairement à l'HC de psychiatrie actuellement financée par la dotation annuelle de financement (DAF), le CRUP permet une valorisation directe de l'activité réalisée.

Les recettes attendues apparaissent ainsi plus dynamiques et potentiellement plus importantes selon le volume de séjours et les durées de prise en charge. Ce modèle médico-économique représente donc une opportunité de renforcer les recettes de l'établissement, en soutenant le développement d'une activité structurée et ciblée, contribuant à l'équilibre financier global du projet.

Concernant les dépenses, le chiffrage des investissements nécessaires, notamment les travaux, ainsi que les besoins en ressources humaines médicales et paramédicales, faisait apparaître un équilibre déficitaire estimé à 952 202 euros.

COMPARAISON_PROJET / ACTUEL

RESULTAT	-952 202 €				
CHARGES	**HDJ**	**HC**	**TOTAL**	**PRODUITS**	**TOTAL**
TITRE 1 CHARGES DE PERSONNEL	0 €	0 €	1 266 025 €	TITRE 1 PRODUITS DE L'ASSURANCE MALADIE	749 210 €
Personnel Medical			235 528 €	Séjours HC CRUP	749 210 €
Personnel Non Medical			1 030 497 €		
CHARGES A CARACTERE MEDICAL			38 262 €		
Médicaments et DMI remboursés en sus	0 €	0 €	0 €		
Médicaments et DMI in GHS	9 512 €	8 263 €	17 775 €		
Autres fournitures médicales	13 259 €	6 035 €	19 294 €		
Entretien et Maintenance MM		488 €	488 €		
Réactifs		705 €	705 €		
CHARGES A CARACTERE HOTELIER & GENERAL			0 €		
Achats de marchandises à caractère hôtelier et général	4 035 €	147 €	4 182 €		
Services extérieurs	0 €	7 078 €	7 078 €		
Autre- (dont restauration patients)	4 035 €	37 602 €	41 637 €		
TITRE 4 CHARGES FINANCIERES & EXCEPTIONNELLES			67 200 €		
Amortissement travaux			58 200 €		
Amortissement équipement			9 000 €		
TOTAL CHARGES D'EXPLOITATION			1 371 487 €		
CHARGES INDUITES	8 647 €	33 265 €	41 912 €		
dont Bloc / Anesthésie	0 €	2 329 €	17 974 €		
dont Laboratoire	2 594 €	8 982 €	29 215 €		
dont Imagerie / Physiologie	6 053 €	18 629 €	69 902 €		
TOTAL CHARGES INDUITES			41 912 €		
TOTAL FRAIS DE STRCUTURE			288 012 €		
TOTAL DES CHARGES			1 701 411 €	TOTAL DES PRODUITS	749 210 €

Figure 20 : Analyse médico-économique du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie – Site Fernand Widal – avril 2025

Il convient toutefois de préciser que ces projections reposaient sur un capacitaire d'HC réduit, limité à 19 lits ouverts, en lien avec la fermeture partielle de lits sur les années antérieures.

Cependant, au moment de ma reprise du projet, et à la suite d'une politique d'attractivité menée en collaboration avec la DSAP, 14 lits d'HC (Unité CHIRAY) ont pu être réouverts après quatre années de fermeture. Le capacitaire atteignait ainsi 33 lits en octobre 2025.

Cette évolution du contexte organisationnel a constitué un élément central, venant interroger la pertinence des hypothèses initiales, tant sur le plan des ressources humaines que des équilibres financiers.

Dans une logique d'efficience et de soutenabilité économique, la direction de l'établissement a ainsi formulé une nouvelle commande visant à réinterroger le dimensionnement global du projet, au regard des équilibres médico-économiques attendus et des perspectives de recettes associées.

Cette demande institutionnelle a constitué un point de bascule dans la conduite du projet, en introduisant une nécessité de réajustement stratégique. Elle a conduit à repositionner la démarche dans une logique d'optimisation de l'allocation des ressources, tout en maintenant l'enjeu de développement de nouvelles modalités de prise en charge.

En lien avec la CPDMU, j'ai engagé un travail de révision de la maquette organisationnelle. Cette réflexion s'est notamment appuyée sur une démarche de benchmark auprès de structures disposant d'un CRUP, afin d'objectiver les organisations cibles, d'identifier des pratiques éprouvées et d'ajuster le dimensionnement des ressources au regard des activités projetées.

Apports du benchmark dans la révision de la maquette paramédicale

Un premier benchmark a été réalisé auprès du service d'HC de l'hôpital Bichat – Claude Bernard, appartenant au même DMU et disposant déjà de lits de CRUP opérationnels. Les échanges avec une collègue cadre supérieure de santé ont permis d'analyser l'organisation paramédicale mise en place, ainsi que d'obtenir un retour d'expérience sur sa soutenabilité et la charge de travail associée à ce type de prise en charge.

Dans un second temps, une visite sur site a été organisée avec la responsable fonctionnelle de l'unité d'HC de Fernand Widal et la cadre de santé. Cette immersion a favorisé une observation concrète de l'organisation des soins et des modalités de permanence médicale, à travers des échanges avec le médecin psychiatre de l'unité.

Ces travaux ont contribué à lever certaines appréhensions initiales concernant la charge en soins des patients accueillis en CRUP. En effet, les patients pris en charge ne relèvent pas en permanence de situations aiguës nécessitant une intensité de soins élevée. Certaines prises en charge se rapprochent davantage de celles rencontrées en HC, élément important à intégrer dans le dimensionnement de la maquette paramédicale.

Dans la continuité de cette démarche, une seconde visite a été réalisée au sein du CRUP de l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis. Ce dispositif présente la particularité d'accueillir des patients sous contrainte, avec un niveau de sécurisation et d'encadrement renforcé. L'équipe d'encadrement nous a présenté en détail son organisation paramédicale.

Ce travail de benchmark a constitué un véritable appui à la décision, permettant de sécuriser les choix organisationnels et d'ajuster la maquette paramédicale au regard des réalités observées sur le terrain. Il a conduit à l'élaboration d'une proposition organisationnelle adaptée au projet du DUPMA, en s'appuyant sur des schémas horaires déjà connus des équipes, facilitant ainsi leur appropriation et leur mise en œuvre opérationnelle.

Il a également confirmé que le CRUP projeté au sein du DUPMA, reposant sur une hospitalisation libre et des durées de séjour courtes, ne relevait pas du même niveau d'intensité en soins que certains CRUP de secteur, notamment celui de l'hôpital Delafontaine.

Afin de structurer cette analyse comparative, un tableau récapitulatif des effectifs a été réalisé pour chaque structure visitée. Celui-ci a permis de mettre en perspective les organisations paramédicales selon le capacitaire, les modalités de prise en charge et l'intensité des soins requis.

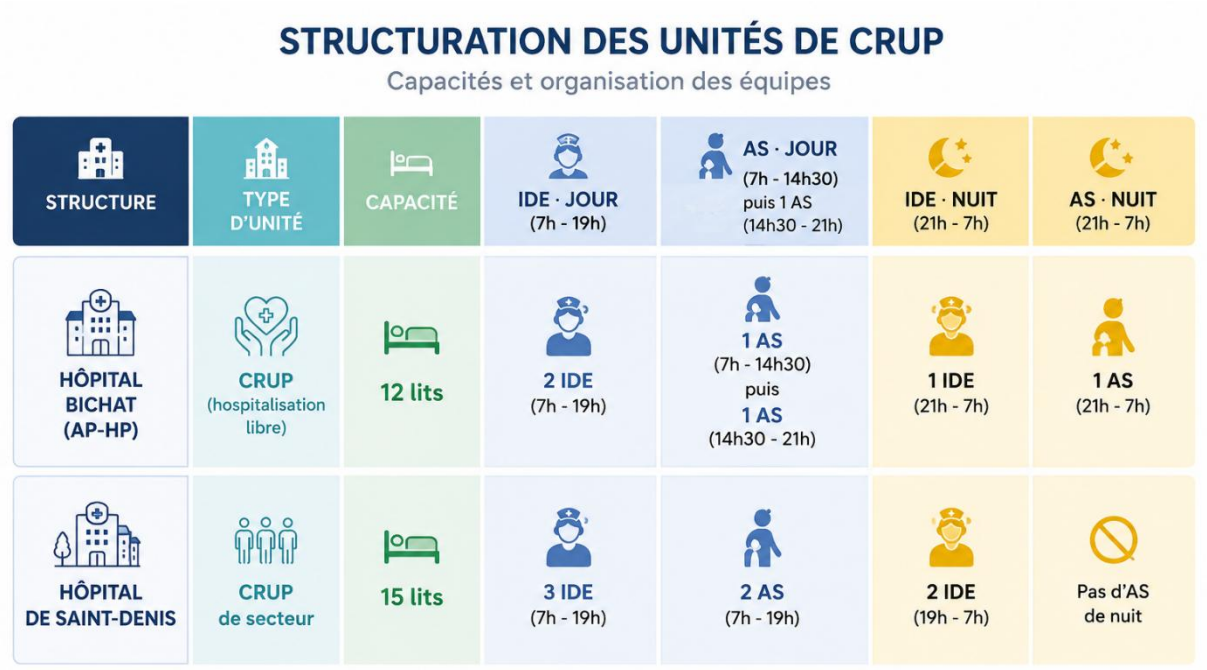


Figure 21 : Tableau comparatif des organisations soignantes au sein de CRUP

Cette mise en comparaison objective les écarts de dimensionnement entre les structures, et d'analyser leur cohérence au regard des typologies de patients accueillis.

Après validation de la CPDMU et de la Directrice des soins, cette nouvelle maquette paramédicale est intégrée dans la réécriture du projet et plus particulièrement dans l'actualisation de la note de chiffrage, afin de garantir la cohérence entre les choix organisationnels, les besoins en ressources et les équilibres médico-économiques du projet.

3.1.2. Nouvelle commande et gouvernance stratégique du projet

Lors de la première présentation du projet à la nouvelle direction et à la DSAP de l'hôpital Lariboisière Fernand Widal en juillet 2025, des demandes de précisions ont été formulées, notamment concernant les ressources médicales, les investissements, la localisation des unités ainsi que les perspectives de recettes.

Dans ce cadre, la direction a souhaité que le projet soit réinterrogé afin de tenir compte de l'évolution du capacitaire, notamment la réouverture de l'unité CHIRAY réalisée en octobre 2025, et d'identifier des points d'équilibre pertinents et efficients.

Cette nouvelle commande s'est structurée autour de plusieurs axes de travail :

- Le dimensionnement des unités d'HC et la maquette de ressources humaines associée, notamment paramédicale ;
- La localisation des unités, au regard des investissements nécessaires et des possibilités d'optimisation des espaces existants ;
- La réutilisation des ressources existantes, en particulier dans une logique de transformation de lits d'HC vers de nouvelles modalités de prise en charge.

Ces éléments ont ainsi constitué une nouvelle commande institutionnelle, venant réinterroger les équilibres médico-économiques du projet et nécessitant une reprise structurée de la phase préparatoire.

En nous appuyant sur la méthodologie de gestion de projet proposée par Agence nationale d'appui à la performance[19] (ANAP), et dans une logique de co-pilotage avec le Professeur B., nous avons formalisé les étapes à venir du projet ainsi que sa gouvernance, en précisant la composition des différentes instances et les rôles de chacun de leurs membres.

Instance	Finalité / Rôle stratégique	Rôles clés (régulation / arbitrage / soutien)	Membres	Périodicité / Reporting	Objets de travail / Régulation
Direction	Porter le sens stratégique et sécuriser les conditions de réussite du projet	• **Mandater** le projet • **Donner** les orientations • **Soutenir** le chef de projet • **Faciliter** les arbitrages • **Lever** les freins institutionnels • **Garantir** les moyens	Direction de l'hôpital DSAP DOP	Selon besoin	✓ Suivi stratégique ✓ Arbitrages critiques ✓ Levée des blocages ✓ Alignement institutionnel
Copil stratégique	Assurer le pilotage stratégique et la cohérence institutionnelle du projet	• **Définir** les orientations stratégiques • **Arbitrer** les décisions structurantes • **Garantir** l'alignement avec le projet médical et institutionnel • **Intégrer** la parole des usagers • **Assurer** la régulation stratégique des tensions	Pr B. Lydia SAIDANI – CSS CADMU Directrice référente du DMU Représentante des usagers	Mensuel + jalons clés	✓ Avancement global ✓ Arbitrages ✓ Analyse des risques ✓ Décisions stratégiques ✓ Validation des livrables clés

Figure 22 : Tableau des instances de gouvernance du projet – Restructuration de l'offre de soins – Psychiatrie Lariboisière Fernand Widal

La composition du COPIL stratégique a été pensée de manière à garantir une représentation des différentes dimensions du projet, à la fois institutionnelle, médico-économique, soignante et usagers.

La présence de la directrice référente du DMU et de la CADMU permet d'assurer une articulation étroite avec les orientations institutionnelles et de construire, puis d'ajuster au plus près, les hypothèses médico-économiques du projet, notamment dans le cadre de la réécriture de la note de chiffrage. Leur implication a été déterminante pour objectiver les besoins en ressources, analyser les équilibres financiers et garantir la soutenabilité du projet.

Le choix d'intégrer une représentante des usagers au sein du COPIL stratégique s'inscrit dans une volonté de renforcer la place de l'expérience patient dans le pilotage du projet. En effet, au regard de mon expérience au sein du DPMA, j'ai pu constater que, malgré l'existence de dispositifs institutionnels structurés (Commission des usagers, comité des responsables des usagers, plan patient[20]), leur appropriation par les équipes et leur déclinaison dans les projets de service restent encore limitées.

Cette intégration permet ainsi d'inscrire le projet dans une dynamique de démocratie sanitaire, en associant les usagers à la réflexion sur les organisations de soins et

19

20 Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (s. d.). *10 engagements pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients : l'AP-HP lance un plan d'actions sur 3 ans*. https://www.aphp.fr

l'amélioration des parcours patients. Elle apporte un regard complémentaire centré sur le vécu du patient, la lisibilité des parcours et l'acceptabilité des dispositifs proposés, notamment dans un projet de transformation important comme celui du CRUP et du développement de l'ambulatoire.

Enfin, la présence du responsable médical du département et du cadre supérieur de santé, en tant que pilotes du projet, permet d'assurer une cohérence médico-soignante dans la conception et le pilotage du projet. Ce binôme garantit une articulation étroite entre les enjeux cliniques, organisationnels et managériaux, en veillant à ce que les choix retenus soient à la fois pertinents au regard des besoins en soins et réalistes dans leur mise en œuvre.

Ainsi, cette composition du COPIL stratégique permet de croiser les regards et d'assurer un équilibre entre exigences cliniques, contraintes médico-économiques, organisation des soins et expérience patient, au service d'un projet cohérent et soutenable.
Cette structuration de la gouvernance permet d'assurer une articulation claire entre le niveau stratégique institutionnel et le pilotage du projet, facilitant la prise de décision, la régulation des tensions et la sécurisation des choix organisationnels.

Pour répondre précisément à cette commande et présenter un projet finalisé avec le Professeur B., nous avons structuré cette phase préparatoire en deux temps. Le premier s'appuie sur la constitution d'un groupe de travail réunissant les responsables fonctionnels concernés par ces nouvelles activités, permettant de préciser les filières de patients et de transmettre aux cadres administratifs du DMU les éléments nécessaires à la révision du volet recettes.

En parallèle, un travail a été engagé avec la direction des travaux pour redéfinir les besoins en matière de restructuration architecturale des unités.
Enfin, un travail a également été initié avec la direction des affaires médicales pour organiser un temps d'échange dédié à l'évaluation du coût de la permanence des soins. Sur cette base, la réécriture du projet médical a pu être engagée.

3.2. Ecriture du nouveau projet médical

3.2.1. SWOTT et note de cadrage

Dans le cadre de la phase de diagnostic du projet, la réalisation d'un SWOT a constitué un outil d'analyse stratégique permettant d'identifier les principaux leviers et points de vigilance liés à la restructuration du CRUP et de l'hôpital de jour.

Cette analyse a permis de croiser les éléments internes au projet, tels que les ressources existantes, les compétences des équipes ou les contraintes organisationnelles, avec les facteurs externes liés aux évolutions de la psychiatrie, aux besoins du territoire et au contexte institutionnel.

Le SWOT a mis en évidence plusieurs forces soutenant la faisabilité du projet, parmi lesquelles l'expertise des équipes déjà en place, l'existence d'une dynamique collective autour de l'évolution des prises en charge ainsi que le soutien institutionnel porté à la psychiatrie dans le cadre des orientations actuelles de santé mentale.

Il a également permis d'identifier des opportunités importantes, telles que le projet du Nouveau Lariboisière, l'évolution des modes de financement ou encore le développement attendu des prises en charge ambulatoires et post-urgences.

