

**CENTRE HOSPITALIER
MONTPERRIN**

**Projet d'Etablissement
2006-2011**

SOMMAIRE GENERAL

	Pages
<u>Introduction</u>	4
▪ Un peu d'histoire	
▪ La dynamique des Projets d'établissement au Centre Hospitalier Montperrin	5
1) Le premier Projet d'établissement (1995-1999)	5
2) Le deuxième Projet d'établissement (2000-2004/2006)	6
3) Le troisième Projet d'établissement (2006-2011) : méthodologie	7
<u>Première Partie : D'un projet à l'autre</u>	12
<u>Chapitre I- Le contexte du nouveau projet</u>	13
<u>I-1- Un contexte légal et réglementaire et une approche conceptuelle en évolution</u>	13
I-1-1- Les réformes législatives et réglementaires	13
I-1-2- Les rapports d'experts	16
I-1-3- Le Plan Psychiatrie et Santé mentale	17
<u>I-2- L'insertion de l'établissement dans son environnement</u>	20
I-2-1- Les données socio-démographiques et épidémiologiques de la région et du territoire de santé des Bouches du Rhône Nord	20
I-2-1-1- L'évolution démographique du territoire de santé des Bouches-du-Rhône	20
I-2-1-2- Données épidémiologiques	24
I-2-1-3- Données sur l'environnement social et sanitaire	29
<u>Chapitre II- Les bilans du deuxième projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens (2002-2005)</u>	36
<u>Deuxième Partie : Les composantes du troisième Projet d'établissement</u>	41
<u>Titre I - La prise en charge des patients</u>	42
<u>Chapitre I - Le projet médical (Sommaire détaillé)</u>	43
<u>Chapitre II - Le projet de soins (Sommaire détaillé)</u>	68
<u>Titre II - Le projet social (Sommaire détaillé)</u>	113
<u>Titre III - Le projet de gestion</u>	
<u>Chapitre I – La nouvelle gouvernance</u>	129
I.1 – L'organisation et le management de l'établissement selon la nouvelle gouvernance	130
I.2 – Les principes de la délégation	133
<u>Chapitre II – La politique de la qualité et de la gestion des risques</u>	135
II.1 – Bilan du développement de la politique qualité	135
II.1.1 – Des instances dédiées	135
II.1.2 – Des moyens humains	135
II.1.3 – Les actions	136
II.2 – Développer une approche globale de la politique qualité	
II.2.1 – S'investir dans la démarche de projets	138

II.2.2 – Affirmer les principes de transversalité et de transparence	138
II.2.3 – Familiariser les équipes avec la culture qualité	138
II.2.4 – Communiquer et former	138
	139
II.3 – Consolider et adapter l’organisation	
II.3.1 – La définition et l’animation de cette politique	139
II.3.2 – Les missions expertales	139
II.3.3 – Inscrire la politique qualité dans une démarche plus participative	140
	141
II.4 – Grands axes d’action	
II.4.1 – Consolider les démarches entreprises, notamment les suites de la V2	141
II.4.2 – Développer l’appropriation des méthodes d’amélioration de la qualité	141
II.4.3 – Engager la certification iso de services de l’établissement	143
	143
<u>Chapitre III – Le projet logistique</u>	
III.1 – La fonction achat et approvisionnement	144
III.2 – La fonction restauration	145
III.3 – La fonction linge	146
III.4 – La fonction transport	147
III.5 – La fonction maintenance	147
III.6 – La fonction sécurité	148
	149
<u>Chapitre IV – Projet du système d’information et de la communication</u>	
IV.I. – Le schéma directeur du système d’information	150
IV.I.1 – Les objectifs du schéma directeur du S.I.H.	150
IV.I.2 – Etat du système d’information existant	150
IV.I.3 – Les axes clés du schéma directeur d’information	151
IV.I.4 – Conclusion	160
IV.II – Le projet de communication	161
IV.II.1 – La politique actuelle de communication	162
IV.II.2 – Le nouveau projet de communication	162
	163
<u>Chapitre V – Le projet financier</u>	
V.I – Le positionnement institutionnel	165
V.II – Analyse des éléments financiers et perspectives	165
V.II.1 – Bilan financier	167
V.II.2 – Les conséquences et perspectives	167
	172
<u>Troisième Partie : les moyens nécessaires pour ce troisième projet d’établissement au regard des priorités du SROS, du PPSM et des actions de santé publique</u>	173
<u>Chapitre I – Le programme global de financement pluri-annuel</u>	
<u>Chapitre II – Les moyens et les besoins en personnel</u>	174
Tableau de valorisation des opérations et des modes de financement possibles	177
	178
<u>Annexes</u>	
Annexe n° 1	186
Annexe n° 2	187
Annexe n° 3	190
	191

INTRODUCTION

▪ Un peu d'histoire...

L'histoire du Centre Hospitalier MONTPERRIN est étroitement liée à celle de l'assistance aux aliénés telle qu'elle résulte de la loi du 30 Juin 1838.

En effet, en application de celle-ci, le vieil hospice général des insensés, édifié en 1698 au Quartier Saint-Eutrope, devient "Asile public des aliénés de la ville d'Aix" par Arrêté Préfectoral de 1859. Il est alors dirigé par un Médecin-Directeur, nommé par le Ministre, et par une commission administrative nommée par le Préfet. Sur les 104 asiles français existants à l'époque, celui d'Aix fait partie des 7 établissements autonomes.

Un problème se pose toutefois très vite au niveau des locaux, la restructuration du vieil hôpital se révélant impossible. Sur la suggestion du Médecin-Directeur, le Docteur Eugène PONTIER (1808-1878), les autorités acquièrent alors, pour 112 000 francs, en 1864 une propriété rurale, le MONTPERRIN (du nom de la butte où se situe le logement du propriétaire, Monsieur PERRIN).

Le nouvel établissement va être construit sur ce site entre 1867 et 1898 :

* *Une première tranche, conclue par le transfert total des malades en 1878, voit émerger l'actuel noyau central de l'établissement.* Les pavillons Clérambault, Pontier, Delay et Duchêne sont bâtis selon le même modèle : en longueur, orientés Est-Ouest, entourés par un jardin clos sur trois côtés. On retrouve les normes définies par les Médecins aliénistes afin d'isoler les malades par quartier dans les 6 bâtiments édifiés au Sud de ce noyau : quartier des agités (Le Guillant - L'Olivier), quartier des épiléptiques (Laforgue, Esquirol), quartier des malpropres (Le Lotus, Guiraud).

* L'acquisition d'une partie des propriétés situées au Sud de l'établissement en 1877 permet de clôturer cet espace par la construction des bâtiments Tamaris et Pinel (en arc de cercle). L'établissement s'étend également au Nord avec l'édification de l'ancienne Conciergerie (sur l'actuelle Avenue de l'Europe) et de la maison du Directeur.

* En 1898, l'achèvement du Pavillon Calais (au Sud) et la mise en place des murs d'enceinte met fin à cette période initiale.

Le statut de l'établissement aixois va dès lors évoluer en fonction des changements législatifs: Décret du 12 Juin 1912 portant statut des hôpitaux psychiatriques (Etablissements publics nationaux gérés par un Directeur et une commission administrative), Décret du 30 Octobre 1970 qui transforme MONTPERRIN en établissement public départemental, Loi portant réforme hospitalière du 31 Juillet 1991 aux termes de laquelle *le CHS devient le Centre Hospitalier MONTPERRIN d'Aix-en-Provence*.

Parallèlement, *l'extension de l'établissement se poursuit, surtout à partir des années 1950 :*

- * Vers le Sud : pavillons Aujaleu, Reibaud, Magnan et Régis
- * Vers le Nord : construction du bloc technique, de la crèche et des logements du Serpolet dans les années 1970
- * A l'Ouest : Alcoologie, Villa Floréal...L'entrée de l'établissement est d'ailleurs déplacée de ce côté, Avenue du Petit Barthélémy, en 1987.
- * Et bien sûr hors les murs en application de la politique sectorielle.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier MONTPERRIN s'étend sur près de 20 hectares, soit près d'un quart de la superficie du centre ancien de la Ville d'Aix.

Il est propriétaire, locataire ou occupant à titre gracieux de quelques 35 autres bâtiments et locaux regroupant 54 structures de soins, hors site central, installés en divers quartiers et communes de son territoire de santé.

▪ **La dynamique des Projets d'établissement au Centre hospitalier Montperrin**

1) Le premier Projet d'Etablissement (1995-1999) :

Le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier MONTPERRIN a adopté le premier projet d'établissement lors de sa séance du 5 Juillet 1995, dans le cadre de la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991.

Ce projet intégrait alors particulièrement les éléments liés à l'environnement externe, notamment le Schéma Départemental d'Organisation des Soins en Santé Mentale (SDO - Novembre 1994) et la Carte sanitaire de psychiatrie arrêtée par le Préfet de Région le 22 Février 1995.

Résultante de différents projets (projet médical, projet de soins infirmiers, projets de services, projet social, projet formation, schéma directeur de l'information), le projet d'établissement était déjà complété par un programme d'établissement décrivant la capacité de fonctionnement et par un plan directeur immobilier.

Si ce programme d'établissement a fait l'objet d'un Arrêté Préfectoral en date du 14 Mai 1996 fixant la nouvelle capacité autorisée du Centre Hospitalier MONTPERRIN, le premier Projet d'établissement n'a, lui *jamais été formellement approuvé*.

Par courrier de la DDASS en date du 20 Juin 1996, les orientations de ce Projet ont été

“actées et validées” car correspondant à celles fixées par le SDO. Toutefois, les autorités de tutelle demandaient alors à l'établissement de “réviser” le projet sur le chapitre du financement des investissements (taux d'intérêt) et des postes en personnel demandés.

Un certain nombre des mesures proposées par le projet de 1995 ont cependant pu être mises en oeuvre ou initiées par l'établissement.

2) Le deuxième Projet d'Etablissement (2000-2005/2006) :

Le deuxième projet d'établissement, adopté par le Conseil d'Administration le 21 décembre 1999 et initialement prévu pour couvrir une période quinquennale allant jusqu'en 2004, a été prolongé de fait jusqu'en 2006, compte tenu de sa date d'approbation effective par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (juillet 2000) et aussi du temps nécessaire aux travaux d'élaboration du troisième Projet d'établissement.

L'année 1999 où il a été rédigé a été d'une importance particulière :

* Première années du fonctionnement en année pleine de la nouvelle sectorisation issue de la Carte sanitaire de 1995 (passage de 4 à 6 secteurs de psychiatrie générale et de 1 à 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile) ;

* Année d'élaboration du S.R.O.S. de psychiatrie : arrêté du 23 juin 1999, en complément des S.R.O.S. de deuxième génération.

Ce deuxième projet d'établissement a donc eu pour objectif principal de réorganiser l'offre de soins sur les six secteurs de psychiatrie générale et les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, en développant également l'intersectorialité de certaines actions et structures.

➤ La méthodologie de ce deuxième Projet d'établissement

A l'inverse de ce qui avait été fait en 1995, l'élaboration du deuxième projet d'établissement a été séparée de la rédaction des projets de service.

L'élaboration du Projet Médical a été confiée essentiellement à la Commission Médico-Administrative (C.M.A.), commission ad-hoc composée des Praticiens Hospitaliers titulaires de la C.M.E. et de l'équipe de direction, qui a arrêté les principales orientations du Projet Médical. Celles-ci ont été définies après rédaction de contributions par les médecins en charge de services, fédérations ou unités fonctionnelles.

