

2ème partie :

**LES COMPOSANTES DU
PROJET D'ETABLISSEMENT
2006-2011**

Titre I

La Prise en charge des patients

LE PROJET MEDICAL ET LE PROJET DE SOINS

CHAPITRE I – LE PROJET MEDICAL

Sommaire

PREAMBULE	45
I- PSYCHIATRIE INFANTO- JUVENILE :	45
I-1- Hôpital de jour I09 à Salon	46
I-2- Le développement des CMP	46
I-3- L'Accueil familial thérapeutique	47
I-4- Le développement de la pédo-psychiatrie de liaison	47
I-5- Les projets en partenariat:	47
➤ RESADOS et la prise en charge des adolescents difficiles	
➤ Institut pour adolescents et jeunes adultes autistes	
II- PSYCHIATRIE GENERALE :	49
II-1- La problématique de l'hébergement en unité d'hospitalisation	49
II-2- Les besoins en lits supplémentaires pour l'hospitalisation à plein temps	50
II-2-1- Demande de création d'une unité d'hospitalisation supplémentaire pour le secteur 13G19	50
II-2-2- Création de lits pour toxicomanes (F.S.T.)	50
II-3- Les prises en charge intrahospitalières spécifiques	50
II-3-1- La prise en charge des patients « dits difficiles »	50
II-3-2- Les besoins de places supplémentaires d'UMD en PACA	51
II-3-3- La nécessité de créer une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée	51
II-3-4- Densification et diversification des équipes soignantes en intra-hospitalier	52
II-3-5- La liberté de circulation des patients hospitalisés	52
II-3-6- La couverture des soins somatiques au C.H. Montperrin	52
II-4- Les alternatives à l'hospitalisation à plein temps :	53
II-4-1- Le développement des dispositifs alternatifs déjà en place	54
II-4-1-1- Les Hôpitaux de jour	54
II-4-1-2- Les CATTP de psychiatrie générale et d'alcoologie	54
II-4-1-3- Les Appartements thérapeutiques	55
II-4-1-4- Les Accueils Familiaux Thérapeutiques	55
II-4-2- Les nouveaux projets alternatifs	56
II-4-2-1- Une unité bisectorielle d'Hospitalisation à domicile	56
II-4-2-2- La création de lieux de vie adaptés à l'état de certains patients	56
II-4-2-2-a- La maison-relais	56
II-4-2-2-b- Le foyer de vie	57

II-5- Les activités ambulatoires et de liaison	58
II-5-1- Le développement des CMP et leur articulation avec les structures médico-sociales	58
II-5-2- L'accueil aux Urgences : le C.A.P 48 du CHPA et l'accueil soignant	58
II-5-3- La Psychiatrie générale de liaison	59
II-5-4- L'Alcoologie et la tabacologie de liaison	59
II-5-5- L'équipe mobile de Toxicomanie et les antennes de la F.S.T.	59
II-5-6- La géronto-psychiatrie	60
II-5-7- La prise en charge intersectorielle de la précarité et de l'exclusion	60
II-5-8- Le développement de la consultation Douleur	61
II-5-9- Le Service de psychiatrie ambulatoire aux détenus	61
II-6- Les services et structures d'appui aux soins et à l'activité médicale	62
II-6-1- Le service Pharmacie-laboratoire	62
II-6-2- L'Information médicale	63
II-7- Les relations avec les usagers- La politique de la qualité et de la prévention des risques sanitaires	63
II-7-1- Les relations avec les usagers et les familles	63
II-7-2- Culture et hôpital : le 3 Bis F	64
II-7-3- La politique de la qualité et de prévention des risques sanitaires	65
III- LES LOCAUX DE SOINS EN EXTRA-HOSPITALIER : BESOINS ET EVOLUTIONS	66

PREAMBULE :

Avant de décliner le Projet d'Etablissement, nous souhaitons rappeler la situation des temps médicaux mais aussi des effectifs des autres personnels soignants de l'établissement.

L'application de la réduction du temps de travail aux médecins en 2002 et l'intégration du temps de garde dans le temps de travail en 2003 ont entraîné une réduction de la présence médicale. Nous avons évalué la perte de temps liée à l'application de la RTT à 6 postes de médecins assistants.

Notre établissement offre 2 lignes de permanence des soins sur place. Une garde sur le site du CHM et une garde de psychiatre senior dans le Service des Urgences du CHPA.

Le déficit en temps médical résultant du repos quotidien et du temps additionnel généré par la garde se monte à 2 postes de PH et 2 postes d'assistants. Or, nous n'avons obtenu que 3 temps et demi d'assistants généralistes et une somme de 65 000 €.

Le différentiel se monte à 4 postes et demi d'assistants et 2 postes de PH.

Les difficultés de **recrutement de personnels infirmiers** se font aussi sentir au C.H. Montperrin et ont des conséquences sur les effectifs des structures de soins. Elles se conjuguent avec la mise en oeuvre de la RTT et les perspectives de départ en retraite ces cinq prochaines années de nombreux infirmiers expérimentés.

Nous pouvons certes espérer que ce sont d'abord des difficultés conjoncturelles, dans l'attente que les Instituts en soins infirmiers forment suffisamment de diplômés dans les années à venir compensant au moins partiellement..

Néanmoins, ainsi qu'en fait état le projet de soins infirmiers et paramédicaux de ce Projet d'établissement, il y a désormais une tendance profonde et structurelle à ce que les personnels infirmiers à diplôme unique soient moins stables dans leur emploi et moins fidèles à l'établissement où ils ont débuté leur carrière professionnelle que par le passé, ce qui signifie que plus de postes seront vacants au même moment.