À l'inverse, cette analyse a également permis d'objectiver plusieurs fragilités, notamment les contraintes architecturales initiales, les tensions en ressources humaines, les besoins en formation des nouveaux professionnels paramédicaux ainsi que la dépendance au recrutement médical pour sécuriser l'ouverture du dispositif.

Plusieurs risques ont également été identifiés, en particulier dans un contexte de fortes tensions hospitalières et budgétaires, marqué par des difficultés d'attractivité en psychiatrie et des incertitudes sur les financements futurs.

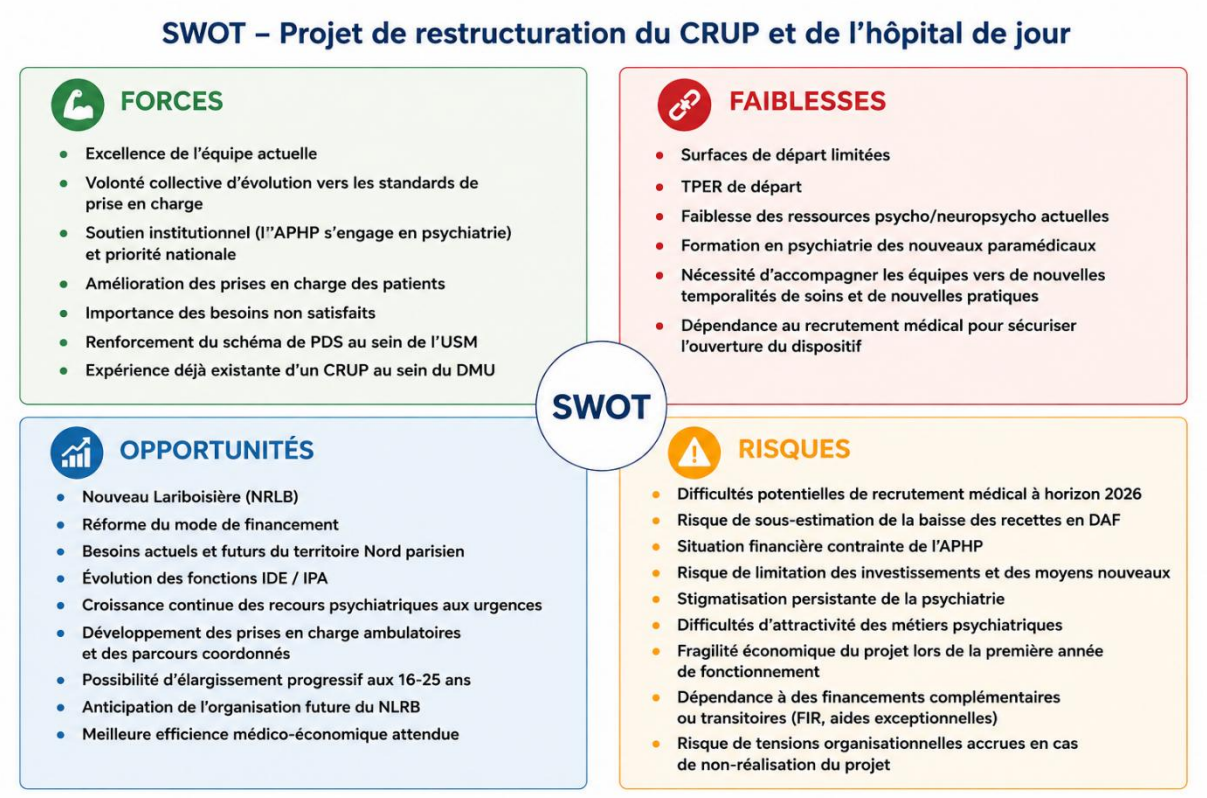


Figure 23 : SWOT – Phase diagnostic du projet

Les éléments issus du SWOT ont ainsi constitué un appui important dans l'élaboration de la note de cadrage du projet (annexe n°1). Ils ont contribué à clarifier les enjeux organisationnels, médico-économiques et stratégiques de la restructuration, tout en permettant d'identifier les principaux points de vigilance à anticiper dans la conduite du changement. Cette démarche a structuré les premières orientations du projet, les objectifs attendus, les acteurs à mobiliser ainsi que les modalités de gouvernance à mettre en place.

La note de cadrage est un document de référence partagé, indispensable pour sécuriser le pilotage du projet et accompagner progressivement les équipes dans cette transformation organisationnelle.
Elle formalise le contexte d'émergence, les objectifs institutionnels, les différentes étapes du calendrier prévisionnel, les moyens mobilisés ainsi que les critères d'évaluation attendus du projet.

3.2.2. Définition des nouvelles activités médicales

Ce travail de réécriture s'est appuyé sur une analyse critique de la version initiale du projet. Celle-ci apparaissait principalement construite en silo, centrée sur des modalités de prise en charge spécifiques, sans articulation suffisamment lisible entre les différentes composantes du parcours de soins.

Dans cette perspective, nous avons fait le choix de repositionner le projet dans une approche globale, structurée autour du parcours patient pour le CRUP et également sur l'identification précise des filières de prise en soins pour le futur HDJ.

L'objectif était également de pouvoir en démontrer la pertinence et la cohérence du projet, tant au sein du DUPMA que dans sa capacité à répondre de manière adaptée à la demande de soins à l'échelle du territoire.
Avec le Pr B., nous avons sollicité tous les responsables médicaux et des deux cadres de santé des secteurs de psychiatrie du département afin de constituer un groupe de travail. L'animation de ce groupe a été réalisée par le Pr B et moi-même.
Nous avons organisé deux séances de travail avec pour chacune d'entre elles des objectifs bien précis et présentés en amont aux participants.

Méthodologie de travail : nous nous inspirés de la méthode d'atelier collaboratif[21] proposé par l'agence régionale de santé (ARS) afin d'assurer une démarche de co-construction dès la formalisation du projet. Nous avons travaillé avec une technique de management visuel en projetant des maquettes de parcours patients et des tableaux de filières de prise en soins pour l'HDJ.

Séance 1 : Travail spécifique sur le CRUP et post CRUP avec les objectifs suivants :
1. Valider et formaliser le parcours patient
   - Décrire les étapes du parcours (admission, prise en charge, orientation)
   - Identifier les éléments d'activités (Indications, contre-indications, DMS)
   - Identifier les points de coordination entre acteurs
   - Formaliser un schéma de parcours
2. Définir l'activité du Post-CRUP
3. Evaluer les besoins médicaux
   - Identifier les ressources médicales nécessaires (temps médical, spécialités)
   - Identifier l'organisation médicale (rôles et responsabilités médicales des secteurs de soins)
   - Structurer l'articulation avec les autres dispositifs (HDJ, filières)

Séance 2 : Travail spécifique sur l'HDJ avec les objectifs suivants :
1. Définir les filières de patients
   - Evaluer le nombre de patients pris en charge
   - Définir le nombre de venues
2. Définir les besoins médicaux et autres métiers pour chacune des filières

Séance 3 : Restitution des deux réunions de travail - Validation des éléments identifiés pour finaliser l'écriture du projet réactualisé par l'exécutif du DMU par le Copil stratégique.

3.2.3. Définition et structuration de l'activité du CRUP

L'objectif est la mise en place d'une unité de courte durée avec une durée moyenne de séjour (DMS) prévisionnelle établie à 4 jours (la cible idéale restant 72 heures dans un contexte de fluidité meilleure globale), destinée à des patients présentant des troubles psychiatriques aigus nécessitant une prise en charge hospitalière brève, mais susceptibles d'être stabilisés rapidement.

[21] Agence Régionale de Santé Île-de-France, & Assistance Publique–Hôpitaux de Paris. (2023, octobre). Fiches méthodologiques de la gestion de projet en santé.
https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2024-05/Fichier%20MAJ%202705_compressed.pdf

Critères d'admissions au CRUP

- Des SAU de Lariboisière et Saint-Louis
- Des services MCO de Lariboisière (via l'ULUPA)
- Des structures ambulatoires de psychiatrie du département ou partenaires

Indications admissions patients vers le CRUP

Le CRUP prendra en charge les patients présentant une réaction aiguë à un facteur de stress, une crise suicidaire ou une tentative de suicide, un trouble de l'adaptation, des troubles dépressifs d'intensité légère à moyenne, une décompensation d'un trouble de la personnalité, un épisode d'hypomanie, un début de sevrage alcoolique avec comorbidités psychiatriques, ainsi qu'une intoxication associée à des symptômes psychiatriques.

Suites de l'hospitalisation en CRUP

- 1/3 d'hospitalisation en psychiatrie
- 2/3 retour à domicile, rendant nécessaire la mise en place d'un dispositif de transition permettant notamment d'éviter un nouveau recours aux urgences à court terme

Parcours patient CRUP Site Fernand Widal

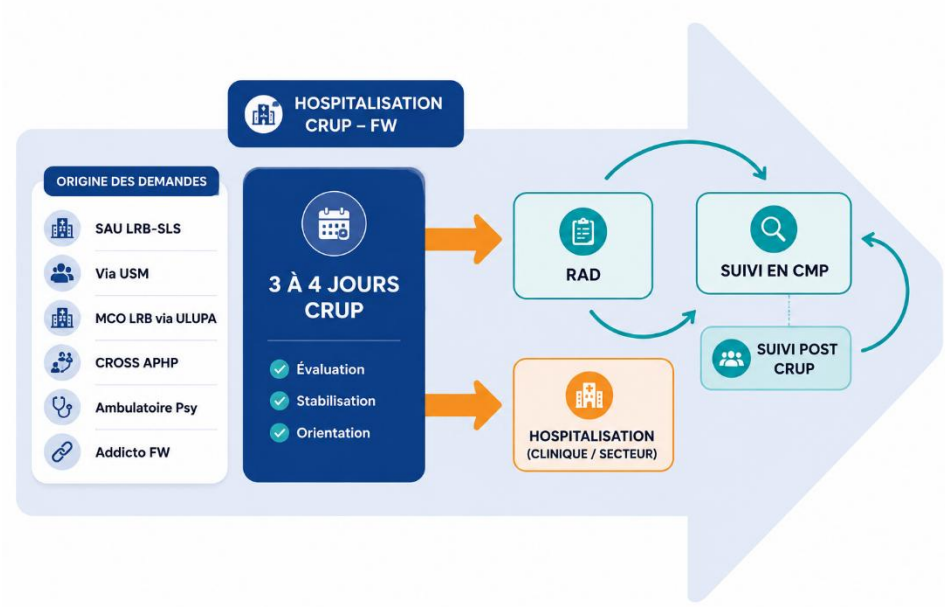


Figure 24 : Parcours patient - CRUP

3.2.4. Définition et structuration de l'activité de Post CRUP

L'ambulatoire post-CRUP assure la continuité des soins après la sortie du CRUP et prend la forme de consultations rapprochées sans recours à l'HC.

Il constitue un dispositif de transition dans l'attente d'un relais en CMP ou en libéral.
Modalités de prise en charge du Post CRUP

- 1re consultation dans la semaine de la sortie
- 5 consultations minimum par patient (durée : 1h)
- Entretiens familiaux

Evaluation des besoins médicaux

CRUP : Admissions patients + gestion de la salle = 0,5 PH + 1 assistant + 1,5 internes
Consultations ambulatoire intensif + post urgences : 0,5 PH + 1 assistant + 0,5 interne

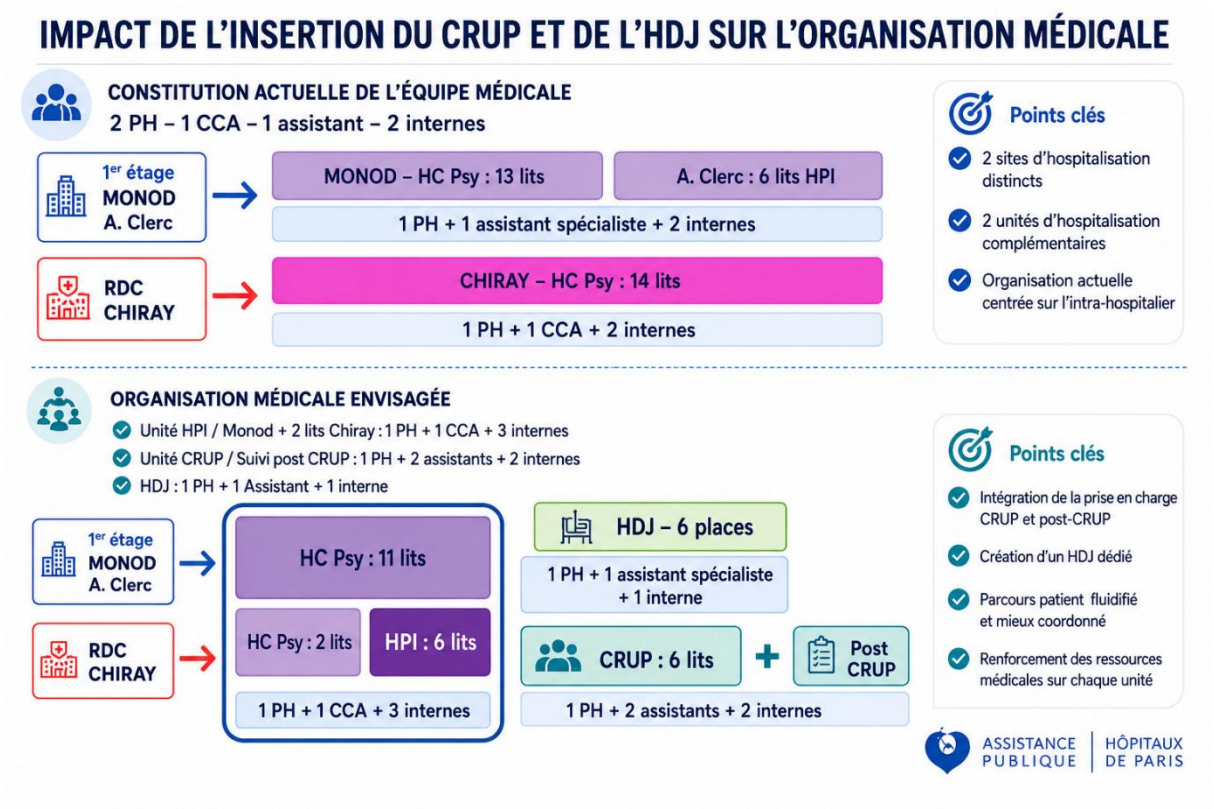


Figure 25 : Evolution de l'organisation médicale

3.2.5. Définition et structuration de l'activité d'HDJ

L'hôpital de jour (HDJ) pluridisciplinaire, doté de six places et ouvert cinq jours par semaine, constitue une alternative structurée à l'hospitalisation complète. Plusieurs filières de prise en charge ont été identifiées dans le cadre des groupes de travail :

- Accompagnement post-hospitalisation afin de limiter les réhospitalisations précoces
- Réalisation de bilans complexes pour les troubles de l'humeur
- Prise en charge des grands adolescents et jeunes adultes
- Évaluation des patients présentant des comorbidités psychiatriques, addictologiques ou neurodéveloppementales, notamment autour du TDAH

CONSTITUTION DES NOUVELLES FILIÈRES PATIENTS - FUTURE HDJ

	FILIÈRES	NB DE VENUES	NB DE PATIENTS	INTERVENANTS
NOUVELLES FILIÈRES	**Post hospitalisation** Programme d'éducation thérapeutique = 8 semaines	12	35	Psychiatre – Ide – psycho – neuropsycho – EAPA – ASE – Diététicien
	Bilans d'évaluation diagnostique et thérapeutique en lien avec la filière sur les Troubles Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité adulte (TDAH).	1,5	225	Psychiatre – Infirmier – Neuropsychologue +/- Psychologue
	Post bilan TDAH	12	-	Psychiatre – Neurologue Infirmier – Neuropsychologue
	GAJA : Bilan 1er épisode (SAU et Robert Debré)/ TDAH	3	12	Psychiatre – Psychologue Infirmier – Neuropsychologue
	Modules de neurostimulation : tDCS	9	12	Psychiatre – Infirmier – psychologue
FILIÈRES ACTUELLES À POTENTIEL DE DÉVELOPPEMENT	**Bilans d'évaluation diagnostique et thérapeutique des troubles de l'humeur complexes**	2	103	Psychiatre – Psychologue Infirmier – Neuropsychologue
	Cure de kétamine IV (actuellement pris en charge en HC)/ Introduction de traitement avec surveillance clinique	9	12	Psychiatre – Psychologue Infirmier
	Phénotypage des cytochromes de patients chimiorésistants	1	104	Psychiatre – Pharmacien – Infirmier

Figure 26 : Filières de la future HDJ

3.2.6. Impacts sur les ressources humaines

Evolution de la maquette médicale

Au regard des nouvelles activités médicales détaillées dans la partie précédente, une évaluation des besoins en permanence des soins médicaux a été réalisée en collaboration avec la Direction des affaires médicales (DAM).