Les travaux relatifs au Projet de Soins Infirmiers ont été coordonnés par la direction du Service de Soins Infirmiers et soumis à l'avis de la Commission du Service de Soins Infirmiers (C.S.S.I.).

Parallèlement, le Projet de Gestion des Ressources Humaines, comprenant un volet « social » et un volet « formation » a été élaboré par la Direction des Ressources Humaines en concertation avec le Comité Technique d'Etablissement (C.T.E.).

De même, la Direction des Services Economiques et les Services Techniques ont conçu le

projet logistique tandis que la direction des Systèmes d'Information rédigeait le Schéma Directeur de l'Information.

Un volet spécifique à la démarche qualité et à l'accréditation (version 1) de l'établissement a aussi été inclus dans ce deuxième projet d'établissement.

La démarche retenue pour l'élaboration de ce projet a été fondée sur la logique suivante:

- * Mesurer et intégrer les contraintes et opportunités liées à l'environnement, tant interne qu'externe, de l'établissement ;
- * Réaliser un bilan des actions entreprises dans le cadre du précédent projet débouchant sur une analyse critique (forces/faiblesses) de la situation du Centre Hospitalier MONTPERRIN ;
- * Définir les actions à prolonger ou les nouvelles orientations à mettre en œuvre ;
- * Déterminer la nouvelle offre de soins pour le bassin d'Aix trouvant sa traduction dans le programme d'établissement et le plan directeur immobilier et en mesurer la faisabilité, notamment à partir d'une analyse objective des moyens.
- * Bâtir ainsi un nouveau projet d'établissement comportant l'ensemble des volets prévus par la loi de 1991 et articulé autour du projet médical, clef de voûte de l'édifice ;

Le deuxième projet d'établissement a eu pour objectif majeur de renforcer les moyens en personnels par une remise à niveau de ceux-ci, en particulier pour l'intra-hospitalier.

Il a trouvé son prolongement dans un *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* qui a couvert quatre années (2002-2005) et a permis de finaliser certains projets spécifiques du projet d'établissement.

Le bilan de ce deuxième projet d'établissement et celui du contrat d'objectifs et de moyens sont détaillés en première partie du présent document.

3) Le troisième Projet d'établissement (2006-2011) :

L'élaboration de ce troisième Projet d'établissement a eu lieu dans un contexte marqué par des modifications successives, de nature législative et réglementaire : réforme de la gouvernance et Hôpital 2007, réforme de la planification sanitaire, élaboration par les Agences Régionales de l'Hospitalisation des nouveaux S.R.O.S. intégrant désormais la santé mentale et la psychiatrie parmi les volets obligatoires de ces schémas, Plan gouvernemental Psychiatrie et Santé mentale, loi de santé publique...

De même, des approches conceptuelles renouvelées sur la prise en charge des pathologies psychiques et le handicap mental, associant notamment le champ sanitaire et le champ médico-social, ont été présentées dans divers rapports et études, depuis l'adoption du deuxième projet d'établissement (cf. pour plus de détails sur ces points la Première partie, chapitre 1 : « le contexte du nouveau projet »)..

L'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 est venue modifier quelque peu le contenu des projets d'établissement (article 1^{er} - III modifiant le 1^{er} alinéa de l'article L.6143-2 du Code de la santé publique) au moment où s'élaborait la conception de notre troisième Projet d'Etablissement.

➤ Méthodologie du troisième Projet d'établissement :

Dans une séance du 29 janvier 2004, le Conseil d'Administration a défini, sur proposition de la direction, les principes et modalités devant permettre la rédaction de ce troisième Projet d'établissement.

L'accent a été mis sur une *approche qui soit plus transversale et interprofessionnelle que lors des deux précédents projets*, centrée sur la qualité de la prise en charge des usagers.

Afin de renforcer cette approche concertée et transversale, un *Comité de pilotage* a été installé pour coordonner les travaux des différents groupes de réflexion et s'assurer de la cohésion de l'ensemble.

Ce Comité de pilotage était notamment composé du Directeur et de représentants de la Direction (le Directeur du Pôle Patients et de la Qualité et le Directeur des soins), de la Présidente et de membres du bureau de la Commission médicale d'établissement, de deux représentants du Conseil d'Administration dont un représentant des usagers, d'un représentant (infirmier) du Comité technique d'établissement ainsi que des coordinateurs des groupes de réflexion.

Trois groupes ont été constitués, à savoir :

- un groupe projet médical
- un groupe projet de soins
- un groupe projet social.

La composition de ces groupes et la périodicité de leurs réunions de travail au cours de la période d'élaboration du Projet d'Etablissement sont repris en annexe ainsi que dans les préambules du Projet de soins et du Projet social.

❖ **Le groupe projet médical**, à la différence de la composition qui avait été la sienne lors des deux précédents projets médicaux, a compté en son sein le Directeur des soins et une représentation de l'encadrement infirmier (via la Commission du service de soins infirmiers), cela afin de favoriser une analyse concertée de l'organisation des soins de l'établissement et permettre, dès leur conception, des échanges sur les orientations du nouveau projet médical.

Le Directeur de l'établissement ainsi que le directeur adjoint chargé du Pôle Patients et de la Qualité ont participé de droit aux réunions du groupe sur le Projet médical.

Le groupe Projet médical devait initialement être composé des médecins chefs de services ou coordinateurs des fédérations intersectorielles ou de leurs représentants. Il a été rapidement souhaité que ce groupe soit plus largement ouvert en y accueillant, sur la forme du volontariat, les représentants titulaires du corps médical siégeant en C.M.E.

Les réunions plénières du groupe projet médical ont été également complétées par de fréquentes réunions de sous-groupes médicaux pour approfondir et débattre de certains thèmes spécifiques.

Les chefs de services et les coordinateurs de fédérations ont été invités, après consultation de leurs équipes, à présenter les axes de travail et d'actions proposés par leurs services lors des cinq années à venir, en tenant compte des informations générales portées à leur connaissance (Plan santé mentale, autres plans gouvernementaux de santé publique, travaux sur le S.R.O.S. 3,...).

Le groupe plénier sur le projet médical et le Comité de pilotage du Projet d'Etablissement ont eu pour tâche de veiller à la cohérence des propositions émanant des chefs de service, préfigurations de futurs

projets de service, avec les orientations collectives du Projet médical d'établissement.

❖ Le **Groupe du Projet de soins infirmiers et paramédicaux** a été constitué à partir du Collège des Cadres supérieurs de santé et des catégories professionnelles représentées à la Commission du Service des Soins Infirmiers.

Le Directeur des soins en a assuré l'animation.

La Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement, coordinatrice des travaux sur le projet médical, a été dès l'origine membre du groupe sur les soins infirmiers et paramédicaux, toujours dans la perspective de favoriser une approche interprofessionnelle.

Des rencontres et des entretiens avec des Aides-Soignantes et des Agents des services hospitaliers ont aussi été tenues par ce groupe.

Un comité de rédaction a rédigé les propositions contenues dans le Projet de soins, qui constitue ainsi, au titre de la prise en charge du patient, un volet du présent Projet d'établissement.

Le projet de soins a été présenté aux instances de l'établissement, après avoir été validé par la Commission du service de soins infirmiers (1).

❖ Le **Groupe Projet social**, coordonné par la directrice adjointe chargée des Ressources humaines, a été composé notamment du Secrétaire du Comité technique d'Etablissement (C.T.E.) et de celui du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (C.H.S.C.T.). Le cadre en charge du service de la formation continue, le médecin du travail, et un médecin représentant la C.M.E ont aussi fait partie du groupe.

Des personnes « ressources » ont été consultées ou associées aux travaux du groupe. Ce dernier a été élargi par rapport à sa composition initiale à la participation d'un représentant par organisation syndicale représentative des personnels de l'établissement.

Le projet social a fait l'objet d'une présentation et d'un vote spécifique pour son adoption en C.T.E. le 3 avril 2006, avant d'être présenté aux autres instances de l'établissement.

❖ Les modalités d'élaboration des autres volets du Projet d'Etablissement ont été différentes.

Afin d'éviter de multiplier les groupes de travail, il a été tenu compte des travaux de commissions ou de groupes existants ou qui ont pu être créés pour remplir des objectifs particuliers.

Cela a été le cas pour le **volet qualité et prévention des risques** qui a intégré les orientations de la politique de la qualité issues du Comité ad hoc, complétées des éléments tirés des travaux menés en 2006 lors de l'autoévaluation V2.

De même, le **volet sur le système d'information** a été une actualisation des travaux conduits en 2003 et 2004 par le groupe créé avec la mission d'étudier les conditions de réalisation et d'extension d'un réseau informatique et, notamment, les contraintes de sécurité définies dans une charte qui encadrent ces conditions.

Les orientations fixées en Collège de l'information médicale ont été aussi prises en compte.

La Directrice adjointe chargée du système d'information, en liaison avec la Présidente du Collège de l'information médicale, a été chargée d'actualiser pour le Projet d'Etablissement les axes d'une

(1) Le projet de soins infirmiers et paramédicaux et le projet d'établissement ont été soumis à la Commission du service des soins infirmiers composée selon les dispositions en vigueur lors de la période d'élaboration de ces projets (décret n°92-272 du 26 mars 1992). En effet, l'élection de la nouvelle Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (décret du 26 déc.2005) n'a eu lieu, conformément à cette réglementation, que le 28 juin 2006, soit après la période d'élaboration de ces projets.

politique du système d'information et de communication.

Le volet **Projet de gestion**, qui a intégré la dimension logistique et financière ainsi que le programme immobilier, a été rédigé directement par le directeur et ses collaborateurs, en liaison avec la Présidente et le bureau de la C.M.E.

Préfigurant le futur Conseil exécutif qui sera mis en place en application de la réforme de la « nouvelle gouvernance » des hôpitaux et sans que cela soit une nouveauté au Centre hospitalier Montperrin, l'équipe de direction et le bureau de la Commission Médicale d'Etablissement se sont réunis à diverses reprises pour débattre de l'organisation en pôles médicaux et des conditions d'une contractualisation interne.

Préalablement à toute contractualisation, une refonte de la comptabilité analytique a été engagée à partir de 2006.

Les instances (C.M.E. et C.T.E.), l'encadrement de l'établissement ont été informés des objectifs et du contenu de cette réforme hospitalière et des modalités envisagées pour sa mise en œuvre dans l'établissement.

Le troisième Projet d'Etablissement du Centre hospitalier Montperrin arrête de nouvelles orientations pour les cinq années qui viennent. Ces orientations, plus encore que lors des deux projets précédents, insistent sur une approche complémentaire et coordonnée des prises en charge avec le secteur social et médico-social en proposant de développer des réponses adaptées, essentiellement en partenariat sans exclure toutefois la gestion directe de telles structures.

Pour autant, les réponses aux besoins sanitaires, au cœur même des missions de l'établissement, ne doivent pas être réduites ni délaissées. Au contraire, il convient de maintenir, voire de renforcer certaines d'entre elles, y compris l'hospitalisation à plein temps, en ayant conscience des enjeux qui sont ceux d'un territoire de santé dont les limites ont été récemment redéfinies.

Cette longue réflexion, entamée dans le courant du printemps de l'année 2004 et menée entre les divers acteurs du Centre hospitalier, s'est achevée après deux années de débats.

Certes, des pauses ont eu lieu durant cette période.

Le contexte mouvant de la réglementation et de l'activité hospitalière durant cette période est venu parfois ralentir les travaux d'élaboration du Projet de l'établissement, souvent les enrichir (cf. Première partie, chapitre 1).