Une réflexion et des décisions sur la diversification des compétences soignantes sont donc nécessaires dans cette perspective d'évolution.

La croissance démographique importante de notre bassin de population (environ 11 % entre chaque recensement de population), notre implication forte dans les Urgences Somatiques, notre présence dans les divers réseaux ont induit une augmentation des demandes de soins qui se traduit par une file active qui s'accroît de 10 % par an.

De plus, **le nouveau découpage du territoire de santé** rattache des communes supplémentaires à l'aire d'attractivité du Centre hospitalier Montperrin (environ 25 000 habitants de plus, hors la commune des Pennes-Mirabeau).

Notre établissement ne pourra assurer les prises en charge qui découleront de ce rattachement sans transfert ou création des moyens correspondants.

C'est dans ce contexte de sous - effectifs médicaux et infirmiers que nous présentons ce projet d'Etablissement 2006-2011.

I- PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE :

Il n'est pas nécessaire de revenir sur la situation de la pédo-psychiatrie en région PACA et sur notre territoire de santé, les manques d'équipements étant soulignés dans le S.R.O.S. et dans la première partie de ce présent Projet d'établissement.

En particulier, la nécessité d'un hôpital de jour pour le secteur de Salon comme d'un H.J. pour adolescents autistes a été mentionnée.

Le territoire dispose désormais d'une unité d'hospitalisation pour adolescents (Oxalis) mais un renforcement de la prise en charge alternative ou ambulatoire des adolescents paraît encore souhaitable sans passer nécessairement par de nouvelles structures, plutôt par un renforcement de moyens des structures existantes.

Les propositions faites par le projet médical pour la pédo-psychiatrie s'inscrivent dans un diagnostic partagé sur les besoins

Trois inter-secteurs de pédopsychiatrie prennent en charge la population de 0 à 16 ans du Centre Hospitalier Montperrin.

I-1- Hôpital de Jour Infanto-Juvenile à Salon (Secteur I 09) :

L'Intersecteur I 09 crée en 1998 s'étend sur le nord - ouest du territoire Bouches du Rhône Nord.

Depuis 1998, date de rattachement du I 09 au Centre Hospitalier Montperrin, l'Etablissement a pour **première priorité** la dotation de cet inter-secteur en personnels et en structures nécessaires à son fonctionnement.

La création de 15 places d'**Hôpital de Jour** à Salon apparaît indispensable pour permettre de couvrir les besoins de cette population.

Actuellement, les patients sont orientés sur le Centre de Jour du I 08, situé à Aix, qui est lui-même saturé.

Ce projet prévoit :

- 10 places pour enfants et jeunes enfants.
- 5 places d'accueil pour adolescents au sein de l'hôpital général de Salon en lien étroit avec l'équipe de psychiatrie de liaison « La Passerelle ».
-

Les besoins estimés pour l'H.J. de Salon :

- 1 PH temps plein (moitié sur Hôpital de Jour enfants).
(moitié sur Hôpital de Jour Adolescents).
- 1 Temps plein de cadre de santé.
- une équipe pluridisciplinaire de 13 ½ équivalents temps plein).
(Ce projet est détaillé dans le projet de l'Intersecteur I 09).

I-2- Développement des C.M.P. et C.A.T.T.P. infanto-juvéniles :

Les files actives des patients augmentent de 10% par an et le nombre de patients en attente ne cesse de s'accroître, particulièrement en psychiatrie infanto-juvenile comme cela a pu être constaté.

Le SROS 3 impose la prise en charge de 25 000 habitants supplémentaires (Portes du Lubéron, Sénas, Gréasque et communes alentours).

Le territoire verra sa population de moins de 20 ans au-mieux rester stable, à la différence d'autres territoires de santé de la région, si l'on ne tient pas compte de l'impact de son essor démographique par l'installation de nouveaux arrivants (notamment projet ITER) sur cette classe d'âge.

- Il est donc nécessaire de **prévoir l'augmentation des moyens humains** : temps médicaux, temps de psychologues, temps de secrétariat (notamment pour le I09)...**sur les CMP et concevoir un dispositif de soins type C.A.T.T.P. pour les adolescents.**

Ces moyens devront être définis précisément dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Rappelons que, comme pour les C.M.P. de psychiatrie générale, le C.H. Montperrin a réalisé en 2005 une enquête approfondie sur l'activité de ses C.M.P. dont les résultats ont été immédiatement communiqués à la D.R.A.S.S. et à la C.R.A.M. dans le cadre des travaux du S.R.O.S.

- **Centre médico-psychologique pour les 11-25 ans :**

Le secteur I 07 souhaite développer en partenariat avec les deux Secteurs adultes G 21 et G 22 qui prennent en charge son territoire une consultation pour les 11 à 25 ans qui nécessiterait la création **de temps médicaux et de temps de psychologues.**

I-3- Accueil Familial Thérapeutique pour enfants

C'est une technique de soins spécifiques qui propose d'accueillir de façon permanente ou épisodique dans une famille de suppléance et non de substitution des enfants âgés de 0 à 16 ans (ou 18 ans) présentant des désordres psychopathologiques pour une prise en charge temporaire sur prescription médicale en articulation avec une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie infanto - juvénile.

L'A.F.T. est donc une alternative à l'hospitalisation visant à la fois à restaurer à restaurer les capacités psychiques de l'enfant ou de l'adolescent et à préserver le lien avec ses proches.

Les inter-secteurs I 08 et I 09 souhaitent développer ce mode de prise en charge et demandent le financement de **8 places**.

Ces familles seraient recrutées sur le territoire sanitaire du CH Montperrin.