Ce travail a permis d'identifier et de quantifier les moyens médicaux supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre du projet médical, présentés dans le tableau ci-dessous.

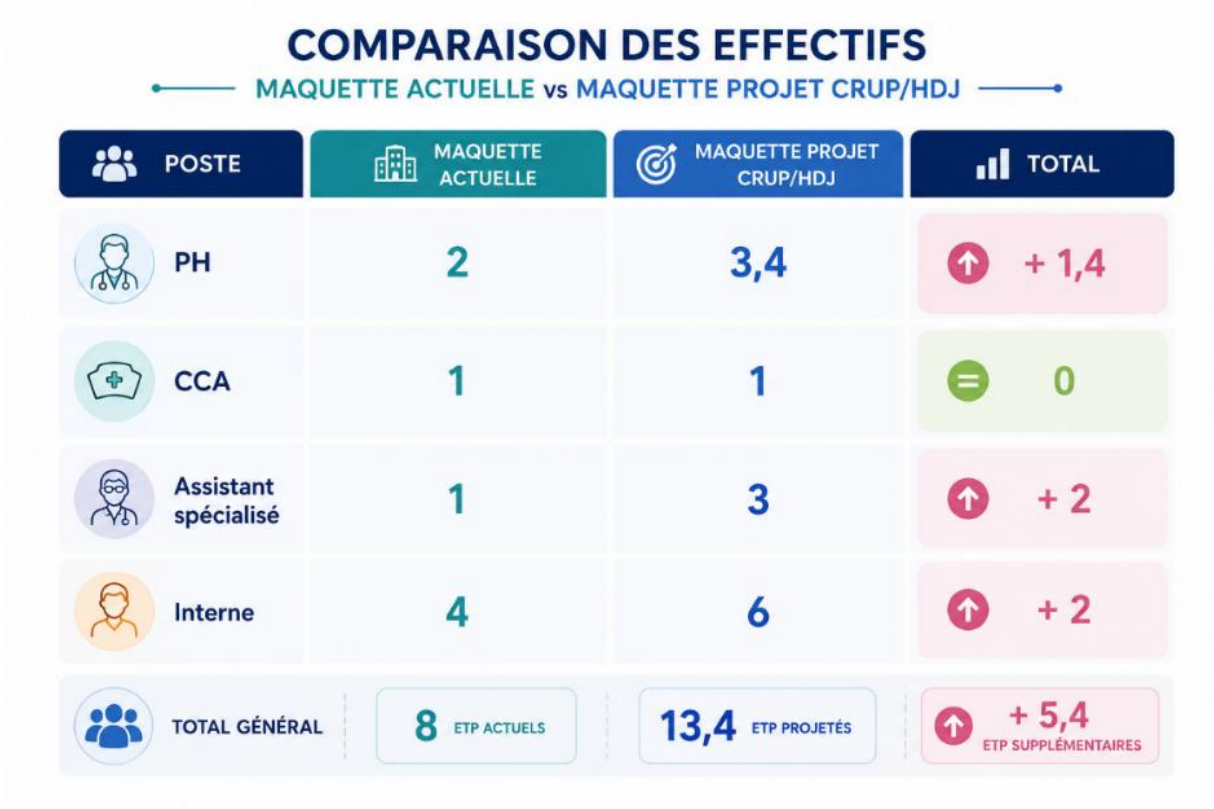


Figure 27 : Evolution de la maquette médicale

Evolution de la maquette organisationnelle paramédicale

Dans la continuité de l'évaluation réalisée afin d'identifier les besoins en ressources médicales liés aux nouvelles activités du projet de restructuration, une nouvelle maquette organisationnelle paramédicale a également été élaborée. Celle-ci vise à formaliser la répartition des postes de travail de jour et de nuit, par grade, au cours d'une semaine considérée comme « standard », pour un capacitaire préalablement défini.

Cette maquette constitue un outil de projection organisationnelle permettant d'objectiver les besoins en ressources humaines et de calculer le nombre de professionnels nécessaires en équivalent temps plein (ETP) par catégorie professionnelle, afin de garantir la permanence, la continuité et la sécurité des soins paramédicaux. Les deux catégories professionnelles identifiées sont les infirmiers diplômés d'état (IDE) et les aides-soignants (AS).

Pour le capacitaire actuel de 33 lits d'HC sur 3 unités, la maquette organisationnelle est la suivante :

EQUIPE PARAMÉDICALE – HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE DE PSYCHIATRIE

MAQUETTE ORGANISATIONNELLE – BESOINS EN ETP

Synthèse des besoins par catégorie et par période

UNITÉ	CATÉGORIES	PÉRIODE DE JOUR (Horaire J sem)			PÉRIODE DE NUIT (Horaire N sem de nuit)			TOTAL ETP (jour + nuit)
		Semaine	WE	Total ETP jour	Semaine	WE	Total ETP nuit	
HC 1 CHIRAY 14 lits	IDE	4,17	1,67	5,84	1,82	0,73	2,55	8,38
	AS	2,57	1,03	3,60	1,82	0,73	2,55	6,14
	AS ECT	0,77	0,00	0,77	0,00	0,00	0,00	0,77
	SH	1,26	0,00	1,26	0,00	0,00	0,00	1,26
HC 2 MONOD 13 lits	IDE	4,17	1,67	5,84	1,82	0,73	2,55	8,38
	AS	2,57	1,03	3,60	1,82	0,73	2,55	6,14
	Sélectionner	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Sélectionner	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
HC 3 A. CLERC 6 lits	IDE	4,17	1,67	5,84	1,82	0,73	2,55	8,38
	AS	2,57	1,03	3,60	1,82	0,73	2,55	6,14
	Sélectionner	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Sélectionner	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TOTAL GÉNÉRAL (HC 1 + HC 2 + HC 3)	TOTAL ETP IDE - JOUR	TOTAL ETP AS - JOUR	TOTAL ETP IDE - NUIT	TOTAL ETP AS - NUIT	TOTAL ETP IDE (jour + nuit)	TOTAL ETP AS (jour + nuit)
	17,52	11,57	7,65	7,65	25,17	19,22

Figure 28 : Maquette organisationnelle paramédicale actuelle

Afin d'élaborer la nouvelle maquette paramédicale, nous avons, avec la CPDMU, pris en compte les résultats du benchmark réalisé auprès d'autres unités de CRUP, cette activité étant la seule pour laquelle nous ne disposions pas d'expérience organisationnelle préalable au sein du service.

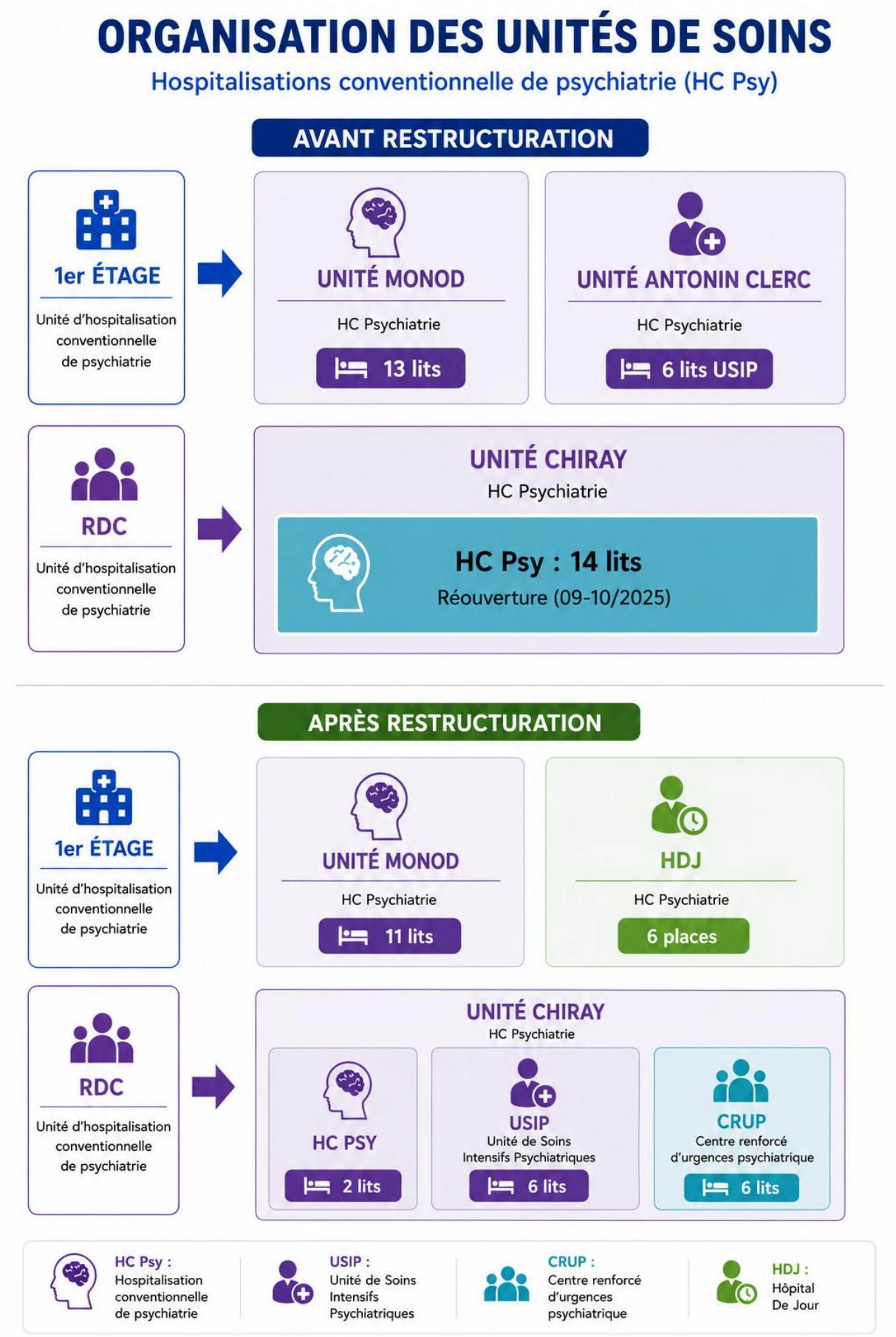


Figure 29 : Organisation paramédicale projetée

Cette réflexion a notamment été facilitée par l'expérience de la CPDMU au sein de l'unité de CRUP de l'hôpital Bichat, intégrée au DMU Neurosciences. Ces retours

d'expérience ont permis d'appuyer la construction organisationnelle du projet et d'objectiver certains choix en matière de fonctionnement et de ressources humaines.

Nous avons également intégré à cette réflexion l'évolution architecturale des futures unités de soins. En effet, l'organisation actuelle repose sur trois unités géographiquement distinctes. Les travaux prévus sur l'unité CHIRAY permettront de regrouper sur un même plateau l'activité de CRUP et l'activité de soins intensifs psychiatriques autour d'un poste de soins partagé.
À terme, l'organisation reposera donc sur deux plateaux d'HC et une unité d'hôpital de jour (Figure 29).

Cette restructuration a également constitué une opportunité pour repenser les compétences et les métiers nécessaires afin de répondre aux nouveaux enjeux organisationnels et aux évolutions des parcours patients. Ainsi, afin de répondre à l'objectif d'une DMS de trois ou quatre jours pour le CRUP, le besoin d'une infirmière de coordination (IDEC) a été identifié avec pour missions principales :

- Coordination des parcours de soins complexes (HC, HDJ, CRUP / post-CRUP) de l'admission à l'aval
- Anticipation et sécurisation des sorties pour prévenir les ruptures de soins et les ré hospitalisations
- Interface ville–hôpital : coordination avec CMP, équipes mobiles, HDJ et structures médico-sociales
- Accompagnement des patients et de leurs proches : adhésion aux soins et la continuité du parcours
- Appui à l'organisation et à la qualité : formalisation des parcours, suivi d'activité, projets institutionnels

Par ailleurs, le développement de l'activité d'HDJ nécessite des compétences spécifiques ainsi qu'une organisation du temps de travail différente de celle actuellement déployée en HC, principalement structurée autour de cycles en 12 heures.

Concernant le choix du schéma horaire de l'HDJ, nous nous sommes appuyées sur l'expérience déjà développée au sein des autres secteurs ambulatoires du DUPMA qui ont souffert en 2024 d'un manque d'attractivité. Lorsque nous avions interrogés les secteurs d'ambulatoire, un réel intérêt des professionnels pour des cycles de travail favorisant un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle avait été mis en évidence.

Dans cette perspective, il nous a semblé pertinent de proposer l'un des schémas horaires dits « innovants » actuellement développés au sein de l'AP-HP, avec une organisation en 9 heures permettant une semaine de travail sur quatre jours.

Cette évolution organisationnelle constituera également une opportunité d'harmoniser les fonctionnements du centre expert, des consultations spécialisées et de l'hôpital de jour du centre expert autour d'un même schéma horaire. Elle permettra de faciliter la mutualisation des ressources professionnelles et d'apporter davantage de souplesse dans le fonctionnement des équipes dans le cadre du projet de restructuration.

Cette organisation répond également à une demande déjà exprimée par l'équipe paramédicale du centre expert de pouvoir diversifier ses activités, notamment à travers le développement ateliers d'ETP et des entretiens infirmiers.
L'ensemble de ces réflexions organisationnelles et des besoins identifiés a permis d'aboutir à l'élaboration d'une nouvelle maquette paramédicale, présentée dans le tableau ci-dessous :

EQUIPE PARAMÉDICALE – HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE DE PSYCHIATRIE

MAQUETTE ORGANISATIONNELLE – SYNTHÈSE DES BESOINS EN ETP PAR CATÉGORIE ET PAR PÉRIODE

UNITÉ	PÉRIODE (semaines)	CAPACITÉ (lits)	CATÉGORIES		ORGANISATION HEBDOMADAIRE – SEMAINE (LUNDI AU VENDREDI) MATIN	INTERM	AP-MIDI	NUIT	WEEK-END MATIN	INTERM	AP-MIDI	NUIT	EFFECTIFS EN ETP HORAIRE J SEM	HORAIRE N SEM DE NUIT	HORAIRE J WE	HORAIRE N WE	ETP REQUIS
HC 1 CHIRAY 14 lits	nb de sem (6 lits CRUP – 8 lits HC dont 6 SI)	52,18	IDE	5	1	1	1	2	1	1	1	2	6,26	3,63	2,50	1,45	13,85
			AS	5	2	-	1	1	2	-	1	1	3,86	1,82	1,54	0,73	7,94
			AS ECT	3	1	-	-	-	-	-	-	-	0,77	0,00	0,00	0,00	0,77
			SH	5	1	-	-	-	-	-	-	-	1,26	0,00	0,00	0,00	1,00
HC 2 MONOD 11 lits	nb de sem 52,18	52,18	IDE	5	1	1	-	1	1	1	-	1	4,17	1,82	1,67	0,73	8,38
			AS	5	1	-	1	1	1	-	1	1	2,57	1,82	1,03	0,73	6,14
			AMA	5	1	-	-	-	-	-	-	-	1,26	0,00	0,00	0,00	1,00
			Cadre	5	1	-	-	-	-	-	-	-	1,30	0,00	0,00	0,00	1,00

TOTAL GÉNÉRAL (HC 1 + HC 2)	TOTAL ETP IDE – JOUR	TOTAL ETP AS – JOUR	TOTAL ETP IDE – NUIT	TOTAL ETP AS – NUIT	TOTAL ETP IDE (jour + nuit)	TOTAL ETP AS (jour + nuit)
	16,98	9,77	7,65	5,10	24,63	14,87

Figure 30 : Maquette organisationnelle paramédicale projetée

EQUIPE PARAMÉDICALE – HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE DE PSYCHIATRIE

MAQUETTE ORGANISATIONNELLE – HDJ MONOD

UNITÉ	PÉRIODE (semaines)	CAPACITÉ (lits)	CATÉGORIES	PÉRIODE DE JOUR (Horaire J sem) Semaine	WE	Total ETP jour	TOTAL ETP (jour uniquement)
HDJ MONOD 6 places	nb de sem 48,18	6 places	Cadre	0,00	0,00	0,00	0,00
			AS	1,38	0,00	1,38	1,38
			IDE	1,38	0,00	1,38	1,38
			IDEC parcours	1,00	0,00	1,00	1,00

TOTAL GÉNÉRAL HDJ MONOD (jour uniquement)	TOTAL IDE	TOTAL AS	TOTAL IDEC
3,76	1,38 (IDE uniquement)	1,38 (AS uniquement)	1,00 (IDEC parcours uniquement)

Figure 31 : Maquette organisationnelle paramédicale du nouvel HDJ

L'impact RH sur le plan paramédical est le suivant :
Pour l'hospitalisation, il y a des ETP en trop pour les IDE de jour, les AS de jour et les AS de nuit (Figure 32).

Avec les créations des postes d'HDJ et d'IDEC, un poste AS de l'HC peut être basculé sur le poste AS HDJ et un poste IDE peut être basculé sur le poste d'HDJ ou sur le poste d'IDEC.