Il est apparu dès le lancement par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation des travaux de conception du S.R.O.S. 3 auxquels les représentants du Centre hospitalier Montperrin ont été associés, qu'il était souhaitable de tenir compte au plus près dans le nouveau Projet d'établissement des orientations qui se dessinaient à travers ce schéma régional et dans son volet santé mentale, quitte à différer son adoption par les instances de l'hôpital.

Cette démarche rejoint d'ailleurs les recommandations contenues par le courrier du 17 octobre 2005 de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation au sujet de la procédure d'approbation des projets des établissements de santé.

Ne passons pas non plus sous silence les inquiétudes des responsables médicaux et soignants du Centre hospitalier Montperrin, suscitées par le nouveau découpage du territoire de santé s'agissant du rattachement ou du retrait de certaines communes de ses secteurs de psychiatrie, alors que le découpage mis en œuvre en 1998 n'est pas encore pleinement maîtrisé.

Cet élément a perturbé durant plusieurs mois la réflexion des responsables de notre établissement jusqu'à la modification ministérielle le 12 janvier 2006 de l'arrêté du 28 janvier 2005

Enfin, du fait des hasards des calendriers et conséquence indirecte du retard pris pour l'écriture de ce

Projet d'Etablissement ces derniers mois, il a fallu que l'établissement mène également les travaux de l'autoévaluation (version 2) à la demande de la Haute Autorité de santé en vue d'une visite prévue en novembre 2006.

Ces travaux d'autoévaluation et d'évaluation des pratiques professionnelles ont mobilisé beaucoup de médecins, de cadres et d'agents, principalement des services de soins, alors que les débats sur le troisième Projet d'Etablissement et son adoption n'étaient pas encore achevés.

La première partie qui suit de ce document de présentation du projet d'établissement développe le contexte de son élaboration.

Le troisième Projet d'établissement du Centre hospitalier Montperrin a été **adopté par délibération du Conseil d'administration le 6 juillet 2006**, après avis de la Commission médicale d'établissement et du Comité technique d'établissement.

1ère partie :

D'UN PROJET A L'AUTRE

CHAPITRE I - LE CONTEXTE DU NOUVEAU PROJET

I-1 : Un contexte légal et réglementaire et une approche conceptuelle en évolution :

Il convient de s'arrêter plus en détails sur l'évolution du contexte légal, réglementaire et conceptuel depuis 2000, année d'approbation du précédent projet d'établissement et notamment depuis 2004, année où la réflexion sur ce troisième projet a été lancée.

Le fonctionnement de l'établissement s'inscrit en effet dans ce contexte, pas seulement au titre du respect des normes qui s'imposent à lui comme aux services de l'Etat, mais aussi parce que les retours d'expérience des autres établissements, les propositions sur les modes de prises en charge en santé mentale exposées dans divers rapports ou dans les publications spécialisées contribuent à enrichir et modifier la manière dont les personnels appréhendent les prises en charge des malades.

Elles peuvent se traduire également dans des orientations fixées par les pouvoirs publics dans le cadre d'une politique de santé publique et de santé mentale.

I-1-1- Les réformes législatives et réglementaires:

La période qui s'est écoulée entre les deux projets d'établissement a été féconde en modifications sur les plans légal et réglementaire.

Citons les plus significatives parmi celles qui ont eu des conséquences dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

- **La loi 2002- 303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins :

S'il a peu modifié les dispositions en vigueur issues de la loi du 27 juin 1990 sur les hospitalisations pour troubles mentaux, ce texte a néanmoins renforcé les droits de ces malades comme des autres usagers du système de santé.

Il a notamment donné force de loi à des dispositions ou pratiques jusqu'alors contenues dans des textes réglementaires (Code de déontologie médicale...) ou élaborées à partir de décisions de jurisprudence en matière d'information et de consentement aux soins.

Cette loi a aussi permis la possibilité d'un accès direct des patients à leurs dossiers médicaux, a prévu le droit pour les patients hospitalisés de désigner une personne de confiance, créé la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge qui a succédé (mise en place effective en 2005) à la Commission de conciliation fonctionnant depuis 1998.

Quelques modalités particulières ont cependant été édictées s'agissant des hospitalisations sans consentement.

Les termes de la loi de 1990 indiquant les situations susceptibles de faire l'objet d'une hospitalisation d'office sont ainsi modifiés pour encadrer, plus encore que dans le texte de loi initial de 1990, le recours à cette modalité d'hospitalisation. Y est ainsi affirmée la nécessité médicale de soins sans consentement, au-delà des seuls motifs

d'ordre public.

Il en est de même pour les hospitalisations contraintes de mineurs en service de psychiatrie sur décision d'un juge pour enfants, désormais précisément encadrées dans leurs modalités.

La loi du 4 mars 2002 traite également de la qualité du système de santé, des modalités de réparation des dommages et risques sanitaires avec la création des Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation.

Elle accorde une pleine reconnaissance aux associations de bénévoles, d'usagers ou de leurs représentants.

- **La loi 2002-1138 du 11 septembre 2002** modifie le régime de l'hospitalisation des détenus souffrant de troubles mentaux. Ceux-ci pourront désormais être hospitalisés avec leur consentement et non plus systématiquement en hospitalisation d'office.

De plus, leur hospitalisation se fera dans des unités spécialement aménagées et sous surveillance de personnels pénitentiaires (les U.H.S.A.) et non plus comme actuellement dans des unités psychiatriques « classiques » sous la seule surveillance du personnel infirmier.

Ces unités spécifiques ne sont pas encore créées au moment où ce Projet d'établissement est présenté.

Le projet médical qu'il contient traite de la question de l'hospitalisation des détenus (cf. Projet médical , § II-3-3 et II-5-9).

Le plan psychiatrie et Santé mentale a prévu la construction et l'ouverture effective de ces unités à partir de 2008 pour les régions prioritaires, dont la région Provence-Alpes- Côte d'Azur.

- **La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 de santé publique** est venue préciser les conditions de transport des personnes hospitalisées sans leur consentement, sans malheureusement apporter toutes les réponses attendues par les professionnels.

Ce texte a aussi redéfini les conditions de la recherche biomédicale sur des personnes hospitalisées sans leur consentement, les mineurs, les majeurs sous protection, les détenus.

La loi du 9 août 2004 a, parmi de nombreuses autres dispositions, définit les conditions d'une politique nationale de santé publique avec des objectifs et des indicateurs à cinq ans, dont certains entrent dans le champ de la santé mentale ou concernent des pathologies que les services de soins psychiatriques ne peuvent ignorer chez leurs patients qui en sont atteints.

Cette loi définit également des modalités et des objectifs pour l'élaboration de plans régionaux de santé publique (P.R.S.P.)

➤ **La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :**

Cette loi réforme notre système d'assurance maladie et en développe quatre grands thèmes :

- la coordination et la continuité des soins (médecin traitant, dossier médical personnel informatisé, protocole de soins, développement de la télémédecine, dispositifs pour répondre aux problèmes de démographie médicale),
- la qualité, l'évaluation et l'accréditation : le renforcement de la qualité doit être mis en œuvre par des accords-cadres pour l'amélioration des bonnes pratiques des professionnels de santé, notamment des accords régionaux entre les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les établissements de santé qui pourront être repris dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

La loi crée une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale, la *Haute Autorité de Santé*, qui, prenant la suite de l'A.N.A.E.S., est chargée de l'évaluation scientifique des pratiques médicales, de mettre en œuvre les procédures d'évaluation et d'accréditation des professionnels et des équipes médicales ainsi que de certification des établissements de santé.

Le Centre hospitalier Montperrin, accrédité par l'A.N.A.E.S. en septembre-novembre 2002, s'inscrit dans la nouvelle procédure dite désormais de certification V2, dont la visite est programmée pour novembre 2006.

- le financement des dépenses d'assurance maladie : les dispositions de la loi du 13 août 2004 relatives au financement concernent essentiellement l'assuré social et les professionnels de santé. Les établissements de santé ont déjà vu définis les axes de la réforme de leur financement, dans le cadre de la réforme Hôpital 2007 (tarification à l'activité, réforme budgétaire et comptable avec l'E.P.R.D.), qui concernent en partie les établissements et services de psychiatrie, dans l'attente que soit arrêté un modèle de valorisation médico-économique de leur activité.

Toutefois, la participation forfaitaire de l'assuré aux consultations, la lutte contre les « gaspillages » ou contre les surcoûts non justifiés (ex. : politique des achats hospitaliers), l'identification des assurés sociaux, la promotion des génériques, l'instauration d'un Conseil de l'hospitalisation sont des dispositions qui intéressent tous les établissements de santé dans leur fonctionnement.

- la gestion du système de santé : création à titre expérimental de Missions régionales de santé entre des Agences Régionales de l'Hospitalisation et des U.R.C.A.M. afin d'établir et de mettre en œuvre un programme annuel soumis à la Conférence régionale de santé, visant notamment à décloisonner la médecine hospitalière et la médecine de ville. La région P.A.C.A. est l'une des régions expérimentales.

➤ **Les textes portant réforme hospitalière « Hôpital 2007 » :**

Il s'agit d'un ensemble d'ordonnances et de décrets qui modifient l'organisation territoriale et les règles de planification sanitaire en matière hospitalière comme les modalités de fonctionnement interne des établissements publics de santé.

Trois volets composent également ce plan Hôpital 2007 : la nouvelle gouvernance, les investissements hospitaliers, la réforme du financement des établissements de santé (T2A) déjà évoquée plus haut.

- L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 réforme les règles de planification, d'autorisation et de coopération. Elle est complétée sur ce point par les circulaires n° 2004-101 du 5 mars 2004 relative à *l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation sanitaire (S.R.O.S.) de troisième génération* et n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du *volet psychiatrie et santé mentale* que doivent comporter ces nouveaux S.R.O.S.

C'est dans ce cadre normatif que le troisième projet d'établissement du Centre hospitalier Montperrin a été conçu pour un territoire de santé en partie redessiné.

- Les ordonnances n° 2005-406 du 2 mai 2005 et 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005, ainsi que leurs décrets d'application, modifient le régime juridique de établissements publics de santé et leur modalités de fonctionnement : création des Conseils exécutifs, organisation en pôles d'activité, attributions et fonctionnement des instances de l'hôpital, Conseils de pôles, etc.

Une réflexion a été lancée au sein du Centre hospitalier Montperrin pour intégrer ces réformes de structure et la mise en place des futurs pôles d'activité. Cette réflexion, retracée dans le volet projet de gestion du Projet d'établissement, n'était pas encore achevée au moment de la finalisation du Projet d'établissement.

- Citons aussi **la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale et **la loi n° 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées : ces lois traitent des structures médico-sociales, des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, des prises en charge et des ressources des personnes handicapées.

Elles sont les supports légaux et rénovés d'actions menées, en amont ou en aval des soins hospitaliers ou ambulatoires, soit directement par un établissement de santé soit en partenariat avec d'autres institutions.

I-1-2- Les rapports d'experts :

Plusieurs rapports officiels d'experts missionnés par le ministre de la Santé ou le Parlement ont été présentés durant ces cinq dernières années dans le domaine de la santé mentale et du handicap psychique (2).

Si les propositions dont ils font état n'ont pas nécessairement été reprises totalement

(2) Les références de ces principaux rapports sont citées en annexe n°1

dans les politiques des pouvoirs publics, elles ont aidé les professionnels de notre établissement à réfléchir sur leurs pratiques et leur organisation.

