

Centre Psychothérapique de l'Ain

Projet Médical et de Soins

PE 5

2018 - 2022

Synthèse

2 octobre 2017

Le travail de réécriture du projet médical et soignant a été très restructurant. Le projet pose les fondations d'un nouvel établissement de santé mentale, différent dans l'esprit et dans l'ambition. Le CPA et ses personnels ont souhaité un projet d'avenir bien traitant et innovant, en phase avec les évolutions les plus récentes de la psychiatrie. Les considérations éthiques ont été présentes tout au long de la réflexion. C'est l'intérêt du patient et des familles qui a guidé tous les arbitrages et a servi de fil rouge à toute la démarche. Ce projet repose sur quatre piliers.

1. Le respect des droits des patients et des familles et notamment la liberté d'aller et venir
2. La construction d'un parcours de soins adapté au besoin de chaque patient et l'association de celui-ci à son projet de soins
3. Le déplacement du centre de gravité du CPA de l'intra vers l'extra hospitalier
4. L'ouverture désirée et construite à tous les partenaires de la prise en charge avec une priorité vers le médico social.

Le CPA se veut exemplaire dans ce projet, tourné vers une nouvelle culture, moderne, pluri professionnelle, ouverte aux partenariats, avec l'objectif de parcours harmonieux pour chaque patient, permettant de maintenir autant que faire se peut, le lien avec leur milieu social originel.

L'ensemble de ce projet est décliné en objectifs qui font ou feront l'objet de plans d'action opérationnels détaillés avec une contractualisation avec les services concernés. Le suivi de ces plans d'action sera assuré par la Direction Qualité.

I. LES AXES FONDAMENTAUX DU PROJET

I.1. Axe 1 – Le respect du droit des patients, et la liberté d'aller et venir

L'établissement a fait de sa politique relative aux droits des patients une priorité. Le respect scrupuleux des textes actuels et à venir est constitutif du projet. La participation du patient à son projet de soins et l'association de son entourage sont aussi des priorités majeures en terme d'évolution des pratiques de soins.

Toute la réflexion sur le droit des patients a été discutée, travaillée, en collaboration avec les représentants des usagers. En complément du volet relatif au respect de la liberté d'aller et venir, l'exemplarité est l'objectif ciblé en particulier sur quatre volets complémentaires :

- La prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance
- Le respect de la dignité et de l'intimité du patient
- Le respect des libertés individuelles
- Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient

Le projet cible particulièrement des alternatives à l'isolement et à la contention par la mise en place d'un observatoire des pratiques qualitatives et quantitatives en association avec la commission des usagers.

I.2. Axe 2 – Vers un parcours de soins fluide et ouvert

La psychiatrie moderne est en phase avec le respect des personnes et s'éloigne de la logique asilaire afin de laisser autant que faire se peut au malade sa place et son autonomie dans la société, l'institution devant peser et adapter au mieux de façon répétée l'appui qui lui est nécessaire. Aucun patient ne doit être écarté d'une réflexion régulière sur son parcours et ses possibilités de rapprochement d'une vie normale.

Pour ce faire des modifications importantes du fonctionnement du CPA sont nécessaires, intégrant d'abord des concepts partagés. Le principe de hiérarchisation des soins en fonction de l'objectif

d'autonomisation devient prioritaire et doit être partagé par toute la communauté médicale et soignante. C'est ensuite la faisabilité qui demande une évolution des mentalités et des modes de fonctionnement, évoluant d'une logique de services parfois en silos, vers une coordination des services entre eux avec une attention particulière portée au fonctionnement des interfaces. Des outils seront mis en œuvre, centrés sur le projet du patient. Le Projet personnalisé de soins (PPS) est la première étape fixant contractuellement entre le patient et l'équipe les objectifs à atteindre et les modalités arrêtées conjointement. Ce projet doit être réévalué régulièrement et adapté en fonction de l'évolution clinique. Il guide les équipes successives en charge du patient.