Les Moyens :

- 1 P.H. mi-temps
- 1 Secrétaire médicale
- ½ temps de Cadre de santé
- ½ temps d'assistante sociale
- 1 psychologue
- 2 éducateurs
- 3 infirmiers

I-4- Développement de la pédo-psychiatrie de liaison :

- Afin de poursuivre l'activité de pédo-psychiatrie de liaison dans le service de **pédiatrie** du **Centre Hospitalier de Salon** (Sect. I 09), la création d'un temps plein d'infirmier est demandée.
- Il en est de même pour la **pédopsychiatrie de liaison au Centre hospitalier du Pays d'Aix** (secteur I 08), soit la création d'un temps plein infirmier pour ce secteur.
- La prise en charge des **troubles psychiques de certaines mères** lors de grossesses ou à la naissance de leur enfant comme **l'aide à la parentalité** doivent mériter une attention particulière mais ne paraissent pas justifier la création, sur le territoire de santé, d'une structure de soins spécialisés, y compris avec des lits mère-enfant dans une unité spécifique. L'affectation de tels lits dans une unité de psychiatrie générale paraît par ailleurs impossible à mettre en place concrètement. Cette prise en charge entre par contre dans les missions de la psychiatrie de liaison en oeuvre auprès des maternités et services de pédiatrie et néonatalogie des hôpitaux généraux d'Aix et de Salon.

Le secteur I 09 souhaite renforcer cette prise en charge en pédiatrie et à la maternité du Centre hospitalier de Salon à partir de la **création d'un poste d'éducateur jeunes enfants**.

Rappelons que les secteurs de psychiatrie générale, en complément des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, assurent déjà le suivi des mères en difficulté psychique sur les lieux de consultation et, si nécessaire, en hospitalisation. Ils peuvent aussi orienter ces personnes vers des lieux de soins plus spécialisés au niveau de la région.

I-5- Projets en partenariat pour la psychiatrie infanto-juvénile :

- **Le projet RESADOS** pour la prise en charge des adolescents difficiles :
Ce projet prévoit la création de structures d'accueil, d'accompagnement et/ou d'hébergement des adolescents les plus en souffrance sur le territoire de niveau II « Bouches du Rhône Nord ».
Les bénéficiaires seraient les adolescents et jeunes majeurs, en souffrance psychique sévère ne nécessitant pas une hospitalisation systématique en milieu psychiatrique.
Cette population est à la frontière de plusieurs champs disciplinaires : la justice, la psychiatrie, le médico-social, le socio-éducatif, le social...
A travers l'association RESADOS, il implique plusieurs partenaires, notamment le Conseil Général et l'A.S.E., la P.J.J.

Le projet repose sur **trois pôles** de prise en charge médico-sociale :

- Pôle 1 : Prestation Centre de Ressources, Recherche et Formation qui regroupe les activités existantes de RESADOS.
- Pôle 2 : Prestation d'Accueil et de Consultation de jour adaptée à la spécificité adolescente.
- Pôle 3 : Prestation complémentaire d'hébergement :
 - Séjour de distanciation : 1 place (dans une MECS du réseau RESADOS).
 - Hébergement éducatif et soignant : 5 à 6 places.

Les structures des pôles 2 et 3 seraient des structures expérimentales au sens de la loi de 2002 sur le handicap.

Le financement des postes nécessaires à ce projet proviendrait pour la plus grande part du département, le poste médical et les postes soignants seront recrutés et mis à disposition par le C.H. Montperrin, secteur 13 I 08, à partir de crédits provenant d'enveloppes sanitaires ou médico-sociales d'Etat.

➤ **Institut Polyvalent pour Adolescents et Jeunes Adultes avec autisme et troubles apparentés :**

L'organisme initiateur est l'association Fédération Autisme Vie Entière (F.A.V.I.E) associée aux Intersecteurs de psychiatrie Infanto-Juvenile I08 et I09 du Centre Hospitalier Montperrin, à l'association et I.M.E. des Parons, à l'Association Prévention Autisme (A.P.A.R), au Centre Ressource Autisme de PACA, ainsi qu'à d'autres partenaires associés (Université de Provence, C.N.R.S., Université de la Méditerranée, divers I.M.E., SAMSAH,...).

Ce projet a vocation à couvrir la totalité du territoire de niveau 2 d'Aix pour des adolescents et jeunes adultes de 12 à 20 ans présentant un syndrome d'autisme ou de T.E.D..

A ce titre, le secteur 13 I 07 est partie prenante de sa conception.

Le projet est plus particulièrement travaillé en étroite concertation avec l'association de l'Institut Les Parons qui, dans le cadre de ce partenariat, sera l'organisme gestionnaire de la structure.

Le projet comporte **deux Pôles** :

- un pôle d'évaluation et de prise en charge transitoire en hôpital de jour de 12 places destiné à accueillir des jeunes dans le cadre d'une évaluation médico-psycho-éducative ou d'une rupture transitoire.
- Un pôle de prise en charge au long cours en IMPRO de 12 places destiné à accueillir des jeunes pour des séjours de longue durée.

Une offre d'hébergement adaptée de 10 places compléterait ce dispositif pour l'accueil de jeunes au cas par cas.

Cette structure de prise en charge polyvalente fonctionnera avec une équipe pluridisciplinaire.

Les moyens en personnels et les compétences sont en cours de détermination entre le C.H. Montperrin et l'Institut Les Parons au moment où nous présentons ce projet médical.

Le poste médical (1 psychiatre à temps partiel) et les postes soignants (psychologues, infirmiers) seraient sous la responsabilité du C.H. Montperrin.