En particulier, la continuité et la coordination des prises en charge en liaison avec les structures sociales et médico-sociales, qui s'appuyaient déjà sur des réseaux constitués, ont été, plus encore que lors des deux précédents Projets, perçues comme devant être un axe fort du troisième Projet d'Etablissement.

Citons notamment le rapport CHARZAT sur les difficultés touchant les personnes en situation de handicaps du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie, le rapport CHOSSY sur la situation de l'autisme ou le rapport de la Mission CLERY-MELIN, KOVESS et PASCAL pour un plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, dont certaines de ces propositions ont été reprises dans le Plan Psychiatrie et santé mentale du ministre de la Santé en avril 2005.

La lecture de ces rapports met aussi en évidence que, si des expériences de prises en charge particulières peuvent être tentées ici ou là, **les initiatives prises à l'échelon d'un établissement de santé et d'un projet de territoire ne peuvent suffire à elles-seules.**

L'intervention du législateur s'avère nécessaire dès lors qu'il convient de modifier la loi du 27 juin 1990, afin de donner une base légale à ces expériences et à les consolider matériellement, d'autant plus que l'on touche en la matière aux libertés publiques lorsque l'établissement de santé intervient pour des malades soignés sans leur consentement.

Cela est le cas pour l'amélioration des dispositifs de réponse aux situations d'urgence psychiatrique survenant au domicile des personnes, avec l'intervention d'équipes mobiles de psychiatrie d'urgence, des conventions de partenariat avec les SAMU, les forces de Police ou de gendarmerie, pour engager la réforme nécessaire de la procédure d'hospitalisation sur demande de tiers ou pour permettre des soins ambulatoires sans consentement.

Les propositions du rapport de la Mission CLERY-MELIN en 2003, après le rapport STROHL de 1997 puis, plus récemment, celles de la Mission conjointe IGAS/IGSJ en 2005 peuvent guider le législateur dans cette voie.

I-1-3- Le Plan Psychiatrie et Santé mentale (avril 2005) :

Le gouvernement a arrêté ce plan en Conseil des ministres le 20 avril 2005.

Sa mise en œuvre doit se dérouler sur les années 2005-2008, soit en partie la période d'application des S.R.O.S. de troisième génération et, pour le C.H. Montperrin, de son troisième Projet d'établissement.

Le contenu de ce Plan a étayé la réflexion des groupes de travail sur le projet médical et sur le projet de soins comme il a conforté certaines des orientations proposées par eux.

Rappelons pour mémoire les axes du Plan psychiatrie et santé mentale (P.P.S.M.) :

- 1- **le soutien à l'investissement** en faveur des établissements et des services de psychiatrie : les investissements immobiliers retenus ne concernent certes pas seulement les C.H.S. mais aussi les services psychiatriques implantés dans les hôpitaux de soins généraux ou dans des établissements privés et les structures de soins ambulatoires. Néanmoins, les bâtiments des «Centres hospitaliers spécialisés » relèvent de cet effort d'investissement.

Cette orientation est peut-être une réponse à ceux qui, comme avec le rapport PIEL et ROELANDT ou avec certaines propositions émanant d'auteurs de la Mission nationale d'appui en Santé Mentale (3), défendent l'option de l'abandon des sites des C.H.S. jugés inadaptés et trop coûteux d'entretien en renonçant à investir pour rénover leurs locaux.

Le choix fait ces dernières années par le Centre hospitalier Montperrin, en fonction de ses possibilités d'investissement, de moderniser ses pavillons d'hospitalisation pour améliorer les conditions d'accueil hôtelier des personnes hospitalisées, - effort indispensable pour mieux respecter la dignité et l'intimité de ces personnes-, tout en développant des structures de soins ambulatoires, est ainsi légitimé.

Si nul ne conteste la nécessité de poursuivre l'effort financier en faveur des structures et lieux de soins alternatifs ou proches des populations à desservir pour prévenir des hospitalisations ou assurer la continuité des soins, les accueils en urgence, les demandes d'hospitalisation programmée en attente et le taux d'occupation élevé des services du C.H. Montperrin rendent, en l'état actuel des choses, irréalisables à court et moyen terme le redéploiement des personnes hospitalisées vers d'autres sites hospitaliers comme, pour beaucoup d'entre elles, l'orientation vers d'autres types de prise en charge.

Le ministre de la Santé a également affirmé, lors de la présentation de ce Plan, la nécessité d'un moratoire pour la fermeture de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Il a aussi rappelé le rôle pivot du secteur de psychiatrie , même si le secteur ne doit pas être un obstacle à une réflexion sur les prises en charge et au développement des réseaux de soins.

Les crédits inscrits au programme d'investissement 2005-2010 qui accompagne le Plan santé mentale s'élèvent à 750 millions d'euros d'aides et se déclinent dans des programmes régionaux d'investissement en santé mentale (P.R.I.S.M.).

Même si le choix est prioritairement de solliciter des aides en moyens de fonctionnement (cf. troisième partie de ce projet d'établissement), le Centre hospitalier Montperrin a d'ores et déjà déposé comme éligibles à ce financement certains dossiers, en particulier pour le rapprochement de structures de soins ambulatoires ou à temps partiel de la population.

Ces investissements inscrits dans le Plan psychiatrie et santé mentale ont été

(3) Op. Cit. en annexe n°1

complétés par la suite par des crédits spécifiques à la sécurité en faveur des services et des établissements psychiatriques, au titre desquels le C.H. Montperrin devrait voir soutenus les efforts qu'il a engagés ces derniers mois et qu'il souhaite pouvoir poursuivre.

- 2- **la création de postes médicaux et non médicaux** dans les services de psychiatrie,
- 3- **l'amélioration de la formation des personnels infirmiers à la psychiatrie** avec notamment la mise en place d'actions de formation et d'un tutorat auprès des jeunes infirmiers.
Le C.H. Montperrin a pour sa part déjà organisé avec les deux autres C.H.S. du département des Bouches du Rhône des sessions de formations d'adaptation à l'emploi d'infirmier en secteur psychiatrique et il entend renforcer ce type d'action dans le cadre de son nouveau projet d'établissement.
- 4- le **développement de l'offre sociale et médico-sociale** en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux, avec la création de places dans les services d'accompagnement et d'hébergement social ou médico-social.
Le troisième Projet d'établissement du C.H. Montperrin s'inscrit là encore dans cette perspective par les propositions qu'il souhaite pouvoir mettre en œuvre (cf. Projet médical).
- 5- le Plan Psychiatrie et Santé Mentale prévoit également des moyens pour des **programmes spécifiques** concernant la prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiques (« accélération » du programme de création des unités spécialement aménagées), l'amélioration de la prise en charge de la dépression et du suicide, le renforcement des structures de soins de pédo-psychiatrie en particulier pour les départements encore dépourvus de lits d'hospitalisation à plein temps.

Des aides aux associations d'usagers et des familles sont annoncées, permettant par exemple la constitution de groupes d'entraide mutuelle (G.E.M.).

La publication par l'Agence régionale d'Hospitalisation. du Schéma d'organisation sanitaire de troisième génération en avril 2006, avec la confirmation des limites des territoires de santé mentale par l'arrêté du 11 avril 2006 modifié par l'arrêté du 21 juin 2006, a correspondu dans le temps à la présentation devant les instances du Centre hospitalier Montperrin de ce nouveau Projet d'établissement.

I-2 : L'insertion de l'établissement dans son environnement :

I-2-1: Les données socio-démographiques et épidémiologiques de la région PACA et du Territoire de santé des Bouches du Rhône Nord (4) :

Les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Montperrin couvre 91% du territoire de santé des Bouches du Rhône Nord.

Nous pouvons considérer que ce taux de couverture reste valide, de même que les données qui suivent et qui constituent les informations de référence utilisées lors des travaux préparatoires du S.R.O.S., au-delà des modifications opérées depuis par le rattachement de certaines communes à ce territoire de santé des Bouches du Rhône Nord et au territoire de santé mentale qui lui correspond (arrêté du 11 avril 2006).

I-2-1-1 : L'évolution démographique du territoire de santé Bouches du Rhône Nord :

I-2-1-1-A- De l'ancien au nouveau territoire de santé :

Le bassin de population du Centre Hospitalier Montperrin avait déjà fortement augmenté durant les années séparant les deux précédents recensements généraux de la population et cette progression se poursuit, comme l'illustrent les chiffres ci-après :

1982 (recensement)	=	380.000 habitants
1990 (recensement)	=	445.800 habitants (+17,2 %)
		avec rattachement du canton de Pertuis(environ 25.000 hab)
1999 (recensement)	=	488.500 habitants (+9,6%)

Il convient d'estimer la population résidant dans les limites du nouveau territoire de santé des Bouches du Rhône Nord.

- Population du territoire 1999 : 509.118
- Evolution entre 1990 et 1999 : + 10,6% (5,8% pour la région).
- Part du territoire au sein de la région : 11,3 %
- Superficie du territoire : 2.296 km² (7,3% de la région)
- Densité de population (hab./km²) : 222 (région = 144).

L'essor démographique du territoire de santé sur les 10 années 1990-1999 séparant les deux derniers recensements généraux est donc près de 2 fois supérieur à celui de la région, ce ratio étant pourtant déjà élevé en PACA.

La densité de population sur le territoire y est aussi nettement supérieure, conséquence d'une forte urbanisation des agglomérations marseillaises, aixoises et autour de l'Etang de Berre.

(4) Sources « Données sanitaires et sociales des territoires de santé, Bouches du Rhône Nord »- DRASS janvier 2005 utilisées pour les travaux préparatoires du SROS 3 et du plan régional de santé publique

Par tranches d'âges, la population du territoire B.D.R. Nord est plus jeune que la moyenne régionale tant dans la classe d'âge des enfants, adolescents, jeunes adultes que dans celle des 20-59 ans.

	Territoire Bouches du Rhône Nord		
	Effectif 1999	%	Région %
Population des 0-19 ans	127.140	24,97	23,2
Population des 15-24 ans	108.527	21,32	18,4
Population des 20-59 ans	285.697	56,12	52,6
Population des 65 ans et +	73.655	14,47	19,1
Dont population des 75 ans et +	33.501	6,58	9,2

Néanmoins, conformément à la tendance inéluctable au vieillissement de la population française, il ne faut pas négliger le poids des "seniors" dans les années à venir, avec les conséquences en terme de structures sanitaires et sociales adaptées à ces catégories (cf. § ci-après).

I-2-1-1-B. Les projections de l'INSEE à l'horizon 2010 :

Le taux d'évolution de la population du territoire de santé des B.D.R. Nord devrait être sensiblement le même (+ 10,3%) pour la décennie 2000-2010 qu'il l'a été dans la décennie précédente, soit une hausse plus forte que le taux de la région, pourtant encore élevé (+ 6%).

Le nombre d'habitants du territoire B.D.R. Nord dépassera 561.000 habitants.

	Territoire BdR Nord		Région 2010
	Effectif 2010	Evolution 1999-2010 en %	Evolution 1999-2010 en %
Population totale	561.387	10,32	6,01
dont population 0-19 ans	132.076	- 1,61	- 1,84
dont population 20-59	303.639	7,52	3,93
dont population 60-74 ans	81.152	31,62	11,42
dont population + de 75 ans	44.520	45,48	31,96

Il est possible que ces projections soient sous-évaluées, du fait notamment de la non prise en compte de l'impact démographique du projet ITER, dont l'implantation à Cadarache a été confirmée en fin d'année 2005. Un tel projet devrait amener une partie de la population qui travaillera directement ou indirectement pour ce grand équipement scientifique dans les communes du territoire de santé.