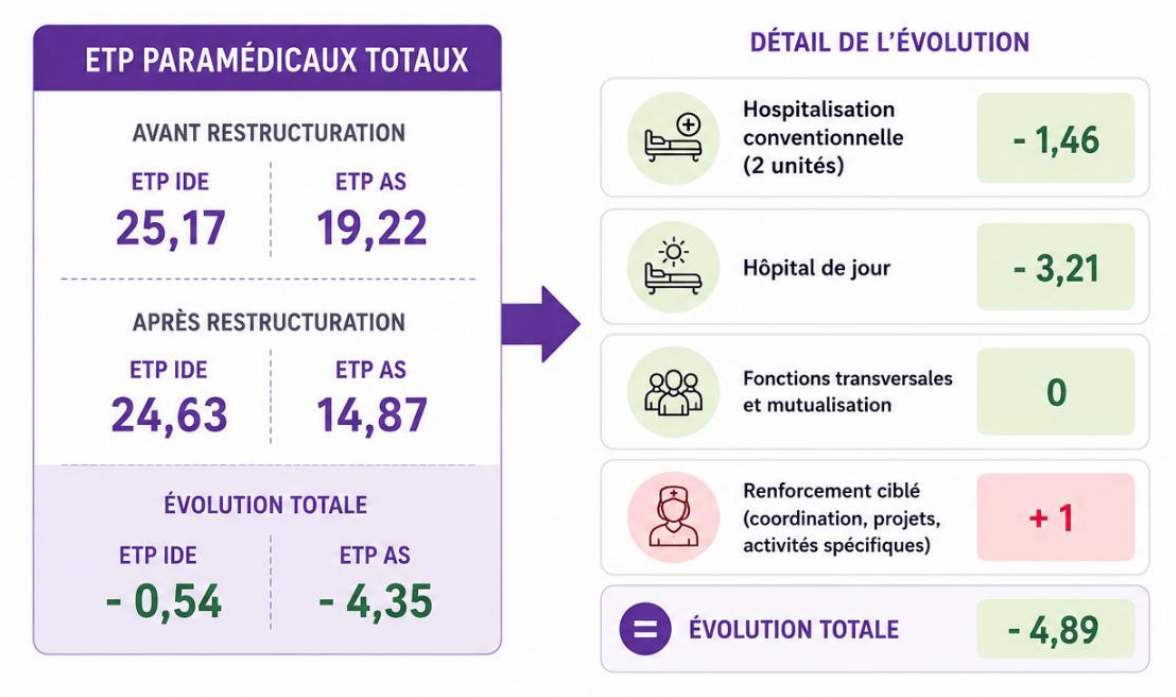


Figure 32 : Différentiel des postes paramédicaux avant / après restructuration

D'autres besoins en ressources humaines ont également été identifiés afin de soutenir le développement des nouvelles activités portées par CRUP et l'HDJ. Dans cette perspective, la création d'un poste de psychologue à temps plein apparaît nécessaire afin de répondre aux besoins cliniques spécifiques de ces dispositifs.

Sur le CRUP, ce professionnel assurerait notamment des interventions de crise, des entretiens familiaux, des évaluations standardisées et des orientations psychothérapeutiques, ainsi que des psychothérapies de soutien adaptées aux situations aiguës.

Au sein de l'HDJ, il participerait à l'animation de groupes de thérapie cognitive et comportementale ainsi qu'aux programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP), participant ainsi au développement d'une prise en charge globale et structurée.

Par ailleurs, la création d'un poste de neuropsychologue, partagé avec le centre expert, a également été identifiée comme nécessaire. Ce professionnel interviendrait principalement dans le cadre des activités de l'HDJ à travers la réalisation de bilans neuropsychologiques, la co-animation de groupes thérapeutiques et le développement des activités de remédiation cognitive.

Il participerait également à l'évaluation des techniques de neurostimulation, notamment la stimulation transcrânienne à courant direct (tDCS) et l'ECT, au sein de l'HC. Enfin, son intégration permettrait de renforcer la dimension universitaire et de recherche du projet par sa participation aux protocoles de recherche développés au sein du service.

Ce travail autour de la maquette organisationnelle sera intégré à l'analyse médico-économique du projet, afin d'objectiver les impacts en ressources humaines et d'évaluer le coût global de cette restructuration.

3.3. Analyse médico-économique du projet de restructuration

Dans la continuité du travail de réactualisation du projet médical et organisationnel, une analyse médico-économique a été réalisée afin d'évaluer l'impact de la restructuration sur l'activité, les ressources humaines, les investissements nécessaires ainsi que les recettes prévisionnelles associées au projet. Cette analyse s'est appuyée sur une note de chiffrage élaborée en collaboration avec les directions fonctionnelles, notamment la direction des affaires financières, la direction des affaires médicales et la direction de l'investissement et de la maintenance.

L'objectif de cette démarche était de pouvoir objectiver la soutenabilité du projet, tout en démontrant sa cohérence au regard des besoins de soins identifiés, des contraintes capacitaires actuelles et des enjeux de fluidification des parcours psychiatriques au sein du GHU.

3.3.1. Evolution du capacitaire et impact en activité et en recettes

Le capacitaire d'HC psychiatrique passerait théoriquement de 33 lits budgétés à 19 lits d'HC ouverts, auxquels s'ajouteraient six lits de CRUP et six places d'HDJ. Toutefois, cette évolution doit être nuancée au regard de la réalité capacitaire observée depuis plusieurs années.
En effet, depuis 2021, le capacitaire réellement ouvert ne dépasse pas 13 lits d'HC, l'unité CHIRAY étant fermée de manière prolongée en raison des difficultés de recrutement paramédical.

En année pleine, avec un TOC prévisionnel de 90 %, l'activité théorique d'hospitalisation complète de psychiatrie pour un capacitaire de 33 lits est estimée à **10 184 journées prévisionnelles par an**.
Dans le cadre du projet de réorganisation, l'hypothèse retenue d'un capacitaire réduit à 19 lits d'hospitalisation complète, liée notamment à la fermeture de deux lits en chambre triple au sein de l'unité Monod, conduirait à une activité prévisionnelle estimée à **6 242 journées par an**.
Cette évolution représenterait une diminution de **3 942 journées d'hospitalisation**, soit une baisse d'environ **39 %** de l'activité prévisionnelle d'hospitalisation complète de psychiatrie.

	Capacitaire	Moyenne lits ouverts	Nb de journées prévisionnelles/an
2026: HC PSY - 33 lits HC	33	31	10 184
dont tx occupation 90%			
H1: MN - 19 lits HC	19	19	6 242
dont tx occupation 90 %			

Figure 33 : Hypothèse d'évolution d'activité pour l'HC de psychiatrie avec un capacitaire de 19 lits

Dans ce contexte, le projet ne constitue pas une réduction supplémentaire de l'offre actuellement opérationnelle mais plutôt une restructuration de l'offre existante qui adapte les modalités de prise en charge aux besoins actuels des patients et aux tensions hospitalières observées sur les parcours psychiatriques aigus.
Cette évolution s'explique par la diminution attendue de la durée moyenne de séjour grâce au développement du CRUP et de l'HDJ.

3.3.2. Impacts du développement du CRUP

Dans ce projet de restructuration, le futur CRUP sera organisé autour d'un capacitaire cible de 6 lits. Les projections d'activité ont été réalisées sur la base d'une durée DMS prévisionnelle de 5 jours avec un TOC cible de 85 %.
À pleine capacité, l'activité théorique annuelle est estimée à 2 190 journées d'hospitalisation, correspondant à environ 372 séjours par an. Toutefois, afin de permettre une montée en charge progressive du dispositif et d'accompagner l'installation des équipes et des organisations, une ouverture progressive du CRUP est envisagée.

L'année de démarrage reposera ainsi sur une ouverture initiale à 3 lits pendant les deux premiers mois, avant un passage à 6 lits à partir du troisième mois. Dans cette configuration transitoire, l'activité prévisionnelle de la première année est estimée à 1 703 journées d'hospitalisation, soit environ 341 séjours.

Cette montée en charge progressive permet d'adapter progressivement les organisations de soins, de sécuriser les parcours patients et d'accompagner le développement du nouveau dispositif dans des conditions organisationnelles maîtrisées.

Année de démarrage :
- 2 mois avec 3 lits
- Puis passage à 6 lits

	Séjours
Mois 1	16
Mois 2	16
Mois 3	31
Mois 4	31
Mois 5	31
Mois 6	31
Mois 7	31
Mois 8	31
Mois 9	31
Mois 10	31
Mois 11	31
Mois 12	31
Total	**341**

CRUP	Année N	Montée en charge (3 lits -> 2 mois)
Journées théoriques	2 190	2 004
Taux occupation - 85%	1 862	1 703
DMS prévisionnelle	5	5
Séjours	**372**	**341**

Figure 34 : Hypothèse d'évolution d'activité pour le CRUP

Chiffrage des recettes (DMS 5 jours et TOC à 85%)

L'identification des recettes prévisionnelles liées au projet de restructuration a nécessité un travail étroit de collaboration entre la CADMU, les médecins des différents secteurs d'activité et la direction de l'information médicale (DIM). Cette démarche visait à objectiver l'impact médico-économique du projet à partir des futures modalités de prise en charge envisagées.

Dans cette perspective, il était nécessaire d'identifier précisément les différentes filières de patients et les typologies de prises en charge associées afin de déterminer le *case mix*. Ce dernier correspond aux différents groupes homogènes de malades (GHM) pris en charge au sein du CRUP avec au regard la valorisation de chacun des groupes.

Le fait de disposer déjà d'un CRUP au sein du DMU Neurosciences a constitué un appui important, permettant de s'appuyer sur une activité existante et sur des

données déjà analysées avec les équipes médicales amenées à porter le futur dispositif.

Ce travail a ensuite conduit à définir, pour chaque filière de soins, une DMS cible, un TOC prévisionnel ainsi qu'un volume attendu de patients et de séjours, en cohérence avec le capacitaire retenu.
Cette méthodologie s'inscrit dans les principes du contrôle de gestion hospitalier, visant à articuler évolution de l'activité, organisation des parcours de soins et soutenabilité médico-économique du projet.

Cible				
Racine GHM	% séjours	Nb séjours	RMCT tarifs 2026	Valorisation théorique
19M116 Névroses dépressives	0,6 %	223	2 482 €	554 400 €
19M14 Troubles bipolaires	0,1 %	37	2 787 €	103 759 €
19M02 Troubles aigus de l'adaptation	0,1 %	37	2 144 €	79 836 €
20Z04 Ethylisme avec dépendance	0,1 %	37	2 877 €	107 105 €
GHM très courte durée	0,1 %	37	667 €	24 823 €
TOTAL CRUP		**372**	**2 337 €**	**869 924 €**

Année montée en charge				
Racine GHM	% séjours	Nb séjours	RMCT tarifs 2026	Valorisation théorique
19M116 Névroses dépressives	0,6 %	204	2 482 €	507 314 €
19M14 Troubles bipolaires	0,1 %	34	2 787 €	94 947 €
19M02 Troubles aigus de l'adaptation	0,1 %	34	2 144 €	73 055 €
20Z04 Ethylisme avec dépendance	0,1 %	34	2 877 €	98 009 €
GHM très courte durée	0,1 %	34	667 €	22 715 €
TOTAL CRUP		**341**	**2 337 €**	**796 040 €**

Figure 35 : Hypothèse du case mix pour le CRUP

Recettes liées à l'activité en consultations externes du post CRUP

	Cible				Montée en charge		
	Volume patient	Volume CS ambulatoire	Tarif	Valorisation théorique	Volume patient	Volume CS ambulatoire	Valo
Ambulatoire post CRUP	248	1 241	52,00 €	64 532 €	227	1 136	59 051 €

Figure 36 : Hypothèse de valorisation d'activité de consultation post CRUP

3.3.3. Développement de l'hôpital de jour psychiatrique

Concernant l'activité d'hôpital de jour, un travail d'analyse prévisionnelle a également été réalisé à partir des différentes filières de prise en charge identifiées dans le projet médical. Pour chacune d'entre elles, nous avons estimé la file active attendue, le nombre de venues par patient ainsi que le volume théorique de journées ou de demi-journées de prise en charge.

Cette démarche a également conduit à identifier, pour certains parcours de bilans spécialisés, les examens complémentaires nécessaires, afin d'intégrer leur impact dans l'évaluation médico-économique globale du projet et dans l'estimation des recettes associées.

Filières	Nb de venues/patient	File active	Journées théoriques	dont journées	dont demie -journées
Bilans d'évaluation diagnostique et thérapeutique des troubles de l'humeur complexes -> 103 patients	2	103	206	206	
Bilans d'évaluation diagnostique et thérapeutique en lien avec la filière sur les Troubles Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité adulte (TDAH) = 1 journée pleine et 0,5 dj -> 225 patients	1,5	225	338	225	225
Gaja - Bilans 16-25 ans (RDB-SAU) => à affiner	2	12	24	24	
Modules de neurostimulation : tDCS (dj) -> 12 patients	9	12	54	0	108
Cure de kétamine IV (actuellement pris en charge en HC)/ Introduction de traitement avec surveillance clinique -> 12 patients	9	12	108	108	
Phénotypage des cytochromes de patients chimiorésistants -> 104 patients	1	104	104	104	
Post HC psychiatrie -> 35 patients	12	35	420	420	
Post bilan TDAH (groupe moyenne 6) ->150 patients	12	150	1 800	1800	
Files actives		653	3 054	2 887	333

Figure 37 : Hypothèse de valorisation d'activité de l'HDJ

3.3.4. Investissements et charges associées au projet

L'analyse financière du projet intègre également les coûts liés aux travaux de restructuration, aux équipements et aux charges de fonctionnement induites. Les travaux nécessaires à la création des nouveaux espaces de soins ont été estimés à 291 000 euros, principalement pour l'aménagement du CRUP, de l'HPI et de l'HDJ.

Les investissements en équipements biomédicaux, hôteliers et informatiques ont été évalués à environ 60 000 euros.

Concernant les charges de fonctionnement, le projet repose sur une logique de réorganisation des ressources existantes et de mutualisation des professionnels entre les différentes activités du secteur. L'analyse des maquettes organisationnelles met notamment en évidence une diminution des besoins paramédicaux sur certains postes d'HC, permettant de réallouer une partie des ressources vers les nouvelles activités d'HDJ et de coordination des parcours.

3.3.5. Perspectives de recettes et soutenabilité du projet

Enfin, l'analyse médico-économique a permis d'identifier plusieurs sources potentielles de valorisation financière du projet, notamment à travers l'activité MCO du CRUP et le développement de l'activité ambulatoire psychiatrique.

Le développement du CRUP devrait ainsi générer une valorisation d'activité estimée entre 749 000 et 936 000 euros selon les hypothèses d'activité et de DMS retenues.

Restructuration de la psychiatrie - Fernand Widal

CHARGES	CRUP + HDJ	HC	Année cible
CHARGES DE PERSONNEL			**378 345 €**
Personnel Medical			463 417 I
ETPR sénior			*3,4*
Dépenses sénior			*333 417 I*
PDS - garde d'interne			*130 000 I*
Personnel Non medical			-85 072 €
ETPR IDE			*1,0*
ETPR IDEC			*-1,46*
ETPR psychologue			*6,4*
ETPR AS			*1,0*
CHARGES A CARACTERE MEDICAL			**21 800 €**
Médicaments et DMI in GHS	20 979 I	-14 203 I	6 777 €
Autres fournitures médicales	11 207 I	-8 465 €	2 742 €
Réactifs	3 253 I	-1 133 €	2 121 €
Autre	10 161 I	0 €	10 161 €
CHARGES A CARACTERE HOTELIER & GENERAL			**4 519 €**
Fournitures bureau/informatique	4 000 I	-2 663 €	1 337 €
Linge Et Habillement	3 000 I	-2 933 €	67 €
Fournitures hôtelières	12 161 I	-9 046 €	3 115 €
CHARGES FINANCIERES & EXCEPTIONNELLES			**63 250 €**
Amortissements des travaux			60 000 €
Amortissements des équipements			3 250 €
TOTAL CHARGES DIRECTES D'EXPLOITATION			**467 914 €**
CHARGES INDUITES	22 861 I	-59 130 €	**-36 270 €**
dont Laboratoire	41 582 I	-16 232 €	25 351 €
dont Explorations fonctionnelles	0 I	-28 826 €	-28 826 €
dont Imagerie	2 286 I	-4 436 €	-2 149 €
TOTAL CHARGES INDUITES			**-36 270 €**
TOTAL CHARGES DIRECTES ET INDUITES			**431 645 €**
TOTAL FRAIS DE STRUCTURE			**98 262 €**
TOTAL DES CHARGES			**529 907 €**
RESULTAT FRAIS DE STRUCTURE INCLUS			**431 645 €**

PRODUITS	Année cible
RECETTES D'ACTIVITES	**869 924 €**
Activité des séjours	869 924 I
Nb de séjours HC	*302*
RMCT	*2 337 I*
RECETTES EXTERNES	**64 532 €**
CNPSY	*248*
Dotations	**-117 278 €**
dont dotation populationnelle	*0 I*
dont DFA	*-117 278 I*
TOTAL RECETTES DIRECTES D'EXPLOITATION	**817 178 €**
TOTAL DES PRODUITS	**817 178 €**
RESULTAT DES PRODUITS	**817 178 €**
SOLDE	**385 533 €**

Figure 38 : Analyse médico-économique du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie – Site Fernand Widal – Mars 2026

Au-delà des enjeux financiers, cette analyse met surtout en évidence la volonté de repositionner l'offre de soins psychiatriques autour de parcours plus fluides, plus gradués et davantage articulés entre hospitalisation complète, urgences psychiatriques et ambulatoire intensif.
Cette restructuration s'inscrit ainsi dans une logique de transformation des organisations de soins, conciliant amélioration des parcours patients, soutenabilité organisationnelle et adaptation aux besoins actuels du territoire.