Les Réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont un autre outil, réservé aux cas les plus complexes, afin de construire de façon pluridisciplinaire des solutions qu'un service seul n'aurait pas les compétences ou les moyens de mettre en œuvre. Ces réunions intéressent les professionnels du CPA mais également le patient et tous les intervenants extérieurs susceptibles de contribuer à la solution.

I.3. Axe 3 – Rééquilibrer les moyens vers l'extra hospitalier

Les objectifs de fluidification des parcours et d'autonomisation des patients impliquent une réorganisation et une montée en charge relative du secteur extra hospitalier par rapport à l'intra hospitalier.

Le secteur intra hospitalier verra ses capacités redéfinies. Le CPA a déjà procédé à la fermeture d'une unité, l'unité Pinel. Dans la durée du projet médical une unité de soins de suite (Bourneville) sera remplacée par la création d'une MAS, une autre unité de soins de suite de 25 lits sera fermée en 2021. Le secteur d'hospitalisation complète de post cure Hélios du plateau d'Hauteville fermera ses 25 lits en décembre 2017. La géronto psychiatrie fermera 15 lits. Cette reconfiguration de l'intra hospitalier permet de réaffecter des moyens vers l'extra hospitalier qui se réorganisera.

La notion de secteur est conservée. Chaque secteur repose sur un CMP pivot qui concentre les moyens spécialisés, assure la permanence de réponse aux demandes, organise les parcours de soins. Il devient le centre de gravité de l'organisation des soins du secteur y compris des hospitalisations complètes. Le CMP pivot s'articule avec des CMP antennes, dont les moyens et les temps d'ouverture sont adaptés aux besoins des populations desservies. Chaque secteur disposera d'un hôpital de jour accolé au CMP pivot. Le recrutement de l'hôpital de jour doit évoluer vers des prises en charges plus intensives et plus courtes que celles actuellement pratiquées, permettant de diminuer les délais d'admission, d'augmenter les files actives, d'éviter des hospitalisations complètes. Il y aura au moins un CATTP par secteur adossé également au CMP pivot, les CATTP devront également redéfinir les populations accueillies en favorisant plus qu'aujourd'hui les sorties construites avec les partenaires notamment médico-sociaux. La gestion des urgences sera prise en compte par le CMP. Les CMP pivots sont appelés à être des acteurs du Territoire de Santé Mentale.

Les équipes mobiles de secteur ou de dispositif sont appelées à prendre une place croissante dans l'organisation des soins. Elles permettent d'étendre des compétences très spécialisées à l'ensemble du département et jouent un rôle unique pour le dépistage, et la prise en charge des ruptures de soins. Implantées localement ce sont les intermédiaires au quotidien avec les autres acteurs des réseaux.

I.4. Axe 4 – Se rapprocher du médico-social dans la construction de parcours

Le rapprochement avec tous les éléments de la société, les services de l'état, les mairies, l'éducation nationale... est indispensable et sera planifié dans le cadre du projet départemental de santé mentale en cours de réalisation. Le CPA a souhaité prioriser dans la constitution de son réseau les structures médico-sociales et ce pour plusieurs raisons.

Le secteur médico-social intervient auprès de populations vulnérables qui connaissent des difficultés structurelles de dépistage et d'accès aux soins et en particulier psychiatriques. Il s'agit notamment des personnes en situation de handicap (adultes et enfants), des personnes âgées dépendantes. Pour ces populations, des retards de diagnostic et de soins sont avérés. L'objectif de ce rapprochement est également de faire tomber les préjugés qui entravent la circulation des personnes d'un secteur à l'autre, qui fait qu'une prise en charge psychiatrique colle une étiquette sur la personne et obère son retour dans un milieu médico-social, par crainte des personnels et des autres résidents. L'appartenance du CPA à l'association ORSAC par ailleurs détentrice de nombreux établissements médicosociaux de l'Ain devrait être un facteur facilitant. Le rôle des équipes mobiles par ailleurs en développement sera prépondérant dans la réussite de ce rapprochement.

II. LES PRINCIPALES EVOLUTIONS DES SECTEURS ET DES DISPOSITIFS

Pour accompagner ces changements fondamentaux les différents organes du CPA doivent également s'adapter.