I-2-1-1-C : Les conséquences du nouveau découpage :

Le découpage en territoires de santé de la région a été défini par un arrêté du 28 janvier 2005 du Directeur de l'A.R.H., modifié par un arrêté ministériel du 12 janvier 2006.

En réformant l'arrêté de l' A.R.H. du 28 janvier 2005, le ministre de la Santé a confirmé le rattachement des communes de Miramas et de Cornillon-Confoux au territoire des Bouches du Rhône Nord, dont le transfert avait été un moment envisagé par l'arrêté du 28 janvier 2005 vers le territoire des Bouches du Rhône Sud.

Conformément à ce qui avait été indiqué dans l'arrêté du 28 janvier 2005, un arrêté spécifiques aux limites des territoires de santé mentale (T.S.M.) a été pris par le directeur de l'A.R.H. le 11 avril 2006 et joint en annexe au S.R.O.S., confirmant le principe de la convergence des territoires de santé mentale et de M.C.O. tout en reconnaissant quelques dérogations durant la durée du S.R.O.S.

La commune des Pennes-Mirabeau, bien qu'intégrée au territoire de santé des Bouches du Rhône Nord, reste, à titre dérogatoire, rattachée pour la psychiatrie au C.H. Valvert de Marseille.

Les grandes caractéristiques de la zone géographique couverte par le Centre Hospitalier Montperrin ne sont pas profondément modifiées par ce nouveau découpage des territoires de santé.

Le même constat peut-être fait que celui déjà posé lors de la présentation du deuxième projet d'établissement, à savoir :

- Une zone géographique structurée en deux axes naturels : le Nord (Lubéron et la Vallée de la Durance) et le Sud (Vallée de l'Arc), la Durance servant de délimitation entre les deux. L'histoire et les voies de communication dont du pôle aixois le lien de convergence des différentes parties de ce territoire.
- L'Etang de Berre (rive Nord) constitue la troisième limite naturelle du territoire avec son agglomération nouvelle.

Les études socio-démographiques font apparaître l'importance de la ville d'Aix (140 100 habitants selon estimation INSEE 2004).

Les principales communes sont ensuite Salon de Provence (estim. : 40 300 habitants), Vitrolles, Miramas, Gardanne, Pertuis, Berre...

Le mode d'habitat est diversifié, les chercheurs de l'INSEE ont pu ainsi proposer il y a quelques années déjà une répartition des communes selon la typologie suivante :

- Population des banlieues des communes à la périphérie de Marseille,
- Communes majoritairement ouvrières : Gardanne, Meyreuil, Meyrargues, Peyrolles, Vitrolles, Miramas...
- Communes semi-rurales et / ou résidentielles de la périphérie d'Aix : Eyguières, Le Puy Sainte Réparate, Eguilles, Ventabren, Cabriès, Vauvenargues, Le Tholonet
- La ville d'Aix elle-même connaît une urbanisation croissante et les difficultés qui y sont liées avec l'aménagement de nouveaux quartiers d'activité et d'habitat (ZAC du Jas de Bouffan, La Duranne,...).

S'il ne modifie pas profondément ces éléments, le nouveau découpage des territoires de santé pourrait en accentuer, pour les B.D.R. Nord, certaines d'entre elles :

- extension de la zone géographique du Sud-Lubéron, dont la population est plus rurale et/ou résidentielle, jusque là dépendantes du C.H. de Montfavet (6 communes des Portes du Lubéron, + 10.000 habitants),
- rattachement également à Montperrin de la commune de Sénas qui dépendait de Montfavet ainsi que des communes de Gréasque, Saint Savournin et Cadolive jusque là rattachées au C.H. Valvert de Marseille.
- Transfert de la commune d'Aureilles sur le territoire Vaucluse-Camargue (Montfavet).

Le territoire de santé mentale des B.D.R. Nord est donc plus peuplé que ne l'était la zone géographique (ancien groupe de secteurs sanitaires n° 5) rattachée à Montperrin lors du précédent projet d'établissement, pas seulement en raison des évolutions démographiques naturelles de la population mais aussi en raison du transfert dans ce territoire de communes qui, auparavant, faisaient partie d'autres secteurs de psychiatrie.

Le volet santé mentale et psychiatrie du S.R.O.S. (§ 2.2.5 de ce document), estime cette augmentation de population pour le territoire de santé mentale B.D.R. Nord, à **24 500 habitants supplémentaires** sur la base démographique actuelle, à la suite des adjonctions et des retraits de communes qui ont été opérés.

La population totale de ce territoire de santé mentale était estimée en 2003 à 532 479 habitants, soit **une augmentation de 4,7 %** par rapport à la population des secteurs du C.H. Montperrin (arrêté A.R.H. du 23 juin 1999).

La population de 18 ans et plus de ce territoire de santé mentale (413 775 habitants en 2003) devrait **atteindre 451 692 habitants en 2011 (+ 9%)**.

Il convient de rappeler ici les remarques formulées par le groupe de travail sur la thématique "secteurs de psychiatrie et territoires" mis en place par l'A.R.H. lors des travaux préparatoires au volet santé mentale du S.R.O.S.(5)

Les conclusions de ce groupe ont été en partie reprises dans le volet psychiatrie du S.R.O.S. (§ 1-1 page 373), à savoir :

- maintien de la dimension géographique du secteur de psychiatrie dans une optique de politique de proximité,
- nécessité de la convergence de la sectorisation psychiatrique avec les neuf territoires de santé afin que la psychiatrie trouve sa place dans le projet médical de ces territoires,
- convergence des secteurs de psychiatrie souhaitable avec les 25 territoires de

(5) Compte-rendu du groupe thématique "secteurs psychiatriques et territoires de santé", pour le S.R.O.S. de 3^{ème} génération, diffusé par le DRASS-Inspection Régionale de la santé le 19/07/2005.

proximité.

I-2-1-2 : Données épidémiologiques

I-2-1-2-A : Données émanant de la D.R.A.S.S.

Ces données ont été remises par la D.R.A.S.S. aux représentants des Etablissements lors des travaux sur les projets médicaux de territoire (cf. documents cités en note 4)

Malheureusement, ces informations sont essentiellement extraites des données du P.M.S.I. ; elles sont donc peu fournies en matière de pathologies mentales. Elles sont, de surcroît, déjà anciennes.

Le territoire de santé B.D.R. Nord paraît présenter, d'après ces données, des taux de mortalité et de morbidité de sa population plutôt favorables par rapport aux moyennes régionales.

Les causes médicales de décès en moyenne annuelle sur la période de 1995-1999 (source INSERM/DRASS) comme en terme de nombre de décès et de taux bruts de mortalité placent le territoire en deçà des taux de la région pour presque toutes les pathologies et causes de décès, y compris pour les troubles mentaux (pour ces derniers : taux territoire /100.000 hab. = 18,6 et taux région /100.000 hab. = 22,8).

Toutefois, cela n'est pas le cas pour les suicides et les tentatives de suicide, avec des taux d'indices comparatifs de mortalité (I.C.M.) plus élevés tant chez les hommes que chez les femmes (taux respectifs d'I.C.M. pour le territoire de 98 et de 121 contre 88 et 100 pour la région ; taux global d'I.C.M. de 104 contre 91, France entière, base 100).

Ce constat fait sur les suicides et tentatives de suicide justifie l'engagement très fort ces dernières années du Centre Hospitalier Montperrin en faveur des actions de prévention du suicide et de la prise en charge des personnes suicidaires, en étant un lieu de formation dans le dispositif mis en place par la D.R.A.S.S. s'appuyant notamment sur l'expérience de ses équipes médicales et soignantes qui oeuvrent aux C.A.P. d'Aix et de Salon de Provence ainsi que dans les structures pour adolescents et les réseaux de ses secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Nous renvoyons à ce sujet au rapport annuel 2005 de la Fédération Accueil Urgences et Psychiatrie de liaison (F.A.U.P.L.).

Ce phénomène nous interpelle car il contredit l'image largement positive que paraît refléter le territoire de santé des B.D.R. Nord : celle d'une population jeune, moins malade et sensiblement plus aisée que dans d'autres territoires de la région... mais qui se suiciderait plus!

Les I.C.M. du territoire présentent également des indices supérieurs à ceux de la région pour la tumeur maligne de la prostate, les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales et les accidents de transport.

A noter aussi que les maladies vasculaires cérébrales, les accidents de transport et les suicides et tentatives de suicide présentent une différence significative à la hausse par rapport aux

I.C.M. correspondants de la France entière (base 100, avec des I.C.M. respectifs de 106, de 135 et de 104).

L'indice de morbidité hospitalière (I.M.H.) rapporté au nombre de séjours des habitants du territoire en médecine, chirurgie et obstétrique est sensiblement équivalent pour le nombre total des séjours à celui constaté pour les habitants de la région (source PMSI 2002 nomenclature OAP).

Ce taux d' I.M.H. est supérieur à celui de la région (1,18 pour un I.M.H. régional = 1) pour les séjours dus aux pathologies du système nerveux mais inférieur (0,65) pour les séjours classés en "psychiatrie, toxicologie, intoxications et alcoolisme".

L'on peut toutefois s'interroger sur la signification d'un tel indice, probablement très sous-estimé, à voir le nombre de séjours réalisés dans le territoire sous cette appellation trop globale.

Ce constat sur l'insuffisance des données épidémiologiques est partagé avec les représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie.

Le volet spécifique à la psychiatrie pour le prochain S.R.O.S. prévoit de développer les études épidémiologiques et médico-économiques concernant les pathologies mentales (6).

Cela se justifie par l'appréciation au niveau national mais aussi mondial, du poids de ces pathologies en terme de santé publique.

L'indice de morbidité du territoire est proche de la valeur de l'indice régional.

Les données épidémiologiques de la D.R.A.S.S. ont été utilement complétées par des enquêtes réalisées sous la conduite de celle-ci et de l'Assurance maladie, à la demande de l'A.R.H., en particulier dans le cadre des travaux du *groupe technique régional* sur le volet psychiatrie et santé mentale du S.R.O.S. 3 et ses sous-groupes thématiques.

Au titre des travaux du S.R.O.S. de troisième génération, quatre enquêtes propres à la prise en charge de la santé mentale ont ainsi été réalisées par les services de l'Etat et de l'Assurance maladie :

- sur les CMP et CMPP,
- sur l'hospitalisation complète des adolescents en unité de pédopsychiatrie,
- sur les patients en long séjour présents depuis plus d'un an,
- sur les locaux d'hospitalisation en psychiatrie.

Le Centre hospitalier Montperrin a naturellement participé au déroulement de ces enquêtes. Les conclusions qui peuvent en être tirées pour le S.R.O.S. 3 (pourcentage de patients en séjours longs, accessibilité et connaissance des structures de soins ambulatoires par les professionnels et la population, problématiques des soins aux enfants et aux adolescents...) ont alimenté la réflexion des acteurs du Centre Hospitalier Montperrin pour son propre Projet d'établissement.

(6) - S.R.O.S. troisième génération, volet psychiatrie et santé mentale §1 page 370 et § 1-6, pages 386 à 390

Ces enquêtes réalisées pour le S.R.O.S. sont venues compléter les analyses qui ont pu être conduites durant ces derniers mois à l'initiative des responsables de l'établissement (enquête approfondie sur le fonctionnement et l'organisation de nos C.M.P., enquête sur les « hébergements » temporaires des patients en dehors de leur secteur d'origine dans les unités d'hospitalisation à temps plein, détermination du nombre de personnes susceptibles de relever d'un Foyer de vie ou d'une Maison-relais...).