II- PSYCHIATRIE GENERALE :

II-1- La problématique de « l'hébergement » en unités d'hospitalisation :

Depuis le redécoupage sectoriel de 1998, les entrées « en hébergement », c'est à dire dans un autre secteur que le secteur de référence du patient, sont en augmentation constante.

Avant 1998, notre Etablissement comprenait 4 secteurs de psychiatrie de l'adulte de 3 à 4 unités d'hospitalisation chacun.

L'augmentation du bassin démographique du Centre Hospitalier Montperrin a entraîné un redécoupage qui a créé 2 secteurs supplémentaires en réduisant le nombre d'unités d'hospitalisation à 2 pour cinq des secteurs et à une seule unité de 30 lits pour le sixième secteur.

Selon une étude faite par l'établissement :

En 2003.

- 32 % des patients ont été hospitalisés (hors hébergement pour mise en Chambre d'Isolement) dans un Service autre que leur Secteur de référence.

En 2004 :

- 36 % des patients ont été « hébergés » hors hébergement en chambre d'isolement..

Nous avons aussi étudié le profil des patients dits « hébergés » pour 2003 et 2004 :

- Les caractéristiques socioprofessionnelles sont identiques.
- Sur un plan de diagnostic, il semble que les troubles addictifs entraînent un taux d'hébergement supérieur de 4 à 5 %. L'explication réside dans l'urgence de l'hospitalisation et l'impossibilité de « planifier » l'entrée.

Le fait que les patients ne soient pas hospitalisés dans leur secteur entraîne une dégradation de la qualité des soins importante et une augmentation des risques du fait d'une perte de l'information. Certains patients sont hospitalisés successivement dans plusieurs Secteurs différents durant l'année.

Il y a plusieurs explications à ce phénomène :

- Le Secteur de l'Etablissement qui est le « plus accueilli » n'a que 30 lits d'hospitalisation, ce qui est insuffisant pour une aire géo-démographique de 90 000 habitants.
- Par ailleurs, une étude sur la file active 2004, révèle que hors UPSIR (25 lits) et PPDA (15 lits), 78 patients sont hospitalisés en 2004 pour une durée de séjour continue supérieure à 9 mois. Les longs séjours s'expliquent par une pathologie très active qui ne permet pas une sortie en milieu ordinaire. Par contre, s'il existait des structures adéquates, on pourrait faire sortir la plupart de ces patients et retrouver ainsi une fluidité dans les entrées sur des places « plus actives ».
- Notre territoire de santé « Bouches du Rhône Nord » est, nous l'avons dit, en augmentation démographique de 11% tous les 10 ans. Ce dynamisme démographique qui le place en deuxième position en région PACA explique l'augmentation des files actives de patients suivis en ambulatoire constatée lors de chaque rapport d'activité annuel. Ce phénomène est à l'origine de la saturation des lits d'hospitalisation, dont le taux d'occupation est de 92%.

L'obligation pour notre Etablissement de prendre en charge la population du territoire « Bouches du Rhône Nord » va encore accroître notre bassin de population de 25 000 habitants environ (prise en charge des Portes du Lubéron, de Sénas et de Gréasque, cf. *1^{ère} partie du projet d'établissement et S.R.O.S. 3*).

Il est donc inévitable que, comme nous l'avons spécifié en préambule, des moyens adéquats (personnels et crédits nécessaires au fonctionnement de nouvelles structures) pour assumer cette population supplémentaire soient accordés par transfert ou création à l'établissement et qu'il soit tenu compte également de cette augmentation de population dans le nombre de lits d'hospitalisation devant être installés sur le territoire.

Par ailleurs, le projet ITER qui va se situer sur la partie Nord de notre territoire de santé va entraîner l'arrivée d'employés et de leur famille.

Il est trop tôt pour évaluer la population nouvelle à prendre en charge suite à la mise en œuvre de ce grand équipement scientifique mais nous souhaitons nous y préparer.

C'est dans ce contexte d'asphyxie actuelle de l'intra-hospitalier et de l'ambulatoire, avec une montée démographique supérieure aux autres territoires de santé, que nous concevons notre projet médical d'Etablissement pour la psychiatrie générale.

II-2- Les besoins en lits supplémentaires pour une hospitalisation à temps plein dans l'établissement:

II-2-1- Une unité supplémentaire d'hospitalisation de 20 lits pour le secteur 13 G 19 :

Ce secteur a en charge la ville de Salon et alentours. Il dispose actuellement d'un pavillon de 30 lits.

Après étude des besoins, il apparaît que ce secteur devra être doté, comme les autres secteurs de psychiatrie générale de l'établissement, de deux unités d'hospitalisation regroupant 46 lits au total.

La nouvelle unité, qui serait installée sur le site du Centre hospitalier Montperrin, nécessitera la **création** :

- d'un poste de praticien hospitalier plein temps
- de 20 postes soignants

Il est rappelé également la demande de transformation d'un poste de médecin assistant en praticien hospitalier à plein temps pour ce service.

II-2-2- Création de lits d'hospitalisation pour la Fédération de Soins aux Toxicomanes :

La F.S.T. propose la création d'une unité intersectorielle de 10 lits d'hospitalisation temps plein. Les patients de la FST sont actuellement hospitalisés en psychiatrie générale. En dehors de pathologies psychiatriques avérées, on constate qu'il existe une inadéquation et des difficultés de cohabitation.

Il semble utile de créer des places de sevrage.

Ces 10 lits nécessiteraient une **équipe composée** de :

- un poste temps plein médical
- 15 postes infirmiers et autres personnels soignants
- un mi-temps de psychologue.
- un mi-temps de travailleur social

L'éventualité de cette création qui devra faire l'objet d'un protocole détaillé de fonctionnement doit en tout état de cause être à replacer dans le cadre des autres projets intra et extrahospitaliers, **jugés plus immédiatement prioritaires** qui sont présentés dans ce projet médical, en particulier s'agissant de la deuxième unité pour le secteur 13 G 19.