3.3.6. Validation du nouveau projet médical

À l'issue de la phase préparatoire, le projet médical réactualisé, accompagné de la note de chiffrage révisée, a été présenté au comité de pilotage stratégique pour validation, avant transmission à la direction de l'hôpital.

Cette étape a permis de vérifier la cohérence entre les choix organisationnels retenus, les besoins en ressources et les équilibres médico-économiques, et de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes institutionnelles avant l'engagement de la phase opérationnelle du projet.

Le projet a ensuite été porté par la direction de l'hôpital auprès de la Direction de la stratégie et de la transformation de la Direction générale de l'AP-HP. Nous avons obtenu une validation du projet ainsi qu'un financement des mesures nouvelles associées à cette restructuration.

Cette décision a été prise de manière exceptionnelle, en dehors des périodes habituelles de dialogue budgétaire, organisées autour de l'EPRD, document financier de référence permettant aux établissements de santé de construire et d'ajuster leur trajectoire budgétaire annuelle. Les arbitrages budgétaires sont habituellement réalisés en novembre pour l'EPRD initial et en juin lors de l'EPRD modificatif.

Cette validation hors calendrier témoigne d'un véritable soutien institutionnel de l'AP-HP, mais également du GHU, malgré un contexte financier particulièrement contraint

limitant fortement les possibilités de défendre des mesures nouvelles en dehors des périodes budgétaires habituelles.

Cette validation institutionnelle a permis d'engager la phase de déploiement opérationnel du projet et la mise en œuvre concrète des nouvelles organisations de soins.

3.4. Déploiement opérationnel

3.4.1. Réunion de lancement du projet

Conformément à la recommandation de Néré[22] (2021), des entretiens individuels préalables ont été conduits auprès de l'ensemble des parties prenantes avant la tenue de la réunion de lancement formelle.

Ces entretiens ont pour objectif de permettre à chacun de prendre connaissance des orientations du projet dans un cadre confidentiel, d'exprimer ses interrogations sans la pression du groupe, et de se préparer à contribuer de manière constructive aux échanges collectifs. Ils m'ont également permis d'identifier, en amont, les points de tension potentiels et les acteurs nécessitant un accompagnement particulier.

La réunion de lancement du projet réunit l'ensemble des équipes médicales et soignantes, autour d'une présentation structurée du projet, de ses objectifs, de son calendrier et de ses modalités de gouvernance.

Ce premier temps collectif est fondamental, car il marque symboliquement le passage de la phase préparatoire à la phase opérationnelle et donne au projet sa dimension officielle. Il doit permettre à chacun de comprendre le sens de la transformation engagée, de se situer dans le projet, et de disposer d'un même niveau d'information, condition indispensable à la construction d'une dynamique collective.

3.4.2. Constitution des instances de l'équipe projet

La gouvernance du projet s'appuie sur une organisation structurée en trois instances complémentaires, conformément aux recommandations de la méthode projet de l'ANAP[23]. Cette organisation vise à garantir une articulation fluide entre les dimensions stratégiques, décisionnelles et opérationnelles du projet, tout en sécurisant sa mise en œuvre et son appropriation par les équipes.

Le comité projet (CoProj) assure le pilotage global et la coordination opérationnelle du projet. Il permet de suivre l'avancement des actions, d'assurer la traçabilité des décisions et de réguler les difficultés rencontrées au fil du déploiement.

Les COPIL opérationnels CRUP et HDJ constituent des espaces de travail pluriprofessionnels centrés sur la co-construction des organisations et l'adaptation du projet aux réalités du terrain. Un binôme pour chacun des COPILS opérationnels a été constitué avec une fiche mission (annexes 3 et 4). Ces fiches missions permettent de clarifier les rôles, les responsabilités et les périmètres d'intervention de chaque copilote dans le cadre du projet.

Cette organisation en instances coordonnées favorise ainsi une dynamique de conduite du changement continue, soutenant à la fois la réactivité opérationnelle, l'implication des acteurs et la sécurisation des parcours patients dans un contexte de transformation organisationnelle important.

[22] Néré, J.-J. (2021). Chapitre III. Les phases d'un projet. Le Management de projet (p. 62-106). Presses Universitaires de France

[23] Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. (s. d.). Outils de gestion de projet. https://anap.fr/s/gestion-projet

Instance	Finalité / Rôle stratégique	Rôles clés (régulation / arbitrage / soutien)	Membres	Périodicité Reporting	Objets de travail / Régulation
Comité projet (CoProj)	Assurer la coordination opérationnelle quotidienne et le suivi fin des actions	• **Piloter** l'avancement opérationnel • **Coordonner** les acteurs • **Suivre** les indicateurs • **Ajuster** en continu • **Assurer** la traçabilité des décisions	Chefs de projet Pr B. Lydia SAIDANI – CSS	**Hebdomadaire**	✓ Suivi du plan d'action – Résolution de problèmes ✓ Coordination équipe ✓ Ajustements opérationnels
COPIL opérationnel CRUP	Décider opérationnellement le projet en s'appuyant sur le travail réel et la co-construction	• **Piloter** la mise en œuvre opérationnelle • **Animer** les groupes de travail pluriprofessionnels • **Produire** les livrables • **Organiser** la montée en compétence • **Identifier** et réguler les écarts entre travail prescrit et réel	**Pilotes :** JCS RUF – HC Psy **Contributeurs :** RUF USM IDEC ULUPA Binôme IDE/AS HC psy Psychologue	**Hebdomadaire avec le CoProj**	✓ Parcours patient CRUP y compris articulation avec les acteurs d'aval (CMP, libéral, consultation FW) ✓ Arbre décisionnel ✓ Modules de formation (objectifs pédagogiques à définir) ✓ Suivi des actions ✓ Points de blocage terrain
COPIL opérationnel HDJ	Structurer l'organisation du HDJ et sécuriser la qualité des prises en charge	• **Formaliser** les organisations et rôles • **Construire** les parcours patients patients • **Optimiser** la planification des soins • **Accompagner** la conduite du changement • **Ajuster** les organisations au regard des contraintes réelles	**Pilotes :** CS PH HC Psy **Contributeurs :** RUF CE PUPH filière TDAH IPA CE IDE HDJ / CE Représentante Neuropsychologue	**Hebdomadaire avec le CoProj**	✓ Fiches de poste ✓ Parcours patients HDJ : TDAH, 16–25, bilan cas complexes, keta... ✓ Contenu des groupes thérapeutiques ✓ Organisation / agenda ✓ Schéma horaire en 9h ✓ Préparation des instances

Figure 39 : Instances de la phase opérationnelle du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie

3.4.3. Planification des différentes phases du projet

Cette phase opérationnelle repose sur plusieurs axes structurants. La communication constitue un élément transversal du projet et se déploiera tout au long de sa mise en œuvre. Elle s'appuie sur des temps d'information réguliers, des réunions avec les équipes et des supports institutionnels visant à favoriser la compréhension des enjeux, l'adhésion des professionnels et la diffusion continue des informations relatives au projet.

Parallèlement, plusieurs groupes de travail ont déjà été constitués afin d'associer les professionnels à la réflexion organisationnelle et aux modalités concrètes de mise en œuvre des nouvelles activités. Ces groupes ont vocation à intervenir aussi bien en amont du déploiement qu'après l'ouverture des dispositifs, dans une logique d'ajustement continu des organisations et d'amélioration des pratiques.

Une phase de formation et d'immersion des professionnels est également prévue avant l'ouverture des nouvelles activités. Dans ce cadre, des temps d'observation et d'immersion ont été identifiés au sein du CRUP de l'hôpital Bichat, afin de permettre aux équipes de se familiariser avec les modalités de fonctionnement de ce type de dispositif et d'accompagner la montée en compétences des professionnels.

Le démarrage des nouvelles activités est programmé à l'issue des travaux, avec une ouverture prévisionnelle début septembre 2026. Toutefois, la phase d'accompagnement ne se limite pas à la mise en œuvre opérationnelle du projet. Elle se poursuivra après l'ouverture des dispositifs, à travers le suivi des indicateurs d'activité et de qualité, des temps d'évaluation réguliers, des réajustements organisationnels et la poursuite de groupes de travail sur les thématiques nécessitant une évolution des pratiques ou des organisations.

Dans cette phase opérationnelle, le rôle du cadre supérieur de santé s'inscrit à un double niveau.
D'une part, un positionnement stratégique visant à participer à la validation des différentes étapes du projet, au suivi des actions engagées et au « reporting » auprès des directions institutionnelles.

D'autre part, un rôle d'accompagnement des équipes opérationnelles, notamment des cadres de santé, afin de soutenir le développement de leurs compétences en gestion de projet, en conduite du changement et en animation collective.
Cela implique une présence régulière auprès des équipes, un appui méthodologique dans l'animation des groupes de travail ainsi qu'une vigilance particulière à maintenir des espaces d'échange favorisant l'implication des professionnels comme acteurs du changement, dans une dynamique participative plutôt que descendante.

Le diagramme de Gantt détaillant l'ensemble des étapes, des jalons, des acteurs impliqués et des échéances prévisionnelles du projet est présenté en annexe 5.



Figure 40 : Présentation des grandes phases opérationnelles du projet de restructuration de l'HC de psychiatrie

3.5. Accompagnement de l'équipe projet

La mise en place du CRUP s'inscrit dans une conduite du changement importante, venant modifier les pratiques professionnelles, les repères organisationnels et les modalités de prise en charge. Au regard de ce niveau de transformation, un accompagnement structuré, articulant communication, formation et accompagnement de proximité, apparaît nécessaire pour accompagner les équipes.

Cette phase opérationnelle repose ainsi sur une organisation du pilotage articulée entre plusieurs niveaux de responsabilité. En binôme avec le chef de service, nous assurons le pilotage stratégique du projet afin de garantir une cohérence entre les

dimensions médicales, soignantes, organisationnelles et institutionnelles de la restructuration. Ensemble, nous définissons les orientations stratégiques, sécurisons les ressources nécessaires et assurons le suivi global du projet.

Même si j'avais déjà conduit des projets complexes auparavant, ces expériences avaient été réalisées dans une posture de cadre de santé, au plus près du pilotage opérationnel. Dans le cadre de cette restructuration, ma fonction de cadre supérieur de santé m'amène à investir une dimension davantage stratégique du pilotage, avec des enjeux de coordination institutionnelle, d'accompagnement des cadres de santé et de cohérence globale du projet.

Cette cohérence stratégique est ensuite déclinée au niveau opérationnel par le binôme médico-soignant associant le cadre de santé de l'HC et le responsable médical de l'unité fonctionnelle (RUF). Le fonctionnement en binôme médico-soignant constitue ainsi un levier important dans la conduite du changement des organisations de soins. Il permet de croiser les regards professionnels, de soutenir la coopération interprofessionnelle et de renforcer la lisibilité des décisions prises auprès des équipes.

Cette organisation repose également sur un principe de subsidiarité, visant à positionner chaque niveau d'encadrement et les professionnels au plus près des décisions relevant de leur champ d'action. Ainsi, au niveau stratégique, mon rôle consiste à accompagner les cadres de santé dans la conduite du projet et dans l'accompagnement du changement, tout en leur laissant l'autonomie nécessaire pour adapter les modalités opérationnelles aux réalités du terrain.

Cette évolution de posture m'a conduit à mettre en place un accompagnement managérial spécifique des cadres de santé impliqués dans le projet. Au-delà du suivi opérationnel, il était nécessaire de m'assurer qu'ils disposent des ressources, des outils et des compétences nécessaires pour accompagner eux-mêmes le changement auprès des équipes soignantes. Cet accompagnement porte notamment sur la communication, l'animation des groupes de travail, la régulation des tensions et l'accompagnement des équipes dans les transformations du travail réel.

Dans le même temps, les cadres de santé déploient eux-mêmes ce principe de subsidiarité auprès des équipes soignantes, en favorisant leur implication dans les groupes de travail, les réflexions organisationnelles et les ajustements des pratiques professionnelles. L'objectif est de permettre aux professionnels de devenir pleinement acteurs des transformations engagées, en s'appuyant sur leur expertise du travail réel et leur capacité à proposer des ajustements adaptés aux nouvelles organisations de soins.

Dans cette perspective, ma posture managériale vise à soutenir l'engagement des professionnels autour d'une vision commune du projet, tout en favorisant leur participation aux évolutions organisationnelles. L'enjeu est de permettre aux équipes de comprendre le sens des transformations engagées, d'identifier leur place dans le projet et de devenir progressivement actrices des nouvelles organisations de soins.

Cette logique favorise ainsi l'appropriation progressive du changement, le renforcement du collectif de travail et une meilleure adhésion au projet.

3.5.1. Communication

Dans les travaux de Moutot et Autissier[24] (2023), la communication occupe une place centrale dans la conduite du changement. Elle ne constitue pas uniquement un outil de transmission d'informations mais un véritable levier permettant de donner du sens au projet, de rendre visible une future organisation de travail et de favoriser progressivement l'appropriation du changement par les professionnels.

Le plan de communication poursuit plusieurs objectifs : garantir un même niveau d'information à l'ensemble des professionnels concernés par le projet, permettre une compréhension progressive des évolutions organisationnelles, favoriser l'adhésion des équipes et accompagner les différents temps du changement. Il doit également permettre de garder une traçabilité des informations transmises et des questionnements exprimés, notamment par la rédaction systématique de comptes rendus consultables tout au long du projet.

La communication constitue un levier central de ma posture de cadre supérieur de santé dans la conduite de ce projet de restructuration. Elle s'organise à trois niveaux complémentaires, permettant d'articuler les dimensions stratégiques, opérationnelles et de proximité du projet.

Un premier niveau concerne le « reporting » institutionnel et la communication auprès des directions fonctionnelles. Réalisé en étroite collaboration avec mon binôme chef de service, copilote médical du projet, ce travail vise à assurer une coordination régulière avec les différentes directions impliquées dans la restructuration. Il permet de rendre compte de l'avancée du projet, des difficultés identifiées et des arbitrages nécessaires auprès de la direction des soins, de la direction des ressources humaines, de la direction des affaires financières ou encore de la direction des travaux. Cette communication institutionnelle participe à sécuriser le pilotage global du projet et à maintenir une cohérence entre les orientations stratégiques et les réalités du terrain.

Un second niveau de communication concerne l'accompagnement des copilotes opérationnels du projet, à savoir le cadre de santé et le responsable médical de l'unité fonctionnelle (RUF). Dans une logique de soutien managérial et de conduite du changement, un temps hebdomadaire de suivi est organisé entre le pilotage stratégique et les copilotes opérationnels. Ces temps permettent d'assurer le suivi de l'avancée du projet, d'anticiper les difficultés organisationnelles et d'accompagner les cadres de santé dans leur rôle de proximité auprès des équipes soignantes.

Enfin, un troisième niveau de communication est destiné aux équipes soignantes. Cette communication de proximité s'inscrit dans une volonté de maintenir des espaces d'information et de dialogue tout au long du projet. Certains temps sont organisés à la demande des cadres de santé, tandis que d'autres relèvent d'un choix stratégique de présence de notre part en tant que pilotes du projet, notamment lors des annonces importantes, des réunions institutionnelles ou des temps collectifs consacrés aux impacts organisationnels de la restructuration. Cette présence vise à soutenir la compréhension des enjeux, favoriser l'adhésion des professionnels et accompagner progressivement les équipes dans l'appropriation des nouvelles organisations de soins

Dans une première phase de sensibilisation, il est important de pouvoir réunir l'ensemble des professionnels afin de partager le contexte, les enjeux institutionnels et

[24] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance. (5e éd.). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.autis.2023.01.

les objectifs de cette évolution de l'offre de soins afin de donner du sens au projet. Ce premier temps d'échange permet également aux professionnels d'exprimer leurs questionnements et leurs inquiétudes.