Le présent Projet d'Etablissement prend en compte les informations tirées de ces enquêtes, en particulier pour les longs séjours, les hébergements et la pédo-psychiatrie.

I-2-1-2-B : La loi de Santé Publique et le Plan Régional de Santé Publique (7)

Plusieurs priorités sont déterminées dans les *plans stratégiques nationaux* (loi de santé publique du 9 août 2004) ou régionaux pour 2005-2009. Y figurent notamment :

- Le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence et des conduites addictives,
- le plan gouvernemental de lutte contre les drogues, le tabac et l'alcool (2004-2008),
- certains des objectifs de santé publique parmi les cent objectifs repris dans la loi du 9 août 2004 (cf. objectifs n° 57, 58 et 59 à 62 parmi les affections neuropsychologiques, objectif n° 92 sur le suicide),
- le P.R.A.P.S. en faveur des personnes les plus démunies,
- le plan autisme,
- le programme de santé scolaire et d'éducation à la santé pour le volet repérage et prise en compte de la souffrance psychique des enfants et des adolescents.

Le *Plan Régional de Santé Publique* est trop global pour dégager des informations précises au niveau infra-territorial.

Quelques thèmes ont toutefois été dégagés qui ont permis à l'établissement d'orienter son action ou de confirmer ses choix, avant même que le SROS de 3^{ème} génération ne soit arrêté :

- accent mis sur la prise en charge de la souffrance psychique (consommation de psychotropes, motifs de consultations auprès des médecins généralistes, forte prévalence de la dépression, supérieure dans la région à celle de la France entière).
- part également plus élevée des A.L.D. 23,
- présence de groupes de populations à fort risque de vulnérabilité,
- fort taux de toxicomanes dans la région et ses conséquences (en particulier prévalence du V.I.H. et du V.H.C.),
- nombre important de suicides et de tentatives de suicide, phénomène que l'on retrouve sur l'ensemble de la France (deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans) et plus particulièrement, comme nous l'avons vu, sur le territoire de santé d'Aix-Salon.
- augmentation dans les 20 années qui viennent du nombre des personnes âgées dépendantes.

(7) - Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

- Plan régional de Santé publique, (janvier 2005).

Les divers programmes de santé publique mis en œuvre de 1999 à 2005 (PRAPS, PRSJ, etc...) ont permis de préciser les besoins spécifiques à certaines populations, d'apporter des améliorations et de d'arrêter les actions qu'il reste à conduire pour les années à venir.

I-2-1-2-C : Les données des Ateliers Santé Ville :

Si les informations précédentes sont très générales, il est possible d'avoir une approche plus fine de certains besoins sanitaires ou de problématiques particulières à partir des travaux des Ateliers Santé Ville (A.S.V.) mis en place dans certaines communes au titre de la politique de la ville (8).

Ces Ateliers analysent les situations à un niveau plus fin que le territoire de santé de niveau 2, voire que le territoire de proximité, puisque leur approche est orientée en particulier sur les quartiers en difficulté.

Pour le C.H. Montperrin, il s'agit de se référer aux travaux des *A.S.V. d'Aix en Provence, de Vitrolles et de Salon de Provence*, auxquels des représentants de la direction et des services de soins de l'établissement ont été associés dans le cadre de l'élaboration de plans locaux de santé publique.

La méthode choisie par l'organisme d'études (Observatoire régional d'épidémiologie-O.R.E.P.) et par les coordinateurs de ces Ateliers privilégiant une large concertation avec différents acteurs sanitaires, sociaux et/ou associatifs a pu atteindre ses limites : malgré les données réunies et exploitées par les Ateliers qui apportent des éclairages intéressants de nature socio-économique, démographique et de morbidité, il a été parfois difficile d'apprécier le poids objectif de certains besoins, chaque interlocuteur privilégiant son thème d'action et la problématique qu'il entend voir résoudre.

Les structures d'hospitalisation publique sont particulièrement sollicitées pour mettre en oeuvre toujours plus de moyens...ce qui n'est ni forcément possible, ni toujours souhaitées par ces établissements dont les priorités peuvent être autres et surtout plus globales que celles d'associations très spécialisées.

Cette méthode de concertation a favorisé néanmoins les échanges entre divers intervenants. Elle a permis de dresser un bilan des liens et des réseaux existants déjà entre eux.

C'est par ces échanges que, de manière consensuelle, les Ateliers Santé Ville ont pu arriver à dégager des thèmes d'actions qui soient partagés par les différents acteurs locaux.

Bon nombre de ces intervenants des milieux sanitaires, associatifs et/ou sociaux sont par ailleurs des interlocuteurs et partenaires habituels du Centre Hospitalier Montperrin.

➤ Les thèmes d'actions retenus par l' A.S.V. d'Aix en Provence touchant à la santé mentale (9) :

(8) Loi 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine.

(9) Plan local de santé publique de l'A.S.V. d'Aix en Provence (mars 2006-Priorités Santé n° 15).

Les thèmes d'action possibles recensés par cet A.S.V. mettent en valeur, à défaut d'en préciser les perspectives quant aux moyens nécessaires pour les réaliser, les actions à conduire dans le champ de la santé mentale et de la souffrance psychique, en visant en particulier les populations fragilisées (familles monoparentales, publics de plus en plus jeunes aux conduites à risques, polyconsommateurs de drogues et alcools,...).

L'accent est aussi mis sur :

- les enfants et adolescents en difficultés ou en rupture, avec l'augmentation des moyens et l'amélioration de la connaissance qu'en ont le public et les professionnels des structures de dépistage et de soins (CMP infanto-juvéniles, C.M.P. adolescents),
- les personnes en situation de précarité, avec le développement de réseaux et de structures adaptées pour leur permettre un meilleur accès aux soins,
- les conséquences en matière sanitaire des difficultés dues aux conditions de logement,
- l'isolement de personnes âgées.

➤ **Les thèmes et actions de l'A.S.V. de Vitrolles** (10) :

Les rencontres de l'A.S.V. de Vitrolles ont également mis en priorité les thématiques :

- santé mentale et souffrance psychique,
- les conduites addictives,
- le soutien à la parentalité,
- l'accès aux soins (en particulier pour les jeunes, renforcement du Point Ecoute Jeunes et des C.M.P.).

➤ **Les thèmes et actions de l'A.S.V. de Salon** (11) :

Divers aspects sont soulignés pouvant entrer dans les problématiques traités par notre établissement :

- les conduites à risques et conduites addictives des adolescents et jeunes adultes
- les « problèmes scolaires »,
pour lesquels est notée l'évolution à la hausse des suivis à l'Espace Santé Jeunes de Salon.
- les difficultés d'accès des personnes en souffrance psychique (axe 2) et/ou avec conduites addictives parmi celles en situation de précarité (études particulières faites sur les résidents du Foyer SONACOTRA et les publics d'un centre d'hébergement d'urgence ainsi que les bénéficiaires du R.M.I.)
- les difficultés d'accès aux soins et de maintien à domicile pour les personnes âgées ou handicapées ayant des troubles psychiques et neuropsychiques, aide aux familles et aux professionnels.
- la persistance de cloisonnements institutionnels entre secteur sanitaire et secteur

(10) Document A.S.V. de Vitrolles, réunion du 05 avril 2005.

(11) Documents A.S.V. de Salon/ O.R.E.P., Plan local de santé publique 2005-2008 et contrats urbains de cohésion sociale (Conseil local Santé Social du 13/04/2006).

- social malgré des structures communes qui ont pu être mises en place.
- la saturation du dispositif de soins ambulatoires psychiatriques au niveau des C.M.P.

Le plan d'action de l'A.S.V. de Salon s'articule autour de quatre grands axes dont trois concernent directement ou indirectement les secteurs de soins du C.H. Montperrin :

- structurer un réseau santé mentale-précarité (en particulier par des formations-actions pluripartenariales sur la souffrance psychique et la santé mentale),
- structurer un observatoire communal santé-social en vue de développer une dynamique sanitaire et sociale,
- développer la prévention précoce et raccourcir les délais de prise en charge des troubles du comportement des jeunes et des publics scolaires et les difficultés relatives aux apprentissages.

Il y a une forte similitude entre les problématiques posés par les Ateliers Santé Ville de ces trois communes du territoire de santé, ce qui est somme toute logique car les travaux des A.S.V. sont orientés sur les quartiers et populations en difficulté sociale , au-delà de particularités locales. Ces trois communes sont aussi des villes où la proportion d'adolescents et de jeunes adultes est forte, même si leur population vieillit comme ailleurs. Aussi, les actions et les dispositifs envisagés sont-ils très proches.

Il convient de noter cependant les avancées réalisées sur ces divers points ces dernières années dans le cadre du S.R.O.S. de psychiatrie de 2^{ème} génération et du Projet d'établissement / C.O.M 1999-2005 du C.H. Montperrin: ouverture de l'unité intersectorielle pour adolescents Oxalis, ouverture plus large des CMP de psychiatrie générale et infanto-juvénile, développement des partenariats et réseaux (personnes âgées, adolescents,...), prise en charge des détenus ...

Il reste à conforter et à développer certaines de ces actions lors des prochaines années.

I-2-1-3 : Données sur l'environnement social et sanitaire.

I-2-1-3-A : Les Indicateurs sociaux du territoire des Bouches du Rhône Nord :

Nombre d'indicateurs sociaux du territoire paraissent plus favorables rapportés à la moyenne régionale.

Comparatif population territoire/region (2002) :

- bénéficiaires de l'A.A.H = 1,3% contre 2% en région
- bénéficiaires de l'A.P.I. = 0,76% contre 1,1% en région
- bénéficiaires du R.M.I. = 3,82% contre 5,2%
- demandeurs d'emploi de catégorie 1 (pour 100 adultes de 20 à 59 ans) = 8,24% contre 9%
- bénéficiaires de la CMUC = 53 ‰ contre 70 ‰ (2003)

Toutefois ce constat doit être affiné et plusieurs critères témoignent de la précarité et des processus d'exclusion sociale sur ce territoire.

La part de chômeurs de longue durée y est supérieure à ce qu'elle est dans la région (5,16% contre 4,3%), particulièrement dans le territoire de proximité de Salon-Miramas.

Les données sur l'environnement social dont disposent les communes apparaissent moins favorables.

Le territoire des B.D.R. Nord est ainsi plus hétérogène que l'image qu'en donne le relevé statistique de la D.R.A.S.S.

Il est d'ailleurs à l'image de la région où, ainsi qu'il est écrit dans le S.R.O.S. 3, les disparités sociales et économiques sont fortes, notamment dans le département des Bouches du Rhône.

➤ **Pour la seule Ville d'Aix en Provence, l'Atelier Santé Ville relève des données nettement moins favorables (12) :**

- Nombre de chômeurs : 16,6 % (dont chômeurs de longue durée = 40% et de moins de 20 ans = 30,8 %)-R.G. 1999-INSEE
- Allocataires en deçà du seuil de bas revenus (CAF 2002)
 - de 25 à 29 ans : 16,3% contre 13,7% département des BdR
 - Personnes isolées : 54,6 % contre 46,4% département des BdR
 - Monoparents : 22,2%
- Nombre de « Rmistes » (avril 2004) : 3546
 - dont 92,4% inférieur au seuil de bas revenus
 - dont 25,8% de femmes isolées contre 22,4% BdR
 - dont 22,7% de 25-29 ans contre 17% BdR
- Précarité et difficultés sociales dans certains quartiers d'Aix (Aix Nord, Encagnane, Corsy, Jas de Bouffan), insalubrité de certains logements en centre-ville.