II-3- Les prises en charge hospitalières spécifiques :

Outre l'installation de lits supplémentaires pour le secteur de psychiatrie générale de Salon évoquée plus haut et éventuellement de lits pour toxicomanes, des spécificités de la prise en charge intra-hospitalière doivent aussi être présentées ci-après.

II-3-1-Prise en charge des patients dits « difficiles » :

L'actualité tragique en psychiatrie ne doit pas oblitérer le fait que la violence en psychiatrie s'inscrit le plus souvent dans un contexte clinique. La réponse ne peut être seulement sécuritaire même si la sécurité des patients et du personnel doit être assurée.

Ces patients n'ont pu être admis pour autant en U.M.D. par manque de places (cf. le paragraphe qui suit) ou parce que leur profil pathologique n'entre pas dans les critères justifiant leur admission dans ce type de structure, malgré les problèmes de prise en charge que ces patients posent.

La création d'une unité d'hospitalisation spécifique à la prise en charge des patients considérés néanmoins comme difficiles ou relevant d'une surveillance renforcée, sur le modèle d'une U.M.A.P. ou unité similaire¹ n'a pas été retenue par les psychiatres de l'établissement.

La place du secteur et la continuité dans la prise en charge des patients, même durant les épisodes d'hétéro-agressivité, ont été réaffirmées.

A l'occasion de la réhabilitation des locaux des unités d'hospitalisation, le cahier des charges des travaux devra toutefois laisser la possibilité, après concertation avec les équipes médicales et soignantes, d'une adaptation des locaux pour aménager un espace spécifique au suivi et à la prise en charge des patients en phase d'agitation.

Le principe de la création d'une équipe dite de sécurité composée de vigiles a été voté en CME (décembre 2004) puis en Conseil d'Administration.

Cette équipe serait placée sous la responsabilité conjointe du Directeur des Soins et du Directeur des services logistiques. Outre une surveillance de la sécurité générale du site hospitalier, elle pourrait être amenée à intervenir à la demande des personnels des services de soins pour des renforts auprès de ces personnels dans les locaux de soins afin d'assurer la sécurité leur sécurité et celle des usagers lors des situations de violence.

Rappelons que le C.H. Montperrin fait actuellement appel sur ses moyens propres à une société extérieure de surveillance présente en permanence, dont il s'avère que le bilan est très positif même si les moyens mis en oeuvre et son champ d'intervention sont limités.

II-3-2- Demande d'augmentation de places en Unité pour Malades Difficiles (UMD) en région P.A.C.A. :

Nous voulons attirer l'attention sur le délai d'attente pour admission en UMD des patients dont l'orientation vers une UMD a été validée par les équipes médicales de ces structures de soins.

En effet, le maintien dans un service de soins de psychiatrie générale pose des problèmes de sécurité pour les équipes soignantes.

L'augmentation de places d'UMD en PACA semble justifiée par l'augmentation démographique de notre région, par les délais excessifs d'attente de placement de certains patients le justifiant comme par leur retour parfois trop rapide en services d'hospitalisation traditionnels.

II-3-3- Détenus hospitalisés : nécessité de créer une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) en région PACA :

Le CH Montperrin accueille plus de la moitié des hospitalisations en HO D 398 des Bouches-du-Rhône, ce qui a représenté 59 hospitalisations d'office D398 pour l'année 2004.

L'entrée de ces patients se fait en chambre d'isolement et la plupart du temps leur séjour se déroule en CI car le personnel ne peut assurer la prévention des évasions.

Afin que ces patients bénéficient de soins de qualité, nous demandons qu'au moins une USHA en région, prévue dans le Plan de Santé Mentale comme une des 4 UHSA prioritaires, soit construite au plus tôt dans les Bouches du Rhône.

¹ U.M.A.P. : Unité pour malades agités ou perturbateurs.

II-3-4- Densification et diversification des équipes soignantes en intra-hospitalier :

La charge de travail en intra-hospitalier ne cesse d'augmenter du fait de la multiplication des entrées, des admissions adressées par les équipes de psychiatrie dans les services d'Urgences.

Il est à noter que les entrées en HDT dans notre Etablissement sont supérieures à la moyenne nationale.

Par ailleurs, la capacité de chaque unité d'hospitalisation est de 21 à 30 lits avec une moyenne de 23 lits, ce qui constitue une capacité importante en psychiatrie.

Une expérience d'introduction de postes d'aides-soignants dans les équipes infirmières a été menée dans 4 unités. Le bilan semble positif puisque les aide-soignants recrutés sur des tâches spécifiques permettent aux infirmiers de se recentrer sur leurs missions.

Il est à regretter que l'affectation d'aides-soignants sur des postes infirmiers, du fait des difficultés de recrutement des infirmiers, brouille la notion de pluridisciplinarité. En effet, si les effectifs infirmiers sont suffisants, les aides-soignants ont un rôle propre qui permet aux infirmiers d'être disponibles auprès des patients et à leur écoute.

Ainsi, la création dans chaque unité d'hospitalisation de **postes d'aides-soignants, mais encore de postes relevant d'autres qualifications** (Auxiliaires médico-psychologiques, moniteurs-éducateurs, animateurs...) tout en maintenant un effectif d'infirmiers qui soit suffisant pour éviter une déqualification des compétences sanitaires, permettrait de mettre en oeuvre des approches différentes et complémentaires pour la prise en charge des personnes hospitalisées.