Dans un second temps, la communication s'appuie sur des modalités plus participatives favorisant l'implication progressive des professionnels dans le projet. Cette dynamique repose notamment sur les groupes de travail, les retours d'expérience et les échanges autour des futures organisations de soins. Des équipes déjà confrontées à ce type d'organisation, notamment le CRUP de Bichat, peuvent également être sollicitées afin de partager leur expérience et apporter des éléments concrets sur les futures modalités de fonctionnement.

Enfin, durant les phases de déploiement et de stabilisation, la communication doit permettre d'accompagner les ajustements organisationnels, de valoriser les expérimentations réalisées et de soutenir l'ancrage progressif des nouvelles pratiques.

La création d'une newsletter interne constitue également un outil intéressant pour assurer la continuité de l'information tout au long du projet de restructuration.

3.5.2. Formation

Le développement des compétences constitue un levier central pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles dans le cadre de cette restructuration. Dans les travaux de Moutot et Autissier[25] (2023), la formation constitue un des leviers majeurs de la conduite du changement, dans la mesure où elle permet aux professionnels d'acquérir les connaissances et les repères nécessaires pour investir progressivement les nouvelles situations de travail.

Un plan de formation continue et interne existe déjà au sein du service d'HC de psychiatrie. Celui-ci doit évoluer afin d'intégrer les futurs besoins liés à l'ouverture du CRUP et au développement des nouvelles modalités de prise en charge. L'objectif n'est pas uniquement de transmettre des savoirs théoriques mais également de permettre aux professionnels de pouvoir se projeter progressivement dans les futures organisations de travail.

Le contenu des formations s'appuie principalement sur les nouvelles pathologies prises en charge au sein du CRUP, les techniques de désescalade, la gestion des situations de crise ainsi que les nouvelles modalités de prise en charge ambulatoire intensive. Dans une logique de lisibilité et d'appropriation des contenus, il paraît important de centrer les sessions de formation sur quelques notions clés directement mobilisables dans les futures situations de travail, afin d'éviter une surcharge théorique qui pourrait limiter l'appropriation des apprentissages.

Dans une logique de co-construction et de valorisation des compétences internes, il paraît également pertinent de constituer des trinômes IDE/AS/médecins afin de participer à l'élaboration des contenus pédagogiques et à l'animation des sessions de formation. Cette approche permet à la fois de renforcer la dynamique collective autour du projet et de favoriser une meilleure articulation entre les différentes approches professionnelles.

La formation ne peut cependant pas reposer uniquement sur des apports théoriques formels. L'apprentissage informel et expérientiel occupe une place importante dans

[25] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance. (5e éd.). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.autis.2023.01.

l'acquisition des compétences professionnelles, notamment à travers les échanges entre pairs, l'observation et la confrontation aux situations réelles de travail.

Dans cette perspective, la formation va également pouvoir s'appuyer sur des temps d'immersion au sein d'un CRUP du même groupe hospitalier. Pendant la période des travaux, il est proposé à l'ensemble des soignants de réaliser une ou deux journées — ou nuits — d'immersion afin d'être confrontés à des situations de travail proches de celles qu'ils rencontreront lors de l'ouverture du CRUP sur Fernand-Widal.

Cette approche par la formation en situation de travail, associée à des temps de retour d'expérience, permet d'anticiper l'acquisition des savoir-faire et de débuter l'appropriation progressive des nouvelles modalités de prise en charge dans une logique expérientielle du changement. Elle permet également de favoriser les échanges entre professionnels expérimentés et équipes en cours d'appropriation de cette nouvelle activité, dans une dynamique proche du compagnonnage décrit par les auteurs.

Enfin, il apparaît important d'inscrire ce plan de formation dans une logique d'évaluation continue afin de pouvoir ajuster les contenus pédagogiques et identifier les besoins complémentaires d'accompagnement. Cette évaluation pourra s'appuyer à la fois sur le retour des professionnels formés, sur l'observation des pratiques en situation de travail et sur les besoins identifiés par l'encadrement au cours de la phase de déploiement du projet.

3.5.3. Accompagnement

Un soutien de proximité doit être assuré tout au long du projet, y compris après la phase de déploiement. Il repose sur une démarche de co-construction avec les équipes, permettant d'ajuster progressivement l'organisation du travail au regard des difficultés rencontrées sur le terrain. Cet accompagnement est porté au niveau opérationnel par le binôme CS/RUF, avec le soutien du cadre supérieur de santé et du chef de service, qui assurent un rôle de régulation, de soutien et d'arbitrage, tout en veillant à la cohérence globale du projet.

Dans cette perspective, la constitution de groupes de travail pluridisciplinaires dédiés à l'élaboration des procédures, protocoles et organisations cibles permet d'inscrire le changement dans le travail réel. Cette dynamique favorise l'appropriation progressive des nouvelles pratiques en mobilisant l'expertise des professionnels et en soutenant une démarche de co-construction, en cohérence avec le principe de subsidiarité.

Cette dynamique participative est déjà présente au sein du service d'HC de psychiatrie, notamment à travers le déploiement, depuis janvier 2025, d'EDT organisés mensuellement. Ces espaces auront une place importante dans cette période de transformation organisationnelle, en permettant aux professionnels d'analyser collectivement les situations de travail, d'identifier les difficultés rencontrées et de construire des propositions d'amélioration adaptées aux nouvelles modalités de prise en charge.

Ces temps d'échanges s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, reposant sur un constat partagé, l'identification d'axes d'amélioration, la mise en œuvre d'actions, des phases d'expérimentation puis leur évaluation afin de pérenniser ou de réajuster les organisations mises en place. Le plan d'actions est ainsi porté par les professionnels eux-mêmes dans cette redéfinition progressive du travail collectif autour de la nouvelle activité de soins.

La mise en place d'espaces d'expérimentation comme des tests organisationnels, ajustements progressifs et retours d'expérience permettront également de soutenir une adaptation progressive et pérenne des pratiques professionnelles. Cette approche favorise une appropriation plus sécurisante du changement, en laissant aux équipes la possibilité d'expérimenter et d'ajuster les nouvelles organisations avant leur stabilisation.

La mise en œuvre de cet accompagnement s'inscrit dans un calendrier progressif. Une première phase, d'environ un mois, est consacrée à l'information et à la communication autour du projet. Elle est suivie d'une phase de formation et de préparation opérationnelle, sur une période de deux à trois mois, notamment durant les travaux, permettant aux professionnels de se former et de réaliser des immersions au sein d'unités de CRUP déjà existantes.

La phase de déploiement du CRUP s'accompagne ensuite d'un suivi rapproché durant les trois premiers mois, avec des temps réguliers d'évaluation, de régulation et d'ajustement des organisations. Enfin, une phase de pérennisation, sur les six mois suivants, permettra d'inscrire progressivement les nouvelles pratiques dans la durée, en s'appuyant sur les retours d'expérience des équipes et les différents indicateurs de suivi du projet.

Pour l'accompagnement spécifique RH

L'impact RH sur le plan paramédical met en évidence un excédent d'ETP sur certains postes au sein de l'HC, concernant les IDE de jour, les AS de jour ainsi que les AS de nuit (Tableau X). Dans le cadre de la restructuration et du développement des nouvelles activités, notamment la création de l'HDJ et du poste d'IDEC parcours, une réorganisation des ressources paramédicales a pu être envisagée. Ainsi, un poste d'aide-soignant d'HC peut être redéployé vers l'HDJ, tandis qu'un poste IDE peut être réaffecté soit vers l'HDJ, soit vers la fonction d'IDEC parcours.

Cette réflexion organisationnelle a été menée en étroite collaboration avec la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins. Une réunion de travail associant la directrice des soins, la directrice des ressources humaines, la cadre de santé de l'HC et l'encadrement supérieur a permis de valider la maquette organisationnelle cible et d'anticiper les conséquences RH de la restructuration. Cette réunion a également permis de présenter et d'analyser les modalités de mise en œuvre de la procédure de mobilité interne de l'AP-HP, afin d'accompagner les professionnels concernés.

Dans un second temps, une démarche d'accompagnement individualisée a été engagée auprès des équipes impactées par la réorganisation. Les aides-soignants de nuit ont été rencontrés en priorité afin de leur présenter les évolutions organisationnelles ainsi que les modalités de mobilité envisageables. Concernant les professionnels de jour, deux agents contractuels en CDD avaient été informés dès leur recrutement de l'existence du projet de restructuration et du risque potentiel de non-reconduction de leur contrat à son terme.

S'agissant des infirmiers, le choix a été fait, dans un premier temps, de privilégier une démarche fondée sur l'adhésion au projet et la valorisation des nouvelles perspectives professionnelles. Les fiches de poste relatives aux fonctions d'IDEC parcours et d'infirmier d'HDJ ont ainsi été présentées aux équipes afin de permettre aux professionnels intéressés de se positionner. Une échéance au 15 juin a été fixée pour recueillir les candidatures volontaires. En l'absence de positionnement sur ces nouveaux postes, les professionnels concernés intégreront alors la procédure institutionnelle de mobilité interne.

3.6. Suivi, évaluation et amélioration continue

Le pilotage du projet ne peut se limiter à un suivi calendaire du déploiement. Il nécessite la mise en place d'indicateurs de suivi permettant d'évaluer à la fois les impacts organisationnels, médico-économiques, RH et qualitatifs de la restructuration. Ces indicateurs devront permettre d'objectiver rapidement les effets produits par les nouvelles organisations et d'ajuster les actions engagées si nécessaire.
Plusieurs zones de vigilance peuvent être identifiées dans le cadre du projet de restructuration et de la mise en place du CRUP.

Sur le plan contextuel, l'objectif d'une durée moyenne de séjour courte, estimée entre quatre et cinq jours, constitue une contrainte organisationnelle importante pouvant parfois se confronter aux besoins cliniques de certains patients. De plus, le CRUP s'inscrit comme unité d'aval de l'unité de santé mentale du SAU dans un contexte de forte tension des urgences psychiatriques. Cette tension est renforcée par le cadre réglementaire fixé par les autorisations de l'ARS, le CRUP ne pouvant accueillir que des patients en hospitalisation libre.

Sur le plan organisationnel, la transformation de lits d'HC en dispositif de type CRUP implique une évolution importante des modalités de prise en charge, avec des séjours plus courts, des mouvements de patients plus fréquents et une intensification des soins. Cette évolution peut entraîner des difficultés de coordination, de continuité des prises en charge et d'articulation entre les différents acteurs du parcours patient.

Cette réorganisation aura également des impacts sur les conditions de travail des professionnels et sur la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). L'activité de CRUP, centrée sur des patients en situation de crise, avec une temporalité de soins courte et intensive, peut majorer les exigences émotionnelles, la charge mentale et l'intensité du travail. Dans cette perspective, plusieurs dimensions de la QVCT apparaissent particulièrement sensibles, notamment celles relatives à l'organisation du travail, au dialogue professionnel et au soutien collectif.

Sur le plan des ressources humaines, les nouvelles modalités de soins peuvent générer des résistances liées à la perte de repères professionnels, à des représentations différentes du soin psychiatrique aigu ou encore à un sentiment d'insécurité face à des situations cliniques plus complexes. L'intensification potentielle de la charge de travail constitue également un point de vigilance majeur.

Ces nouvelles situations de travail nécessiteront un accompagnement spécifique afin de permettre aux professionnels de développer progressivement de nouvelles compétences individuelles et collectives. Comme le souligne Mayen (2012)[26], les compétences se construisent dans et par l'activité. Dans ce contexte, les nouvelles situations professionnelles liées au CRUP pourront constituer un levier de développement des compétences, à condition que ce processus soit soutenu par un accompagnement managérial et des espaces de régulation collective.

Cette évolution organisationnelle pourra également venir interroger les équilibres du collectif de travail. Dejours (2013)[27] rappelle que les coopérations professionnelles reposent sur l'élaboration progressive de règles communes issues de la confrontation des pratiques et des expériences professionnelles. Le maintien d'espaces de dialogue

[26] Mayen, P. (2012). *Le développement des compétences dans les situations de travail*. In P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (4e éd., p. 109-124). Paris : Duno

[27] Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 61(2), 11-18. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rppg.061.0011

et de coopération apparaît ainsi essentiel pour accompagner durablement cette transformation.

Une attention particulière doit également être portée aux recrutements médicaux nécessaires au fonctionnement cible du projet. La capacité du département à sécuriser ces recrutements pour la rentrée 2026 constitue une des principales zones de risque identifiées par la direction. Cette vigilance apparaît d'autant plus importante dans un contexte de tensions nationales sur les effectifs médicaux en psychiatrie.

Sur le plan médico-économique, la réforme actuelle du financement de la psychiatrie et l'introduction progressive d'une logique de financement à l'activité constituent également un facteur d'incertitude. Une éventuelle sous-estimation de la baisse de la DAF psychiatrie pourrait fragiliser l'équilibre économique du projet durant sa phase initiale de montée en charge.

Enfin, sur le plan architectural et matériel, les contraintes liées aux surfaces disponibles et à l'adaptation des locaux dans un contexte financier contraint peuvent représenter un facteur de difficulté supplémentaire, notamment concernant la sécurisation des espaces et leur adéquation avec les exigences d'un CRUP.

L'ensemble de ces éléments justifie la mise en place d'un suivi régulier des effets du projet, à partir d'indicateurs organisationnels, RH, médico-économiques et qualitatifs, afin d'ajuster progressivement les organisations et d'accompagner durablement les équipes dans cette transformation.

3.6.1. Définition des objectifs et indicateurs

Dans le cadre du pilotage de cette mesure nouvelle, des indicateurs de suivi sont définis afin d'évaluer plusieurs dimensions du projet : la fluidité des parcours patients, la soutenabilité médico-économique du dispositif, la stabilité organisationnelle ainsi que les effets du changement sur les professionnels et la qualité des prises en charge. Ces indicateurs permettent d'assurer un suivi régulier du déploiement du CRUP et d'identifier les ajustements organisationnels nécessaires

Suivi de l'activité et des parcours patients

Le suivi de l'activité permet d'évaluer la capacité du CRUP à répondre aux objectifs de fluidification des parcours et de réduction des tensions aux urgences psychiatriques.
Les indicateurs retenus concernent notamment :

- Le nombre de passages psychiatriques aux urgences
- Le nombre d'admissions au CRUP via l'USM
- Le taux de retour précoce aux urgences
- Le nombre de patients orientés vers le post-CRUP

Un indicateur spécifique porte également sur le délai entre la décision médicale d'orientation depuis l'USM et l'admission effective au CRUP. Cet indicateur permet d'évaluer la fluidité réelle des parcours et d'identifier précocement d'éventuelles tensions capacitaires ou organisationnelles.

Sur le plan de l'activité et des parcours patients, le suivi du nombre d'admissions au CRUP, du TOC (avec un objectif à 85%), de la DMS (avec un objectif à 5 jours maximum), des taux de réhospitalisation ou encore du nombre de patients orientés vers l'HDJ et le post-CRUP permet d'évaluer la capacité du dispositif à améliorer la fluidité des parcours et à limiter les recours répétés aux urgences.

Ces indicateurs sont particulièrement importants au regard de l'objectif central du projet : développer une prise en charge de crise courte, intensive et coordonnée.

Suivi médico-économique

Le suivi médico-économique constitue un enjeu central du projet dans le contexte actuel de réforme du financement de la psychiatrie.
Le suivi des recettes T2A, de l'évolution de la DAF psychiatrie, des écarts entre les hypothèses théoriques et les recettes réellement perçues ainsi que du coût global RH permet d'évaluer la soutenabilité économique du projet.

Une attention particulière est portée à la qualité du codage de l'activité, notamment à travers un suivi régulier réalisé avec le CADMU et la direction de l'information médicale. Ce suivi permet d'objectiver rapidement les écarts éventuels liés à la montée en charge de l'activité ou aux effets de la réforme du financement.

Le GHU s'engage par ailleurs à assurer un monitoring rapproché de ces données dès les premiers mois de fonctionnement afin de mettre en œuvre, si nécessaire, des mesures correctrices portant notamment sur la DMS, le TOC ou encore l'organisation des parcours patients.

Suivi RH et organisationnel

Sur le plan organisationnel et des ressources humaines, plusieurs indicateurs permettront d'évaluer la stabilité des équipes et l'accompagnement des professionnels dans l'évolution des pratiques.

Les indicateurs retenus après le déploiement seront :

- Le taux de vacance des postes médicaux et paramédicaux
- Les délais de recrutement
- Le taux d'absentéisme
- Le nombre d'arrêts maladie
- Le turn-over des équipes
- Le nombre de professionnels formés
- Le taux de participation aux formations et groupes de travail
- Le nombre d'immersions réalisées dans les CRUP partenaires

Suivi qualité et conduite du changement

Enfin, des indicateurs qualitatifs permettront d'évaluer l'appropriation progressive du projet par les équipes ainsi que les effets du changement sur la qualité des prises en charge.