Si le nombre de logements sociaux sur le territoire des Bouches du Rhône Nord représente 12,3 % des logements, soit un taux plus élevé que dans la région, les difficultés d'accès à ces logements et aux logements intermédiaires sur l'agglomération d'Aix sont largement soulignées, conséquences du niveau particulièrement élevé des loyers et du coût des terrains comme de la forte pression démographique.

Ces difficultés d'accès au logement frappent tout particulièrement les personnes atteintes de handicap mental ou de troubles psychiques dont les pathologies aggravent la précarité sociale et financière.

Comme il a été dit plus haut, les disparités socio-économiques sont encore plus marquées dans d'autres communes relevant des secteurs de psychiatrie du C.H. Montperrin : Gardanne, rive nord de l'Etang de Berre (Vitrolles, Berre), Miramas, ... où la précarité y est plus forte.

(12) Synthèse du diagnostic local de santé – A.S.V. d'Aix en Pce – Août 2004.

- Ainsi, la **commune de Vitrolles** (36784 habitants) dépendant des secteurs 13G21 et 13I07 présentent les caractéristiques ci-après selon les données recueillies par l'A.S.V.(13) :

- Une population jeune : les moins de 20 ans sont 31,2 % et les 18-23 ans représentent 9,3 % de la population totale de la commune,
- Employés et ouvriers : 70 % de la population,
- Nombre d'allocataires CAF: 58,4 % de la population
- Familles monoparentales : 15 %
- Nombre de logements sociaux : 38 % du parc de logements,
- Bénéficiaires du RMI : 6,2 % de la population (plus du double du nombre de 1992)
- Taux de chômage : 19,2 % et 36,5 % chez les jeunes,
- Jeunes de 15 ans et plus sortis du système scolaire sans aucun diplôme : 22,3 %.

Certains quartiers périphériques de Vitrolles ont des pourcentages encore plus marqués, comme celui des Pins (42 % de moins de 25 ans, 41 % de jeunes sans diplômes sortis du système scolaire, 40,52 % de chômage).

- **La ville de Salon de Provence** (14) :

- Commune de 40 000 habitants, la tranche des 20-39 ans étant la plus représentée (28,2 %), celle des plus de 60 ans augmente néanmoins le plus depuis 1990 (+ 22 %)
- Population étrangère = 5,6 %
- Ménages de 1 ou 2 personnes = 31,5 %
- R.M.I.= 1142 bénéficiaires
- Demandeurs d'emploi = 18 % (33,4 % quartier des Canourgues)
- Habitat social = 23 % et 6,8 % de logements en catégorie insalubre

I-2-1-3-B. Les Equipements sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire B.D.R. Nord :

Comparativement aux "bons" résultats épidémiologiques qui transparaissent des données de la D.R.A.S.S., le niveau en équipements sanitaires et en professionnels de santé du territoire des bouches du Rhône Nord ne paraît pas aussi élevé que l'on pourrait le penser (15).

Cela tend à démontrer que ces résultats favorables sont sans doute plus dus aux caractéristiques démographiques de la population du territoire (plus jeune que dans d'autres zones de la région) que du seul fait des équipements et de la couverture des besoins sanitaires.

- **Equipements d'hospitalisation :**

Le territoire comprend trois Centres hospitaliers généraux (C.H. du Pays d'Aix, C.H. de Salon, C.H. de Pertuis) et 7 sites d'établissements privés lucratifs ou PSPH assurant des activités de médecine.

(13) Document A.S.V. de Vitrolles, réunion du 05 avril 2005 et AUPA juin 2004.

(14)Document A.S.V. de Salon de Provence, op.cit. note 11 et travaux préparatoires de l'A.S.V.

(15) Données SAE 2002 reprises dans le document DRASS « Données sanitaires et sociales du territoire des BDR NORD (janvier 2005)- Cf. aussi l' Inventaire des structures de psychiatrie en P.A.C.A. (DRASS-Avril 2005)

A terme, le projet de S.R.O.S. 3 prévoit que la totalité des sites publics et privés assurant des activités de médecine soit ramené à 8 sites.

Une restructuration de l'activité de chirurgie et d'obstétrique a été réalisée et se poursuit, notamment dans les établissements privés.

→ Les équipements des plateaux techniques hospitaliers sont en deçà des équipements de la région (SAE 2002) :

765 lits et places de médecine (1,5 /1000 hab. versus 3,1/1000 hab. pour la région)

638 lits et places de chirurgie (1,3 /1000 hab. versus 2,5/1000 hab. région)

223 lits et places de gynéco-obstétrique (1,7 /1000 hab. versus 2,00/1000 hab. région)

269 lits et places de réadaptation fonctionnelle (0,5 /1000 hab. versus 0,9 région)

316 lits de soins de longue durée (0,6/1000 hab. versus 0,9 région).

Seul l'équipement en lits et places de soins de suite est supérieur à celui de la région (2,1/1000 hab. versus 1,7/1000).

→ En psychiatrie, deux établissements de santé mentale (annexe XXIII) sont situés sur les secteurs relevant du C.H. Montperrin : il s'agit de la Clinique de La Lauranne à Bouc Bel Air (200 lits) et de la Clinique de La Jauberte à Aix (72 lits après extension). Ces établissements privés de santé mentale regroupent près de 45 % des lits d'hospitalisation complète.

Le territoire ne dispose par contre d'aucun établissement de post-cure, ce qui est partiellement compensé par des partenariats entre le C.H. Montperrin et des établissements de cette nature dans les Bouches du Rhône Sud.

Une délocalisation, envisagée dans le nouveau S.R.O.S. est cependant très souhaitable.

Le nombre de lits en hospitalisation complète en psychiatrie générale est supérieur à celui de la région (1,42 /1000 habitants contre 1,35) ^(16.)

Cette situation a été justifiée par l'évolution démographique du territoire, l'A.R.H. ayant ainsi lors du précédent S.R.O.S. et pour le deuxième projet d'établissement du C.H. Montperrin accepté de maintenir les autorisations préalablement accordées en lits d'hospitalisation.

Le nouveau S.R.O.S. relève l'absence de lits d'hospitalisation à plein temps en psychiatrie sur la commune de Salon, le secteur 13G19 ayant une unité sur le site même de Montperrin (cf. sur ce point la partie sur le Projet médical d'établissement).

Le ratio en places d'hospitalisation *temps partiel et de CATTP* est par contre inférieur à celui de la région (0,28/1000 contre 0,48).

Se basant sur des ratios émanant de la Mission nationale d'appui en santé mentale, le projet de S.R.O.S. de 3^{ème} génération avait d'abord émis, en janvier 2006, l'éventualité d'une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation complète (226 lits au lieu de 586) dans le territoire de santé mentale sur la période 2006-2011, cette perspective n'étant toutefois plausible qu'à la condition que des structures de soins alternatives et de prise en charge médico-sociale et sociale soient créées ou développées en amont et en aval sur cette

(16) SROS de 3^{ème} génération, volet psychiatrie et santé mentale , chap. 2.2.5 orientations du TSM des BDR Nord et objectifs quantifiés, § 2.2.1.1 p. 444 et 445.

période, y compris par les cliniques privées de santé mentale.

Les places d'hôpitaux de jour, les appartements thérapeutiques devraient ainsi pouvoir être augmentées ainsi que des structures médico-sociales (Foyer de vie, centre de post-cure) et sociales (Maison-Relais).

Le Centre hospitalier Montperrin fait, dans ce présent projet d'établissement, des propositions en ce sens, tant pour des structures sanitaires alternatives que médico-sociales et sociales, mais il estime qu'il serait prématuré de fermer ou reconverter des lits d'hospitalisation à un moment où la perspective est celle de l'augmentation de la population du territoire de santé et alors que les taux d'occupation de ces lits sont élevés.

Par ailleurs, c'est le seul établissement habilité à ce jour sur le territoire de santé à recevoir les hospitalisations sans consentement.

Une telle reconversion ne pourrait être dès lors que progressive, maîtrisée dans ses conséquences et accompagnée des moyens correspondants en fonction des installations des structures alternatives.

Le nouveau S.R.O.S. retient finalement, dans son annexe sur les objectifs quantifiés, non des ratios lits mais des objectifs en journées d'hospitalisation sur le territoire de santé mentale, le nombre de journées à réaliser en 2011 devant être inférieur à celui de 2003, malgré l'augmentation de la population.

L'équipement en *psychiatrie infanto-juvénile*, déjà estimé insuffisant en P.A.C.A., est bien en deçà par rapport aux ratios régionaux, y compris en lits d'hospitalisation complète malgré l'ouverture effective de l'unité Oxalis (10 lits) au dernier trimestre 2004 (ratio de 0,08 pour 1.000 enfants en hospitalisation complète. versus 0,15 pour la région et 0,28 pour 1.000 enfants en hospitalisation temps partiel et CATTP contre 0,54).

L'équipement du territoire de santé mentale en hôpital de jour doit être renforcé selon le nouveau S.R.O.S., (H.J.inf.-juv. à Salon, H.J.-CATTP pour adolescents et H.J. pour adolescents autistes à Aix), ce qui s'inscrit dans la volonté du C.H. Montperrin (cf. 2^{ème} partie sur le projet médical d'établissement).

- Le nombre de personnels médicaux et internes salariés des établissements de santé du territoire des BDR Nord est inférieur à la moyenne régionale, tous établissements confondus :
(Effectif E.T.P./100.000 habitants = 74,5 contre 144,8 pour la région).
Le nombre de psychiatres exerçant en établissements est de 12,7 pour 100.000 habitants contre 14,6 au niveau régional.
- Le personnel non médical est très largement inférieur en 2002 pour tous les corps de métiers exerçant en établissements de santé (1739,9 E.T.P./100.000 habitants sur le territoire contre 3499,7/100.000 pour la région).
- L'on pourrait penser que ces différences sont compensées par le nombre de professionnels de santé exerçant en secteur libéral.

Or, les données de 2004 provenant de la base de données des praticiens de l'Assurance

maladie contredisent cette idée fausse.

Là encore, les disparités entre les communes du territoire sont importantes et le nombre des professionnels de santé installés en dehors de la ville d'Aix dans les autres communes du territoire fait probablement baisser le niveau de couverture de la population du territoire par ces professionnels.

- Le nombre d'omnipraticiens (650) est ainsi de 125,21 pour 100.000 habitants contre 135,35 pour 100.000 habitants pour la région.
- Le nombre de médecins spécialistes (664) est de 127,90 pour 100.000 habitants contre 148,04 pour la région.
Parmi ces derniers, les "neuropsychiatres" (70) sont à 13,48 pour 100.000 habitants contre 16,71 pour la région ; les neuropsychiatres de plus de 55 ans représentaient 40% de leur effectif, soit un taux un peu plus élevé que dans la région.
- Les infirmiers libéraux en Bouches du Rhône Nord sont également moins nombreux à y exercer (172,01 pour 100.000 habitants versus 180,84 pour la région).
- Même la part de médecins du secteur 2 s'avère être inférieure à celle de la région pour les omnipraticiens (13% des médecins en exercice versus 17%) comme pour les spécialistes (33% versus 36%) à l'exception des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres.