II.1. Le dispositif CAP - Fleyriat - La Renouée

Le fonctionnement actuel du CAP (Centre d'Accueil Permanent) assurant des consultations psychiatriques 24/24 et 365 jours/an rend un service à la population et aux institutions mais, outre une grande consommation de moyens, génère des effets secondaires contre-productifs par rapport aux objectifs généraux du projet. Il permet les hospitalisations à temps plein sectorielles dans le cadre de l'urgence, et détourne une partie des patients des filières normales du CMP, alors que le projet justement veut en renforcer le rôle pivot. Il est donc prévu sur la durée du projet la transformation du dispositif dans une nouvelle mission et de nouveaux organes.

La création d'une UHCD avec une DMS cible de 7 jours qui servira pour certains patients de sas d'évaluation et d'observation avec des soins intensifs, favorisant autant que possible le retour au domicile. La transformation de la Renouée en unité de court séjour programmé avec une DMS cible de moins de 14 jours. Cette unité programmée permettra d'accueillir des patients adressés principalement par les CMP pour des séjours contractuels balisés, sans entrer dans une unité d'hospitalisation de secteur. La création d'une cellule de régulation enfin régissant les admissions en hospitalisation à temps complet qui aura comme objectifs de recevoir les demandes, de ré adresser vers l'ambulatoire ou les partenaires extérieurs ce qui ne relèverait pas de l'hospitalisation, d'orienter les patients vers la bonne unité en fonction du besoin en soins, de l'occupation des unités, et enfin de coordonner les partenaires facilitant la sortie d'hospitalisation complète.

II.2. Les unités sectorielles d'admission

Quatre des six unités d'admission sont actuellement totalement ouvertes. L'objectif est que les six unités soient ouvertes dans la durée du projet. La capacité de 150 lits des unités d'admission des secteurs demeure inchangée dans la durée du projet. La DMS cible est inférieure à trois mois.

II.3. Les dispositifs de suite

L'objectif est la fermeture de lits de soins de suite pour aller vers les objectifs de l'ARS de moins de 10% de patients hospitalisés au long cours. L'objectif, hormis l'unité bourneville qui devrait évoluer en MAS, est de faire passer la capacité de 75 à 50 lits en 2021.

II.4. Le devenir de l'unité Bourneville

C'est une unité de soins de suite de 30 places. La quasi totalité de ses occupants relève de MAS. Il y a donc un projet de fermeture de ces 30 lits d'hospitalisation et de de création d'une MAS non spécialisée, adossée à un pôle de compétences et de prestations externalisé qui sera mis en œuvre par l'ADAPEI et le CPA, et à destination de l'ensemble des MAS du département. Les personnels de l'unité sont très impliqués dans ce projet.

II.5. La réhabilitation psycho-sociale

Le premier objectif du dispositif de réhabilitation est de développer la démarche de réhabilitation sur les psychoses émergentes en élargissant le recrutement actuel, notamment par la mise en place d'une équipe mobile pouvant intervenir au niveau des CMP des secteurs. Le deuxième objectif est de développer des outils de réadaptation mutualisés avec les secteurs. Et enfin le développement de l'hôpital de jour de transition, spécifique sur le site du CPA.

Au sein du dispositif de réhabilitation l'unité de post cure Hélios située sur le plateau d'Hauteville va fermer fin 2017 ses 25 lits d'hospitalisation complète. Le projet est de développer sur le plateau un dispositif plus agile coordonné par le secteur sud. Il prévoit la mise en place locale d'un CATTP, d'une antenne du CMP d'Ambérieu, de l'intervention de l'équipe mobile du secteur sud, le développement de solutions d'hébergement locales potentiellement importantes avec les nombreux partenaires du plateau déjà très impliqués.

II.6. Le pôle de gérontopsychiatrie

Les capacités d'hospitalisation complète évoluent de 40 à 25 lits, compensés par la création d'un hôpital de jour de 15 places. Pour agir sur l'ensemble du département le développement d'équipes mobiles est la priorité. Elles permettront d'offrir une compétence spécialisée sur place aux patients des CMP et aux structures de personnes âgées dépendantes de chacun des secteurs.