Les indicateurs suivis seront :

- La satisfaction des patients et des proches
- Les questionnaires e-satis
- Le nombre d'évènements indésirables déclarés
- Le nombre d'EDT réalisés
- Le taux de participation aux EDT
- Le suivi des plans d'actions issus des groupes de travail
- Le nombre de participation au plan de formation

Les évènements indésirables liés à la sécurité des locaux ou à l'inadéquation des équipements feront également l'objet d'un suivi spécifique.

L'ensemble de ces indicateurs devra s'inscrire dans une logique de pilotage continu du projet, associant à la fois les dimensions organisationnelles, humaines et médico-

économiques, afin de sécuriser la phase de déploiement puis l'ancrage durable des nouvelles modalités de prise en charge

3.6.2. Évaluation des effets du projet et amélioration continue

Les effets du projet doivent être évalués de manière régulière à partir d'indicateurs quantitatifs mais également des retours des professionnels et des patients. Cette évaluation permettra d'identifier rapidement les difficultés rencontrées et d'ajuster progressivement les organisations si nécessaire. Elle s'inscrit dans une logique d'amélioration continue de la qualité des soins et d'accompagnement durable du changement.

Sur le plan contextuel, le CRUP s'inscrit dans un environnement particulièrement contraint. En tant qu'unité d'aval de l'USM du SAU, il devra répondre à des tensions importantes liées aux urgences psychiatriques tout en respectant le cadre réglementaire fixé par les autorisations de l'Agence Régionale de Santé (ARS), limitant les admissions aux patients en hospitalisation libre.

Par ailleurs, l'objectif d'une durée moyenne de séjour courte, estimée entre quatre et cinq jours, constitue une contrainte temporelle importante pouvant parfois se confronter aux besoins cliniques de certains patients.
Le suivi du délai entre la décision médicale d'orientation depuis l'USM et l'admission effective au CRUP, de la DMS et du TOC permettra d'objectiver les tensions organisationnelles, les difficultés d'accès au dispositif ou les éventuels engorgements des parcours.

L'introduction d'un financement reposant partiellement sur une logique d'activité renforce également les enjeux de traçabilité, de codage et de suivi médico-économique. Le suivi du codage des activités, assuré en lien avec le cadre administratif du DMU et la direction de l'information médicale, permettra de veiller à la qualité et à la conformité du codage de cette nouvelle activité. Cette vigilance apparaît essentielle dans le contexte actuel de réforme du financement de la psychiatrie.

Sur le plan organisationnel, la transformation de lits d'HC en dispositif de type CRUP implique une évolution importante des modalités de prise en charge, avec des séjours plus courts, plus intensifs et des mouvements de patients plus fréquents. Cette évolution peut entraîner des difficultés de planification des soins, de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux ainsi que des tensions sur la continuité des prises en charge.

Pour permettre aux équipes de partager les irritants en lien avec cette nouvelle activité, les EDT déjà déployés au sein du service d'HC occuperont une place importante dans l'analyse des effets de la restructuration sur le travail réel. Ces espaces permettront aux professionnels d'exprimer les difficultés rencontrées, d'identifier collectivement les ajustements nécessaires et de participer à la redéfinition progressive des organisations de travail.

Cette dynamique rejoint les travaux d'Autissier et Moutot[28] (2023), qui soulignent l'importance des espaces participatifs dans l'accompagnement des transformations organisationnelles. Les groupes de travail, les temps de retour d'expérience et les phases d'expérimentation permettront ainsi de soutenir une adaptation progressive des pratiques professionnelles et de favoriser une appropriation durable du changement par les équipes.

Sur le plan des ressources humaines, l'évolution des pratiques peut générer des résistances liées à la perte de repères professionnels, à des représentations du soin différentes ou encore à un sentiment d'insécurité face à des situations cliniques plus aiguës. L'intégration d'une nouvelle typologie de prise en charge, associée à des mouvements de patients plus fréquents et à une intensification des soins, peut entraîner une augmentation de la charge de travail ainsi qu'une majoration des exigences émotionnelles.

Cette restructuration aura donc nécessairement des impacts sur la QVCT des professionnels. En effet, plusieurs dimensions de la QVCT de travail devront être particulièrement investies, notamment celles relatives à l'organisation du travail, au dialogue professionnel, au soutien collectif et au développement des compétences.

Comme le souligne Mayen[29] (2012), les compétences se construisent dans et par l'activité. Les nouvelles situations de travail liées au CRUP peuvent ainsi constituer un levier de développement professionnel, à condition que les équipes bénéficient d'un accompagnement adapté et de temps d'élaboration collective.

Cette dynamique contribue également à la consolidation du collectif de travail. Dejours[30] (2013) rappelle en effet que les coopérations professionnelles reposent sur l'élaboration progressive de règles communes issues de la confrontation des pratiques et des expériences professionnelles. Les espaces d'échanges et les temps de retour d'expérience apparaissent ainsi essentiels pour soutenir la coopération pluriprofessionnelle dans ce contexte de transformation organisationnelle.

Enfin, sur le plan matériel, l'adaptation des locaux et des équipements aux exigences du CRUP, dans un contexte architectural et financier contraint, peut représenter une difficulté supplémentaire, notamment concernant la sécurisation des espaces et leur adéquation aux nouvelles modalités de prise en charge.

Les effets du projet pourront ainsi être évalués à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs, en comparant les résultats attendus aux résultats observés. L'amélioration de la fluidité des parcours pourra être objectivée par la réduction des délais d'accès au CRUP, une DMS conforme aux objectifs et un TOC adapté.

Une stabilisation des indicateurs tels que l'absentéisme, les arrêts maladie ou les départs pourra traduire une meilleure appropriation du changement par les professionnels. Les retours des équipes lors des EDT ainsi que les questionnaires de satisfaction permettront également d'évaluer le vécu du changement et la qualité des prises en soins.

---

[28] Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance. (5e éd.). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.autis.2023.01.

[29] Mayen, P. (2012). *Le développement des compétences dans les situations de travail*. In P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (4e éd., p. 109-124). Paris : Dunod

[30] Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 61(2), 11-18. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rppg.061.0011

Enfin, l'analyse des évènements indésirables et des retours d'expérience permettra d'identifier les ajustements nécessaires et d'inscrire progressivement les nouvelles organisations dans une dynamique durable d'amélioration continue.

Conclusion

Ce projet de restructuration de l'hospitalisation conventionnelle de psychiatrie du site Fernand Widal illustre la complexité des transformations hospitalières actuelles, marquées par des enjeux organisationnels, humains, territoriaux et médico-économiques de plus en plus imbriqués. Dans un contexte d'évolution des besoins en santé mentale, de tensions hospitalières et de contraintes institutionnelles croissantes, cette restructuration vise à construire des organisations de soins plus coordonnées, plus réactives et davantage adaptées aux parcours des patients.

Au-delà de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation, ce travail met en évidence que la réussite d'un projet de transformation repose avant tout sur la capacité à articuler une vision stratégique avec les réalités du terrain. La cohérence entre les dimensions médicales, soignantes et institutionnelles apparaît essentielle pour garantir la lisibilité du projet, soutenir les collectifs de travail et accompagner les équipes dans des évolutions parfois déstabilisantes.

Ce projet souligne également que les enjeux médico-économiques occupent désormais une place centrale dans le pilotage des organisations hospitalières. La soutenabilité financière d'un projet conditionne aujourd'hui sa faisabilité, sa pérennité et sa capacité à répondre durablement aux besoins du territoire. Pour autant, cette logique d'efficience ne peut être dissociée des enjeux humains, de la qualité des prises en charge et des conditions de travail des professionnels.

Cette réflexion m'a amené à approfondir ma vision du management hospitalier et du rôle du cadre supérieur de santé dans les transformations organisationnelles. Elle confirme que le pilotage d'un projet ne repose pas uniquement sur des outils de gestion, des indicateurs ou des arbitrages institutionnels, mais également sur la capacité à créer du lien, à maintenir des espaces de dialogue et à accompagner les équipes dans la durée.

En ce sens, la conduite du changement ne constitue pas une démarche ponctuelle mobilisée uniquement lors des phases de restructuration. Elle s'inscrit dans une dynamique managériale quotidienne, fondée sur l'écoute, la concertation, la cohérence des décisions et la reconnaissance du travail réel. Donner du sens aux évolutions, associer les professionnels aux réflexions organisationnelles et soutenir les collectifs apparaissent alors comme des éléments essentiels pour construire une relation de confiance durable.

Finalement, ce projet confirme que la confiance constitue probablement l'un des leviers les plus déterminants dans l'accompagnement des transformations hospitalières. Elle conditionne l'engagement des équipes, facilite l'appropriation des nouvelles organisations et permet d'inscrire les changements dans une dynamique collective et durable au service de la qualité des soins et des parcours patients.

BIBLIOGRAPHIE

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. (s. d.). Outils de gestion de projet. https://anap.fr/s/gestion-projet

Agence Régionale de Santé Île-de-France, & Assistance Publique–Hôpitaux de Paris. (2023, octobre). Fiches méthodologiques de la gestion de projet en santé. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2024-05/Fichier%20MAJ%202705_compressed.pdf

Artières, P., Bourdillon, F., Collet, L., Compagnon, C., Delion, P., Falissard, B., Lansiaux, A., Lenoble, E., Le Bail, M., & Prigent, A. (2025). La politique de santé mentale. Les Tribunes de la santé, 83. SEVE.

AP-HP Nord – Université Paris Cité. (2026). *Le projet d'établissement de l'AP-HP. Nord – Université Paris Cité 2021-2025*. Consulté le 4 avril 2026, sur https://hopital-bichat.AP-HP.fr/projet-etablissement-2021-2025

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (s. d.). *10 engagements pour améliorer l'accueil et l'accompagnement des patients : l'AP-HP lance un plan d'actions sur 3 ans*. https://www.AP-HP.fr

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. (2023, 22 mai). *Règlement intérieur de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris – mise à jour 2018*. AP-HP Affaires juridiques

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. (s.d.). *Cadre soignant de pôle (Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie – FPH, fiche 05U10)*. https://metiers.anfh.fr/05U10

Assistance publique–Hôpitaux de Paris. (2024). Règlement intérieur.

Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Méthode de conduite du changement : Diagnostic, Accompagnement, Performance. (5e éd.). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.autis.2023.01.

Bauduret, J.-F. (2022). Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : De l'esprit des textes à la réalité des pratiques. Pratiques en santé mentale, 68(4), 11–17. https://doi.org/10.3917/psm.224.0011

Code de la santé publique. (s. d.). Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire (Articles L6143-1 à L6143-8). Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000020886612

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte

Dejours, C. (2013). Effets de la désorganisation des collectifs sur le lien... à la tâche et à l'organisation. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 61(2), 11-18. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/rppg.061.0011

Drecq, V. (2023). Pratiques de management de projet : 50 outils et techniques pour réussir vos projets (4e éd.). Paris, France : Dunod

Dumond, J.-P., & Masquelet, A.-C. (2021). La grande transformation hospitalière : Vers un hôpital comme lieu d'expériences existentielles. Éditions Seli Arslan.

Fermon, B. et Grandjean Philippe. (2016). Performance et innovation dans les établissements de santé. Cairn.

France. (s. d.). *Article L6146-1 du Code de la santé publique*. Légifrance. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912393/

France. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 177 du 26 juillet 1985, p. 8471. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000317523

[1]France. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, JORF n° (31 déc. 1985), texte n° JORFTEXT000000878232. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232/

Hazo, J.-B. (2025, juin). *Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies* (Études et Résultats no 1340). DREES. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-06/ER1340-Epicov_MEL2%20(1).pdf

Haute Autorité de Santé. (2025). Programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025–2030. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-02/programme_pluriannuel__sante_mentale_et_psychiatrie__2025-2030.pdf

Hoarau, G. et Dumas, C. (2015). Le cadre paramédical de pôle Un acteur pionnier dans le changement hospitalier. Dans B. Fermon et P. Grandjean Performance et innovation dans les établissements de santé (p. 333-352). Dunod. https://doi-org.ezproxy.u-pec.fr/10.3917/dunod.fermo.2015.01.0333.

Hochmann, J. (2022). Histoire de la psychiatrie (6e éd.). Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.hochm.2022.06

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. (1985). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000878232

Mayen, P. (2012). *Le développement des compétences dans les situations de travail*. In P. Carré & P. Caspar (dir.), *Traité des sciences et des techniques de la formation* (4e éd., p. 109-124). Paris : Dunod

Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins. (2025). *Santé mentale et psychiatrie* (dossier de presse, juin 2025). https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp-sante_mentale_et_psychiatrie_-_juin_2025.pdf

Néré, J.-J. (2021). Chapitre III. Les phases d'un projet. Le Management de projet (p. 62-106). Presses Universitaires de France. https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/le-management-de-projet--9782715409217-page-62?lang=fr

Psycom. (2021). Guide santé mentale : Soins, accompagnements & entraide – Paris. https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2024/04/Guide-75-PSYCOM_2021_WEB

Annexes

Annexe 1 : Note de cadrage du projet

Annexe 2 : Lettre de mission

Annexe 3 : Fiche mission Copil opérationnel CRUP

Annexe 4 : Fiche mission Copil opérationnel CRUP

Annexe 5 : GANTT

1.1. Annexe 1 : Note de cadrage du projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

Projet de restructuration de l'offre de soins d'Hospitalisation Conventionnelle du Département Universitaire de Psychiatrie et de Médecine Addictologique du Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) Nord – Site Lariboisière-F. Widal

INTITULE du projet managérial : Projet de restructuration de l'offre de soins d'Hospitalisation Conventionnelle de psychiatrie

CONTEXTE D'EMERGENCE :

Priorité de santé publique, la psychiatrie est une discipline en pleine évolution dans ses organisations, ses modes de financement et ses outils thérapeutiques. Les pathologies psychiques représentent le premier poste de dépense de l'assurance maladie (25 Md€ par ans de coûts directs et environ 160 Md€ si on intègre les coûts indirects). Une personne sur 5, sur la vie entière sera concernée par une maladie psychique (données de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)).

Au niveau mondial, l'OMS considère qu'en 2020, la dépression est la deuxième affection entrainant les coûts de santé les plus importants. Toujours selon l'OMS, le trouble dépressif majeur sera la première cause d'incapacité en 2030.

Ce projet s'inscrit dans le contexte des évolutions rendues nécessaires par l'évolution des données épidémiologique (forte augmentation des besoins en population générale et en population clinique depuis la crise COVID), des attentes des utilisateurs du système (meilleur respect des Droits des personnes, priorité aux modes de prise en charge orientés « rétablissement ») et des modes de prise en charge qui bénéficie de données probantes accrues.

Il s'inscrit également dans le contexte de la recherche constante d'une meilleure continuité dans les parcours de soins, d'une meilleure prévention des ré hospitalisations et d'une augmentation de l'offre dans un contexte de tension budgétaire et en ressources humaines.

Enfin ce projet préfigure les évolutions du projet de service à l'occasion de la relocalisation des activités au sein du nouveau Lariboisière. Ce projet comprend plusieurs volets :

- Relocalisation de l'unité de psychiatriques intensive (6 lits) au sein d'une unité d'hospitalisation conventionnelle (HC) - ce qui permet de passer de 3 à 2 unités d'HC
- Création d'une nouvelle offre en HDJ comprenant : suivi de post-hospitalisation visant à réduire la DMS en HC, bilan multidisciplinaire de cas inauguraux (en particulier dans la tranche 15-25 ans) et de cas complexes (en particulier de patients suspects de Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

1.1. Annexe 1 : Note de cadrage du projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

(TDAH) dont la filière est en cours de structuration dans le cadre de la nouvelle stratégie nationale.
- Initiation d'une activité de Centre Renforcé d'Urgences Psychiatrique (CRUP) pour préparer l'unité CRUP du nouveau Lariboisière.