La présence accrue de **psychologues** au sein même des unités d'hospitalisation à temps plein peut être aussi une orientation souhaitée par certains services et laissée à leur initiative.

Enfin, il y a lieu de rappeler la nécessité de poursuivre **le renforcement des effectifs d'Agents des services hospitaliers** intervenant dans les unités d'hospitalisation au titre de l'amélioration de **l'hygiène** des locaux.

II-3-5- La liberté de circulation des patients hospitalisés :

La Conférence de consensus sur la liberté de circulation des patients parue en décembre 2004 préconise l'ouverture des unités d'hospitalisation.

En psychiatrie, il peut être toutefois nécessaire de limiter cette liberté selon la pathologie des patients et pour assurer leur sécurité.

C'est pourquoi l'ouverture des unités demande un aménagement architectural afin de respecter la liberté de la plupart mais aussi restreindre la liberté de circulation de certains patients.

Seul un service a pu bénéficier d'un aménagement spécifique qui lui permet de rester ouvert la journée.

Un plan de réfection des unités est en cours d'élaboration. Les médecins responsables des unités réhabilités s'engagent à ouvrir ces pavillons dès que leur aménagement le permettra.

Néanmoins, les patients en hospitalisation libre peuvent toujours demander aux personnels à sortir de leur unité à leur convenance.

II-3-6- La couverture de soins somatiques au C.H. Montperrin :

La médecine somatique en psychiatrie se développe depuis quelques années. Une association de médecins « somaticiens » exerçant en psychiatrie a vu le jour en 2002 et un diplôme universitaire spécifique à ce mode d'exercice a été créé à Paris.

Le C.H. Montperrin a pris conscience de l'importance et des particularités des pathologies somatiques en psychiatrie, pathologies secondaires aux prescriptions de psychotropes, à la prise de poids des patients, à l'indifférence à la douleur, à l'apragmatisme, et la difficulté de faire consulter des patients atteints de troubles psychotiques.

Nous ne voulons pas remplacer les soins spécialisés des services de l'hôpital général, mais nous souhaitons **augmenter le temps médical somatique** pour que les patients bénéficient d'exams systématiques de médecine générale et développer la prévention et le dépistage des pathologies somatiques.

- Nous demandons la création de **deux postes de P.H. temps partiels de médecine polyvalente** afin de compléter le poste de PH temps partiel existant.

Ces praticiens hospitaliers compléteront les vacances de spécialités médicales et paramédicales existantes.

- Dans le cadre de la permanence des soins somatiques, il paraît cependant nécessaire, au vu des évolutions de l'emploi médical, de conforter cette permanence en complétant ce dispositif par la possibilité de **faire appel, dans le cadre d'accords conventionnels, à des médecins généralistes** en-dehors des horaires de travail des médecins de médecine somatique employés par le C.H. Montperrin. La possibilité de tels accords avec des omnipraticiens et/ou des organismes les regroupant devra être étudiée pour en établir les modalités.
- La création d'une **consultation de tabacologie** (temps médical et infirmier) réservée aux patients du C.H. Montperrin nous semble indispensable et conforme aux objectifs du Plan cancer.

Elle pourrait être réalisée soit directement depuis l'unité des consultations somatiques, soit à partir du service d'alcoologie qui dispose de compétences en la matière mais devra être renforcée pour étendre cette action auprès de l'ensemble des patients.

Elle s'inscrira aussi dans l'engagement de l'établissement par la charte Hôpital sans tabac.

II-4- Les alternatives à l'hospitalisation à temps plein :

Les indices d'équipement de notre territoire de santé met en évidence le déficit en alternatives au temps plein que ce soit les hôpitaux de jour (0.26 pour 1000 habitants alors que la moyenne régionale est de 0.37 pour 1000 habitants), en CATTP ou pour les structures médico-sociales : absence totale d'établissement de post-cure, et peu d'hébergement médico-social.

L'étude des données sanitaires et sociales concernant le territoire Bouches-du-Rhône Nord (cf. 1^{ère} partie du Projet d'établissement et les documents préparatoires au S.R.O.S. 3 qui y sont cités) révèle ainsi un déficit de places en MAS, en Foyer d'accueil médicalisé et en CHRS par rapport à la moyenne de la région PACA (31 pour 100 000 versus 73 pour 100 000 en PACA).

Ces chiffres expliquent l'importance pour notre territoire de santé de développer ces alternatives sous peine de ne plus pouvoir assurer l'hospitalisation temps plein par saturation des places d'hospitalisation à temps plein.

La saturation des capacités d'accueil de nos services est maintenant chronique. C'est une réalité qui semble enfin admise .

A vrai dire, cet état de chose nous fait même courir le risque, dans cette partie du projet médical consacrée aux « alternatives à l'hospitalisation », de paraître obnubilés par le « désengorgement » nécessaire de l'intra-hospitalier, au détriment de motivations plus fondamentales et moins contextuelles qui plaident en faveur du développement de ces alternatives.

Bien entendu, il n'en est rien mais il ne nous a pas paru inutile de réaffirmer cette évidence

En effet, en Psychiatrie, plus encore que dans les autres disciplines médicales, la prise en charge thérapeutique de chaque patient appelle des réponses spécifiques. Il s'agit de s'adapter à la pathologie bien sûr mais aussi à l'histoire, l'environnement, la situation familiale et sociale du patient.

On ne peut imaginer une réponse standardisée, que ce soit l'hospitalisation ou une autre modalité de soins, qui ne serait condamnée à être la plupart du temps inadéquate et, donc, très souvent, au mieux inefficace, au pire, pernicieuse.

Il faut que les thérapeutes disposent de modalités de réponses diversifiées dont les combinaisons permettent de mettre en place, chaque fois, un projet de soins original et pertinent.