II.7. La pédopsychiatrie

Le principal enjeu au niveau national est la démographie préoccupante des pédopsychiatres. Il n'empêche, le pôle de pédopsychiatrie veut mieux repérer les besoins et améliorer l'accès aux soins, donner plus de visibilité à l'offre notamment dans la prise en charge de l'autisme, et modifier l'équilibre actuel en favorisant l'extra hospitalier :

- Comme pour l'adulte le pôle identifiera 4 CMP pivots qui concentreront les moyens et amélioreront la visibilité et la joignabilité.
- Les capacités d'hospitalisation complète seront réduites de 19 lits (ados et enfants) à 14 lits, l'hôpital de jour devra être développés par création de 12 places ados à Bourg et de 10 places ados et enfants à Ambérieu.
- Le dispositif adolescent sera individualisé avec un médecin responsable.
- L'équipe mobile de psychiatrie en cours de mise en place sera développée.
- Le pôle de pédopsychiatrie souhaite expérimenter les possibilités de collaboration entre métiers permettant de déléguer plus qu'aujourd'hui dans le respect des textes réglementaires et sans perte de qualité les délégations de missions des médecins vers les soignants.

II.8. Le carrefour santé mentale et précarité

Les missions dans les deux champs vont être amenées à évoluer et à prendre de l'importance, notamment en raison de la mise en place des projets territoriaux de santé mentale. Le positionnement du CSMP au sein de CPA évoluera également. La coordination de santé mentale qui portera une dimension de politique de santé publique sera rattachée à la direction générale. La prise en charge des parcours des personnes en situation de précarité reste de l'initiative du CSMP, mais rattaché à la référence médicale de la réhabilitation, avec une mise en commun de la réflexion sur les problématiques de logement.

II.9. L'USN1 (Unité de Soins Niveau 1)

L'USN1 est le volet santé mentale de l'unité carcérale de santé pilotée par le CH de Fleyriat. Il a souffert de manque de moyens médicaux et d'une certaine marginalisation au sein de l'UCSA. Les rapports avec l'administration pénitentiaire sont parfois compliqués. Le rôle d'un établissement de soins dans la prise en charge au sein d'unités ouvertes d'un détenu hospitalisé pose des problèmes de déontologie et d'organisation traités au cas par cas. Il faut donc créer plus de lien institutionnel avec l'UCSA de Fleyriat et avec l'administration pénitentiaire. Le CPA produira en concertation avec l'administration pénitentiaire un protocole de prise en charge des malades détenus qui fera la part de ce qui relève de la sécurité et ce qui relève du soin, abordera les restrictions de libertés des patients venant de la prison en définissant le rôle et les responsabilités de chaque institution.

III. L'INNOVATION THERAPEUTIQUE ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Les prises en charge médico-soignantes et médicamenteuses évoluent, des thérapies de soins nouvelles et efficaces existent, l'utilisation de technologies nouvelles et du numériques s'intensifient. Le CPA doit s'inscrire dans ces évolutions sur de nombreux sujets.

Pour ce faire, il doit :

- Structurer la recherche et l'innovation en collaboration avec l'université, autour des traitements médicamenteux en collaboration avec les laboratoires, avec l'outil numérique et les nouvelles technologies, dans une réflexion autour d'un partenariat avec les familles et l'environnement du patient ;
- Développer des partenariats et s'associer à des recherches sur les psychoses existantes, la remédiation cognitive, la prise en charge pédopsychiatrique de l'autisme, les troubles de l'humeur persistants, les états limites, la prise en charge des situations médicalement complexes...
- Valoriser les expertises en interne et en développer de nouvelles. Des savoirs faire et expertises existent également en interne, et doivent devenir plus lisibles. Il faut que les porteurs d'une expertise particulière puisse diffuser celle-ci au-delà de leur service comme l'hypnose et la thérapie à médiation corporelle.

Il convient de faciliter l'accès à ces expertises, de les transversaliser et de les formaliser.

D'autres pourraient être développées comme l'EMDR, les thérapies virtuelles, RTMS, thérapies familiales, thérapies spécifiques...