Les neuropsychiatres sont 10% à exercer en secteur 2 contre 14% globalement pour la région.

Ces chiffres pour le secteur libéral à honoraires libres devraient toutefois être examinés commune par commune, voire par quartier (ce dont nous ne disposons malheureusement pas) et il est probable qu'il y a de fortes variations entre la ville d'Aix et son centre ville et d'autres communes plus "populaires".

L'atelier Santé Ville d'Aix s'est inquiété également du constat d'une installation systématique en secteur à honoraires libres de jeunes psychiatres sur la ville.

➤ Structures médico-sociales et sociales du territoire de santé des Bouches du Rhône Nord (FINESS 2004) :

- Pour handicapés adultes :

Le territoire de santé compte:

- deux M.A.S., d'une capacité totale de 62 places, soit un taux de 22 places pour 100.000 Adultes handicapés (Région : 56/100.000), malgré l'autorisation accordée d'un deuxième établissement,
- 1 F.A.M. de 27 places, soit 9/100.000 Adultes handicapés (Région : 17/100.000). Cette structure (« La route du sel ») est dévolue aux adultes autistes.

Le nombre de places est moins déficitaire pour les autres structures d'hébergement , C.A.T.. et Ateliers protégés, établissements de réinsertion professionnelle.

- Pour handicapés enfants:

Les établissements pour déficients mentaux (10) et Instituts de rééducation (4) comportent un nombre de places proches ou au - delà de la moyenne régionale.

Il n'y a par contre qu'un seul établissement d'hébergement (20 places) et 9 S.E.S.S.A.D pour 109 places versus 183 places pour 100.000 dans la région.

Le S.E.S.S.A.D. Autisme, géré par l'Association Prévention Autisme recherche (A.P.A.R.) en partenariat avec le C. H. Montperrin a obtenu l'autorisation d'ouvrir des places supplémentaires à Salon, en plus de son site sur Aix.

Le C.H. Montperrin a souhaité poursuivre son action en en faveur de l'autisme avec un partenaire associatif du secteur médico-social dans le cadre de son projet médical d'établissement (cf. 2^{ème} partie, projet médical). Cette démarche s'inscrit pleinement dans le prolongement du Plan autisme.

➤ Structures d'hébergement et de réadaptation sociale :

6 C.H.R.S. offrant 308 places sont installés sur le territoire BDR Nord, ce qui paraît insuffisant par rapport aux besoins de la population concernée.

5 autres structures sont destinées à prendre en charge l'urgence sociale.

Il existe aussi des Foyers de Jeunes Travailleurs (2 à Aix, 1 à Vitrolles et 1 à Salon) et des résidences sociales type SONACOTRA.

Comme il a été dit plus haut, les personnes souffrant de handicaps et troubles psychiques, le plus souvent très fragilisées financièrement, se trouvent confrontées à de grandes difficultés d'accès à un logement privatif ou social.

Aussi, en complément du projet de Maison-Relais de l'association l'A.L.P.A., le C.H. Montperrin a déposé dès 2005, en partenariat avec cette association, un dossier pour l'ouverture d'un autre établissement de ce type (cf. 2^{ème} partie, Projet médical d'établissement, § II-4-2-2-A).

CHAPITRE II : **LES BILANS DU DEUXIEME PROJET D'ETABLISSEMENT ET DU** **CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS**

Le second projet d'établissement doit être corrélé au S.R.O.S. « 2^{ème} Génération » (1999-2004) et plus particulièrement au S.R.O.S. de psychiatrie (premier et « seul » S.R.O.S. spécifique de psychiatrie).

Le S.R.O.S. de psychiatrie avait, entre autres objectifs, la réduction des inégalités d'équipement au sein de la région, le développement de la psychiatrie infanto-juvénile (notamment la prise en compte des adolescents), ainsi que la poursuite du développement des alternatives à l'hospitalisation.

Le second projet d'établissement du C.H. Montperrin a repris (et réalisé) pour partie ces objectifs.

Ce projet se caractérise également, en termes d'équipement, par une approche plus « équitable » (recherche d'une meilleure adéquation entre activité et moyens).

Si le premier projet d'établissement était fondé surtout sur un principe d'égalité entre les secteurs de psychiatrie, le second se voulait « porteur d'un principe d'équité ».

On peut estimer que si le principe d'égalité (sous jacent au premier projet d'établissement) a été « scrupuleusement » respecté, le principe d'équité (objectif annoncé) n'a été que partiellement mis en œuvre.

Les orientations et objectifs du second projet d'établissement ont été pour grande partie, repris dans le cadre d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, dont la mise en œuvre a été effective entre 2002 et 2005.

Il importe ici de souligner que les contractants [A.R.H. et C.H. Montperrin] ont respecté leurs engagements.

Le Conseil d'Administration de l'établissement a régulièrement été tenu informé des conditions de réalisations du Contrat d'Objectifs et de Moyens et un bilan a notamment été présenté lors de la séance du 13 décembre 2005.

Le projet d'établissement, à l'origine « 1999-2004 », a été approuvé en juillet 2000 et, du fait du Contrat d'Objectifs et de Moyens planifié entre 2002 et 2005, a été de fait « prorogé » en 2005.

Le projet d'établissement et le C.O.M. définissaient diverses orientations stratégiques telles que :

- « - conforter la prise en charge en intra-hospitalier,
- renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète,
- développer les solutions adaptées pour les patients au long cours ».

En outre, des objectifs d'accueil, de qualité et de sécurité des soins étaient définis, ainsi que la participation aux actions de coopération et aux réseaux.

Sans céder à la « tentation de l'inventaire », il importe de reprendre les principaux éléments présentés en guise de bilan, lors du Conseil d'Administration du 13 décembre 2005.

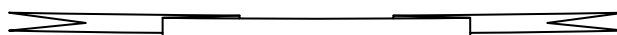
L'offre de soins prévue dans le cadre du projet d'établissement, a été mise en œuvre conformément aux objectifs, avec toutefois un décalage dans le temps, concernant certaines opérations de travaux (réaménagement de pavillons d'hospitalisation).

Le plan pluriannuel des investissements qui accompagnera le nouveau projet d'établissement, en tiendra compte.

Les structures de soins concernées en intra-hospitalier (hormis un décalage pour le pavillon Magnan-Le Guillant), et en extra-hospitalier (excepté un « nouveau décalage » pour Pertuis) sont opérationnelles, tout comme la coopération interhospitalière et la participation aux réseaux est effective.

Concernant plus particulièrement le C.O.M., le bilan est très largement positif, et les engagements ont été tenus (cf. fiche synthétique présentée au Conseil d'Administration du 13 décembre 2005) : soit d'une part, le maintien et le développement d'une offre de soins avec la réhabilitation des services de l'établissement (investissements réalisés par autofinancement) et d'autre part, le financement de différents postes de personnel médicaux et non médicaux.

La mise en œuvre de ces moyens était effective fin 2005 comme prévu : soit 14 postes de Praticiens Hospitaliers (dont 9 par transformation) et 38 postes non médicaux.

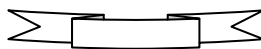


Les objectifs et les engagements ont donc été réalisés et tenus ; toutefois, il importe de relativiser ce constat, réel sur le plan quantitatif, mais non satisfait sur le plan qualitatif.

En effet, les effets cumulés de l'évolution démographique du territoire de santé couvert par l'établissement, l'accroissement constant de l'activité des services de soins (cf. file active et taux d'occupation des services) et la non évolution correspondante des moyens, se sont traduits par une altération de la qualité des soins, ce qui, au regard du contenu du C.O.M. obtenu, pourrait constituer une situation paradoxale.

Il importe dès lors, de tirer toutes les conséquences de cette évolution non concomitante (entre besoins de soins et moyens afférents) dans le cadre de l'élaboration de ce nouveau projet d'établissement et d'un futur Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

CONSEIL D'ADMINISTRATION
Séance du 13 décembre 2005



Bilan du Contrat d'Objectifs et de Moyens 2000-2005
(cf. Projet d'Etablissement 2000-2004 (2005))

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

- Engagement de maintenir et développer une offre de soins, correspondant à la prise en charge du bassin de population attaché au C.H. Montperrin, conformément au Projet d'Etablissement.

- Engagement d'assurer la réhabilitation des services de l'établissement, conformément au Projet d'Etablissement et au Programme Pluriannuel d'Investissement (Investissements réalisés par auto-financement).

- Financement de différents postes de personnel (Personnel Médical & Personnel Non Médical) conformément à l'échéancier de réalisation du C.O.M. (document joint).

BILAN

1 – Engagements de l'établissement

- Maintien de l'offre de soins.
- Programme d'investissement (travaux) :

- Pavillon d'hospitalisation

Après DELAY, CALAIS, PONTIER & ALCOOLOGIE, F.S.T. :
les Pavillons REIBAUD & OLIVIER

En cours, MAGNAN-LE GUILLANT

Reste : REGIS & DELAY (extension).

- Autres bâtiments

Après LAFORGUE... HAUSER & BLOC MEDICO-TECHNIQUE.

- Extra-hospitalier

MIRAMAS & PERTUIS : opération en cours

2 – Engagements A.R.H.

Financement du C.O.M. assuré sur 4 ans (2002-2005) : 2 401 344 Euros

3- Les réalisations :

- le Personnel Médical

- Création de 4 postes de P.H. Plein Temps et de 1 poste de P.H. à Temps Partiel.

- Transformation de 7 postes d'Assistants (ou P.A.C.) en 7 postes de P.H. Plein Temps et 1 poste d'Assistant en 2 postes de P.H. à Temps Partiel.

- Création de 3 vacations médicales (C.L.I.N.).

- le Personnel Non médical

- 8 A.S.H. (hygiène)

- 6 Aides-Soignants (U.P.S.I.R.)

- 13, 5 E.T.P. Infirmiers

- 3 E.T.P. Secrétaires Médicales

- 6, 5 E.T.P. Psychologues

- 1,5 E.T.P. Assistante Sociales

Tous ces recrutements ont été effectués et affectés conformément aux projets, sauf 4 E.T.P. infirmiers, en raison de difficultés ponctuelles de recrutement.

**ECHEANCIER DE REALISATION DU C.O.M.
sur 4 ans 2002-2005**

2002		2003		2004		2005	
- Transf. d'Assistant en P.H. Secteur 21	52 980 €	- Gériopsychiatrie : 1 P.H.P.T. + 1 infirmier	84 235 €	- Transf. Assistants en P.H. (5 postes)	264 900 €	- Ambulatoire : Psychologue (3)	137 204 €
- Création d'1 P.H. P.T. Secteur 18	101 780 €	- Création de 3 P.H.P.T. Secteurs 17, 20 & 22	305 340 €	- Transf. (FAUPL) 1 Assistant en 2 P.H.T.P.	58 060 €	- Culture Santé	19 056 €
- Hygiène : 8 A.S.H.	207 331 €	- Transf. PAC en P.H.P.T. Secteur 22	48 190 €	- Ambulatoire : Secrétaire Médicale & Psychologue (3)	233 247 €	- FAUPL : Accueil	114 337 €
- U.P.S.I.R.	234 009 €	- Equipes nuit	190 561 €	- Dispositif social	57 168 €	- A.F.T.	167 694 €
- C.L.I.N.	10 825 €					- Appt Thérap.	114 337 €
606 925 €		628 416 €		613 375 €		552 628 €	
2 401 344 €							

P.H.P.T. : Praticien Hospitalier Plein Temps
P.H.T.P. : Praticien Hospitalier Temps Partiel