C'est pourquoi la notion « d'alternatives » est essentielle. Chaque équipe de secteur (et, donc, tout patient relevant de notre établissement) doit avoir accès à l'ensemble des possibilités de soins.

Le **Plan de Santé Mentale 2005-2008** développe un volet concernant les alternatives à l'hospitalisation complète. Il affiche la volonté d'intensifier et de diversifier les modes de prises en charge alternatifs en insistant sur la création d'hôpitaux de jour et d'hospitalisation à domicile. Par ailleurs, il comporte un volet logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces axes du Plan Psychiatrie et Santé Mentale rejoignent la réflexion de notre établissement sur la nécessité de créer et de développer ces alternatives.

A partir de ce constat, le projet médical s'est centré prioritairement sur la **création de structures d'aval**. Certaines de ces possibilités, que nous aborderons dans un premier temps, existent déjà dans notre établissement mais sont à développer.

D'autres, que nous envisagerons ensuite, constituent de nouveaux projets aptes, nous semble-t-il, à résoudre des questions actuellement sans réponse.

II-4-1- Le développement des dispositifs alternatifs déjà en place :

II-4-1-1- Les Hôpitaux de jour :

C'est une modalité de soins indispensable pour travailler sur le quotidien des patients, lutter contre l'isolement, le repli autistique, favoriser la capacité à établir des relations interpersonnelles, apprendre à améliorer leur qualité. Ce type de prise en charge permet souvent d'éviter des hospitalisations, de raccourcir leur durée, d'amplifier les résultats thérapeutiques obtenus.

Dans la prise en charge des maladies au long cours que sont les affections psychiatriques, c'est un outil thérapeutique indispensable.

Les projets médicaux précédents ont visé à rendre cet outil accessible à tous les patients, en particulier en équipant les villes périphériques. Ceci reste un objectif prioritaire.

Nous proposons donc d'abord:

- **la création d'un hôpital de jour de 10 à 12 places à Salon pour le secteur 13G19**
- **la création d'un hôpital de jour de 10 à 12 places à Pertuis pour le secteur 13G18**

Ces deux créations compléteront le dispositif de soins extra-hospitalier et correspondront à l'**obtention de 2 temps infirmiers pour chacun de ces deux hôpitaux de jour** qui seront par ailleurs couplés avec deux CATTP existants.

A Aix-en-Provence, l'évolution des demandes d'admission dans les deux Hôpitaux de jour à prestation intersectorielle existants met en évidence l'utilité de **10 places supplémentaires en hospitalisation de jour sur l'aire aixoise, de préférence sous forme d'un troisième hôpital de jour.**

II-4-1-2- Les CATTP aixois :

Trois structures proposent des activités thérapeutiques à temps partiel à Aix-en-Provence. Ce sont :

- La villa Avril, structure à prestation intersectorielle gérée par le secteur 17.
- Cilaos, structure à prestation intersectorielle gérée par le secteur 18.
- La Sociothérapie, gérée par la Fédération de Soins et de Réadaptation.

Ces trois structures accueillent des patients non hospitalisés mais la Sociothérapie s'adresse aussi aux patients hospitalisés dans les différents services de l'hôpital Montperrin.

Il apparaît indispensable d'assurer une continuité des soins ambulatoires tout au long de l'année. Cela passe par le maintien d'une ouverture de la Sociothérapie durant les périodes d'été. En effet, elle est seule à proposer des activités aux patients hospitalisés et la fermeture estivale de la structure altère significativement la qualité des prises en charge intra-hospitalières.

La durée de fermeture de Cilaos et de la Villa Avril doit être aussi réduite que possible. **Ces fermetures doivent être coordonnées** afin de permettre, si nécessaire, des suppléances et assurer la continuité des prises en charge toute l'année.

- Le **Service intersectoriel d'Alcoologie** propose de créer **une activité CATTP** qui compléterait l'hospitalisation de jour et diversifierait les modes de prise en charge des patients alcooliques. **Un temps infirmier** permettrait de monter des activités de CATTP.

L'intersecteur d'alcoologie demande plus généralement à ce que soient reconnues et authentifiées comme telles les activités de type CATTP, CMP, tabacologie et préparation du travail de l'équipe d'addictologie de liaison décrites dans les rapports d'activité du service et qui, déjà en place, ne peuvent actuellement ni fonctionner correctement ni se déployer de façon cohérente sans affectation de personnels supplémentaires pour répondre à la demande des patients.

II-4-1-3- Les appartements thérapeutiques

Ce mode de prise en charge permet de faire sortir d'hospitalisation temps plein des patients stabilisés bien qu'ils ne puissent accéder directement à un mode de vie autonome.

Le passage bi-quotidien des équipes infirmières, les entretiens hebdomadaires avec le médecin et le psychologue permettent un travail en immersion dans la cité afin de retrouver ou d'acquérir l'autonomie nécessaire à une vie en logement indépendant.

Actuellement, le secteur 13 G 19 dispose depuis plusieurs années d'un logement de trois places à Salon.

Le secteur 13 G 20 gère six places pour les autres secteurs sur la ville d'Aix-en-Provence. Il a obtenu trois places supplémentaires pour son propre secteur dans le cadre du dernier COM, soit en tout neuf places.

L'intérêt de ce mode de prise en charge intensive nous entraîne à demander **six places supplémentaires** pour les secteurs suivants :

- Le secteur 13 G 22 prendrait en charge un appartement de trois places avec la création d'un ETP infirmier.

- Le secteur 13 G 18 demande aussi un appartement thérapeutique de 3 places avec création d'un ETP infirmier.