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

Plan santé mentale
Législatifs
Code de santé publique
Modalités de soins psychiatrique
Titre Ier : Modalités de soins psychiatriques (Articles L3211-1 à L3216-1) - Légifrance

« Paragraphe 6 : Prise en charge des urgences psychiatriques (Articles D6124-26-6 à D6124-26-10) »
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006198867

Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors du site autorisé en application de l'article R. 6123-174 du code de la santé publique

OBJECTIFS INSTITUTIONNELS :
Maintenir une offre de soins d'Hospitalisation conventionnelle
Développer des prises en charge innovantes
Développer de nouvelles activités de soins et répondre au projet d'établissement

Répondre à l'évolution des besoins actuels de prises en charge psychiatrique en intégrant une structure d'aval des urgences et un module ambulatoire post hospitalisation

Objectifs secondaires
Evolution de nos prises en charge vers un développement de l'ambulatoire avec des nouvelles files actives de patients
Réduction de la DMS d'une partie des patients hospitalisés en HC
Répondre de façon la plus adéquate aux demandes de post-urgences
Préfigurer le Nouveau Lariboisière

ACTEURS liés PROJET
- Pilotes du projet : Cadre supérieur de santé et chef médical du département
- Responsable
  - La cadre de santé et la responsable médicale de l'unité fonctionnelle de psychiatrie

1.1. Annexe 1 : Note de cadrage du projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

- Acteurs impliqués
  - Equipes paramédicales et paramédicales du secteur d'hospitalisation conventionnelle

- Acteurs concernés :
  - La cadre de santé des consultations de psychiatrie
  - Equipes paramédicales et paramédicales du secteur de consultation de psychiatrie
  - Equipes paramédicales et paramédicales de l'unité de liaison des urgences psychiatriques et addictologiques

CALENDRIER PREVISIONNEL:

- **Octobre 2025** : Réunion de présentation du projet retravaillé aux directions fonctionnelles (Direction de l'hôpital de Lariboisière Fernand Widal – Direction des opérations – Direction des soins)
- **Décembre 2025** : Réunion avec la direction des travaux pour réajuster les devis pour la création des nouvelles unités d'activités.
- **Décembre 2025 – janvier 2026** : Réactualisation du Comité de Pilotage
  Premier travail de redéfinition plus précise des activités et typologie de patients accueillis dans les unités suivantes :
    - HDJ
    - CRUP
  - Définition des groupes de travail et des thématiques prioritaires (voir comment inclure des usagers)

- **Février 2026** :
    - Reporting au DMU et aux directions fonctionnelles
- **Mars 2026**
    - Formalisation du nouveau projet pour le soumettre en « Mesure nouvelle »
- **Avril – Mai 2026** : Constitution des groupes de travail sur les parcours de soins – Représentation de chaque professionnel et participation d'une représentante des usagers
  - En HDJ
    - Travail sur les filières – Organisation du planning de l'HDJ
  - Pour le CRUP
    - Travail préparatoire sur le parcours patient (Identification des structures d'aval = création ou renforcement des liens sur le territoire - PTSM)
      - (Groupe de travail : secrétaire hospitalière – AMA – Cadre de Santé – IDEC de l'ULUPA et un des Médecins de l'unité d'HC de

1.1. Annexe 1 : Note de cadrage du projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

psychiatrie)

- **Juin 2026 :**
  - Retour des travaux des groupes de travail au COPIL
  - Rencontre avec la direction des travaux pour l'élaboration du planning (phasage des travaux)
  - Organisation de la continuité des activités pendant les pendant les différentes périodes des travaux.
  - Travail des binômes Cadres de santé / Médecins pour l'organisation de la mise en œuvre
- **Juillet à Septembre 2026** : Travaux
- **Septembre 2026** : Ouverture des nouvelles unités

MOYENS :

- Financiers (en fonction de l'accord de la mesure nouvelle = étude médico-économique)
- Ressources RH = Mobilité pour 4 postes AS et un poste IDE / Création d'un poste IDEC + 1 poste IDE et un poste AS en HDJ
- Logistique
- Matériel
- Personnes mobilisées
- Réunions :
  - COPIL : 1 fois par mois
  - Réunions de travail des sous-groupes : à minima 1 fois / mois et plus si besoin

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Copil stratégique
- Copil de opérationnel
- Groupe(s) de travail (Nombre, profil des participants et thématiques à définir avec les membres du COPIL)
- Groupes de travail - Intégration des usagers au sein du COPIL
- Maillage avec la PTSM 75 (Projet territorial de santé mentale pour Paris)

RESULTATS ATTENDUS :

A court terme :
COPIL constitué et validé
Définition activités HDJ & CRUP finalisée
Organisations médicales et besoins en RH identifiées et validées
Réactualisation des autorisations et conventions actuelles

1.1. Annexe 1 : Note de cadrage du projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins	Note de cadrage « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026

A moyen terme :
Taux de participation aux COPIL
Livrables des groupes de travail produits dans les délais
Devis travaux actualisés

A long terme
Ouverture progressive du CRUP
Ouverture de l'HDJ avec l'accueil des files actives de patients identifiés

VALIDATION :

- **Faire un rétro planning type GANTT – suivi assuré par les pilotes**
- Calendrier de validation de la mesure nouvelle : Dépôt en fevrier 2026 et attente de réponse courant mars 2026

CRITERES D'EVALUATION

À court terme

- **COPIL constitué** : instance formalisée, membres identifiés, calendrier validé
- **Activités HDJ & CRUP définies** : périmètre, missions et publics cibles formalisées et validés
- **Organisations et RH identifiées** : schémas d'organisation et besoins en effectifs validés
- **Autorisations et conventions** : dossiers réactualisés et conformes aux exigences réglementaires

À moyen terme

- **Participation aux COPIL** : taux de présence conforme aux objectifs fixés
- **Livrables produits** : documents remis dans les délais et validés par le COPIL
- **Devis travaux** : estimations actualisées, cohérentes avec le projet et validées

À long terme

- **Ouverture du CRUP** : ouverture progressive conforme au planning et aux capacités prévues
- **Ouverture de l'HDJ** : accueil effectif des files actives identifiées et activité conforme aux objectifs

1.2. Annexe 2 : Lettre de mission

AP-HP. Nord Université Paris Cité	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC FACULTÉ DE SANTÉ ESM

Désignation du projet	**Projet de restructuration de l'offre de soins d'Hospitalisation Conventionnelle du Département Universitaire de Psychiatrie et de Médecine Addictologique du Groupe Hospitalo-Universitaire (GHU) Nord – Site Lariboisière-F. Widal**
Commanditaire	Cadre paramédicale du Département Médico-Universitaire (DMU) Neurosciences
Nom du responsable du projet	**Positionnement dans l'institution** Co-pilotage du projet avec le chef de service. Lydia SAIDANI – Cadre supérieur de santé – Pilotage paramédicale sous la supervision de la Cadre Paramédical du DMU
Missions du responsable de projet	**Travailler en collaboration avec l'exécutif du DMU et le chef de service** pour la formalisation d'un document de synthèse du projet. **En collaboration avec la CPDMU et le chef de service :** **Formaliser le projet de service afin de décliner le projet de soins des services de psychiatrie impactés.** **Définir les différents parcours patients et identifier les risques associées (travail avec la direction qualité)** 1. **Définir** les organisations médicales et paramédicales : répartition des compétences, organisation des soins. 2. **Définir en regard les besoins** en ressources humaines pour assurer la permanence et la sécurité des soins 3. **Définir les besoins en** communication, formation des personnels, recrutement, travaux, équipements. 4. **Constituer** du comité de pilotage du projet : Les membres sont représentatifs de tous les acteurs de soins impactés par le projet avec l'inclusion d'un groupe de patients partenaires. 5. **Identifier** les différents services et directions à solliciter (Directions des travaux et équipements pour la phase de travaux, DRH pour la phase de recrutement…) 6. **Validation par la direction du site.** 7. **Planifier les différentes étapes du projet et le**

Master2/2025 2026

1.2. Annexe 2 : Lettre de mission

AP-HP. Nord Université Paris Cité	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC FACULTÉ DE SANTÉ | ESM

	suivi des actions. **En responsabilité en qualité de chef de projet paramédical** (sous la supervision de la CPDMU) : **Coordonner** les différents groupes de travail **Etablir** un plan de communication à l'intention des équipes soignantes (médicale et paramédicale) **Planifier** des temps de reporting auprès de l'exécutif du DMU et des directions fonctionnelles. **Evaluer et réajuster** : Evaluation régulière des étapes du projet avec formalisation des points à pérenniser ou à réajuster
Moyens alloués	Temps dédiés au pilotage du projet au sein de l'activité habituelle Budget travaux Temps de formation des agents ETP supplémentaires ? Aide du cadre de santé Logiciels métiers Logistique - service communication Outils utilisés : GANTT – TEAMS
Modalités de reporting	COPIL du projet Réunions avec l'exécutif du DMU Comité de direction : Bureau exécutif du site. Réunions intermédiaires au niveau du service Tableau de bord (identifier les indicateurs pertinents) **Indicateurs de Pilotage** CR de réunion (bilan étapes intermédiaires) Participation des équipes aux réunions et Groupes de Travail (taux de présence) Taux de mises en œuvre des décisions du COPIL État d'avancement des actions intermédiaires (réalisées / prévues) Nombre de points d'alerte détectés et actions correctives engagées

Master2/2025 2026

1.2. Annexe 2 : Lettre de mission

AP-HP. Nord Université Paris Cité	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	UPEC FACULTÉ DE SANTÉ ESM

Durée	Court terme ➢ 1er semestre 2026 Moyen terme ➢ 2eme semestre 2026 Durée en général 12 mois maxi 24 mois Réajustement du GANTT
Documents de référence	• Projet d'établissement GHU APHP. Nord – Université Paris Cité • Projet médical • Projet de soins • Plan patient • CR certification • Documents législatifs (lois, circulaires) • Feuille de route santé mentale • CPOM TDB – TDB RH • Projet quinquennal APHP • Documents institutionnels ayant une importance avec le projet
Date : 21/10/2025	
Signature du commanditaire Elisabeth MAASSOULI CP DMU Neurosciences 27/11/2025	Signature du responsable de projet Saidani Lydia

Lydia SAIDANI
FF Cadre Supérieur de Santé
Département de Psychiatrie et de Médecine Addictologique
Hôpital Lariboisière - Fernand Widal
200 rue du Faubourg Saint Denis
75010 Paris
tél: 01 40 05 42 56 / 07 77 31 47 05
mail: lydia.saidani@aphp.fr

1.3. Annexe 3 : Fiche mission – Copil opérationnel CRUP

FICHE MISSION – COPIL OPÉRATIONNEL CRUP

Pilotes : Justyna GRZELKA et Dr Marine DELAVEST

1. Contexte et finalité

Dans le cadre du projet de mise en œuvre du CRUP, le COPIL opérationnel a pour mission de structurer, coordonner et piloter les travaux nécessaires à la définition des organisations, des parcours patients et des dispositifs associés, dans une logique de co-construction pluri-professionnelle.

2. Objectifs de la mission

- Organiser et animer la dynamique du COPIL opérationnel
- Garantir la production des livrables dans les délais
- Assurer la cohérence des travaux
- Favoriser l'implication de tous les professionnels

3. Périmètre

- Organisation des parcours patients du CRUP
- Structuration de l'offre de formation des professionnels de l'HC de psychiatrie

4. Modalités de fonctionnement

- Groupes de travail thématiques
- Représentativité pluriprofessionnelle
- Réunions régulières et suivi
- Validation par le Copil Stratégique

5. Livrables et échéances

- Parcours patient CRUP y compris articulation avec les acteurs d'aval (CMP, libéral, consultation FW) : Livrable attendu le 22 mai 2026
- Arbre décisionnel : Livrable attendu le 22 mai 2026
- Modules de formation (objectifs pédagogiques à définir) :

Planning des cours : 22 mai 2026

Début des cours = courant juin/juillet 2026



1.3. Annexe 3 : Fiche mission – Copil opérationnel CRUP

6. Acteurs impliqués

- Contributeurs identifiés par le Copil Stratégique :
Dr Romain SICOT
Louise JOUNO – IDEC
Binôme IDE/AS HC psy
Psychologue
- Professionnels des secteurs
- Ressources internes (formateur OMEGA, psychologues)

7. Facteurs clés de réussite

- Implication des professionnels
- Co-construction
- Respect des délais
- Communication fluide

8. Modalités de suivi

- Réunions COPIL
- Tableau de bord
- Suivi des groupes de travail

9. Résultats attendus

- Parcours patient formalisé
- Outils décisionnels
- Dispositif de formation opérationnel

1.4. Annexe 4 : Fiche mission – Copil opérationnel HDJ

FICHE MISSION – COPIL OPÉRATIONNEL HDJ

Pilotes : Jenna MITEBE et Dr Guillaume PATAUD

1. Contexte et finalité

Dans le cadre du projet de mise en œuvre de l'HDJ MONOD, le COPIL opérationnel a pour mission de structurer, coordonner et piloter les travaux nécessaires à la définition des organisations, des parcours patients et des dispositifs associés, dans une logique de co-construction pluri-professionnelle.

2. Objectifs de la mission

- Organiser et animer la dynamique du COPIL opérationnel
- Garantir la production des livrables dans les délais
- Assurer la cohérence des travaux
- Favoriser l'implication de tous les professionnels

3. Périmètre

- Organisation des parcours patients de l'HDJ MONOD

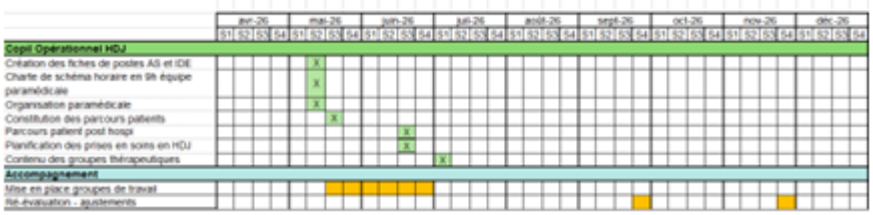
4. Modalités de fonctionnement

- Groupes de travail thématiques
- Représentativité pluriprofessionnelle
- Réunions régulières et suivi
- Validation par le Copil Stratégique

5. Livrables et échéances

- Fiches de poste : IDE / AS / Psychologue / neuropsychologue : 11mai 2026
- Parcours patients HDJ : TDAH, 16-25, bilan cas complexes, keta… : semaine du 15 juin
- Parcours patients post hospitalisation : semaine du 15 juin
- Agenda des différentes activités : semaine du 15 juin
- Contenu des groupes thérapeutiques : semaine du 6 juillet
- Organisation paramédicale : 11mai 2026
- Schéma horaire en 9h : 11mai 2026

Préparation des instances selon la charte



6. Acteurs impliqués

- Contributeurs identifiés par le Copil Stratégique :

1.5. Annexe 5 : GANTT Projet de restructuration HC de psychiatrie

Projet managérial - Projet de restructuration de l'offre de soins HC psychiatrique - FW - GANTT prévisionnel

Phases	Actions	Pilotes	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	M3	M6	M9	Livrables	Indicateurs	Risques
Phase 1	Diagnostic organisationnel et SWOT	CSS/CS/Médecins											SWOT validé	Analyse partagée	Résistance au changement
Phase 1	Travail sur le projet médical	Médecins / CSS											Projet rédigé	Avancement rédaction	Difficultés consensus
Phase 1	Validation stratégique institutionnelle	Direction / DMU											Validation COPIL	Accord direction	Retard décisionnel
Phase 2	Coordination avec directions techniques	Copil strat/DIM											Comptes rendus COPIL travaux	Nombre de réunions réalisées	Défaut de coordination
Phase 2	Réunion de lancement	Equipe projet											Réunion réalisée	Taux de participation	Faible mobilisation
Phase 2	**Constitution groupes de travail**	COPILs opérationnels											Groupes constitués	Nombre de groupes	Manque disponibilité
Phase 2	**Préparation du déménagement organisationnel**	CS/Logistique											Plan de transition	Respect des échéances	Désorganisation temporaire
Phase 3	**Communication auprès des équipes**	Encadrement											Supports diffusés	Réunions réalisées	Mauvaise compréhension
Phase 3	**Accompagnement RH et mobilité**	DRH / CSS											Entretiens réalisés	Suivi RH	Inquiétudes équipes
Phase 3	**Formation des équipes**	Copil operationnel CRUP											Professionnels formés	Taux formation	Disponibilité agents
Phase 3	**Accompagnement au changement**	COPILs stratégique et opérationnels											Tableau de suivi indicateurs changement	Retour des équipes	Epuisement professionnel - Départs
Phase 3	**Travaux**	COPIL stratégique /DIM											Plannings prévisionnels + validés	Respect du planning opérationnel	Retard des travaux
Phase 4	**Installation équipements et mobiliers**	CS / Logistique											Locaux équipés	Taux d'équipement réalisé	Retard de livraison
Phase 4	**Réaménagement des locaux**	COPIL stratégique/DIM											Locaux conformes et validés	Respect du planning opérationnel	Retard des travaux
Phase 4	**Préparation ouverture CRUP / HDJ**	Copil operationnel CRUP											Check-list ouverture	Suivi du rétroplanning	Report de l'ouverture
Phase 4	**Coordination RH et effectifs**	CSS/CS											Planning cible validé	Taux de postes pourvus	Difficultés de recrutement
Phase 4	**Déploiement opérationnel CRUP**	Copil operationnel CRUP											Ouverture activité	Taux occupation	Tensions capacitaires
Phase 4	**Déploiement HDJ**	Copil operationnel HDJ											HDJ opérationnel	Nombre patients	Retard travaux
Phase 4	**Accompagnement des équipes**	COPILs opérationnels											Entretiens et EDT réalisés	Taux de participation	Difficultés d'adhésion
Phase 5	**Evaluation et ajustements**	COPIL stratégique											Bilan projet	Indicateurs activité	Résultats insuffisants