Les besoins nouveaux pour 6 places d'Appartement thérapeutique nécessiteraient donc à minima 2 E.T.P. infirmiers.

Le Secteur 20 qui prend en charge 6 places d'appartement thérapeutique à prestation intersectorielle souhaite obtenir **0,30 temps d'assistante sociale et 0,10 temps de psychologue** afin de compléter l'équipe en place.

II-4-1-4-Les Accueils Familiaux Thérapeutiques :

Il s'agit d'une modalité thérapeutique dont nous avons expérimenté, de longue date, l'intérêt pour des patients psychotiques parfois très gravement malades et pour lesquels aucun autre projet de sortie n'avait pu être mené à bien.

Les quatorze places effectivement financées avant le dernier contrat d'objectifs et de moyens étaient insuffisantes par rapport au nombre potentiel de patients qui relèveraient légitimement d'une telle prise en charge. Il en résulte une liste d'attente décourageante pour les patients comme pour les équipes soignantes.

La dernière tranche du Contrat d'Objectifs et de Moyens devait porter en 2005 le nombre de places financées à vingt et une (dix neuf places d'adultes et deux places d'enfants).

Ce devait être une amélioration substantielle mais la revalorisation des salaires des familles d'accueil imposée en 2005 par la réglementation a, de facto, limitée cette augmentation du nombre de places d'A.F.T. à dix-sept (16 adultes et 1 enfant). Notre objectif reste, comme cela est réclamé depuis plusieurs années, la mise en place effective de trente places d'accueil familial.

Ces places d'accueil familial thérapeutique resteront rattachées, comme c'est actuellement le cas à la Fédération Sociothérapie et Réinsertion.

Toutefois, il nous paraît utile *d'évoluer vers une gestion plus sectorielle du recrutement des familles et de l'attribution des places* afin d'adapter au mieux le placement familial au patient concerné et de redonner aux équipes une visibilité dans ce type de projets.

Dans cette optique, les admissions futures seraient l'occasion d'un rééquilibrage de la répartition des places par secteur pour assurer trois places par secteur adulte.

Afin d'atteindre la capacité autorisée de trente places d'A.F.T., nous demandons donc la **création et le financement de places d'accueil familial thérapeutique supplémentaires** et, pour le moins, les crédits nécessaires au fonctionnement des sept places (5 adultes et 2 enfants) du dernier C.O.M., compte tenu de l'augmentation des coûts de rémunération des familles d'accueil.

II-4-2- Les nouveaux projets alternatifs à l'hospitalisation traditionnelle ou en aval de celle-ci:

Ils sont de deux ordres. Il s'agit d'abord d'un nouveau type de prise en charge, l'hospitalisation à domicile, et ensuite, de la création de lieux de vie pour des patients hospitalisés au long cours ou de façon récurrente en raison de leur incapacité à vivre, de façon autonome, dans un logement indépendant.

II-4-2-1- Une unité bisectorielle d'hospitalisation à domicile :

Telle que définie, dans ses dispositions générales, par la circulaire du 30 mai 2000 et, plus précisément pour la psychiatrie, dans la circulaire DHOS du 4 février 2004, « en prodiguant au patient, à son domicile, des soins coordonnés d'une particulière intensité, l'H.A.D en psychiatrie permet de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet ».

L'intérêt institutionnel et clinique d'une telle modalité de soins ainsi que les moyens qu'elle nécessite sont exposés en détail dans le projet présenté conjointement par les secteurs 13G19 et 13G20.

Ces 2 secteurs proposent la **création de 12 places d'hospitalisation à domicile** sur la zone géographique de Salon et des communes des alentours, de Miramas et communes à l'ouest d'Aix-en-Provence (d'Aix ouest à la Fare-les-Oliviers).

Il est à noter que le volet Psychiatrie du SROS 3 constate l'absence de lits de psychiatrie sur le territoire de Salon. Un service d'H.A.D. permettrait de palier partiellement ce déficit.

Les **moyens demandés** pour ce projet bisectoriel, outre les deux véhicules nécessaires sont :

- Deux temps partiels de PH
- Six postes infirmiers
- Un mi-temps de cadre soignant
- Un mi-temps de travailleur socio-éducatif
- un mi-temps de secrétaire

Un dossier détaillé a été présenté par les deux chefs de secteurs à l'initiative du projet d'H.A.D. lors des travaux du projet médical d'établissement et il est consultable auprès des secteurs concernés ou de la direction.

II-4-2-2- La création de lieux de vie adaptés :

Nous envisageons la création, en partenariat, de deux types de structures qui font actuellement cruellement défaut pour certains patients, dont l'état clinique, bien qu'amélioré et ne requérant plus une hospitalisation à plein temps, ne permet pas, vu leur faible degré d'autonomie, de faire ou de maintenir un projet de vie dans un logement autonome, même accompagné de toutes les modalités de prise en charge extra-hospitalière évoquées plus haut.

II-4-2-2-a- La maison - relais :

Le rapport CHARZAT de mars 2002 insistait sur l'aide au logement et à l'accompagnement dans la vie quotidienne pour les personnes handicapées psychiques.

Dans la circulaire du 6 décembre 2002 qui lui a fait suite, les maisons - relais sont définies comme « *des structures de taille réduite associant logements privatifs et espaces collectifs favorisant les relations de la vie quotidienne entre les résidents et avec les hôtes* ».

Elles sont destinées « *à l'accueil de personnes de faible niveau de ressources...dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible, à échéance prévisible, leur accès à un logement ordinaire* ». Elles s'inscrivent dans une logique « *d'habitat durable* ».

Ce texte nous a paru fournir un cadre intéressant pour la résolution du problème posé par certains patients que nous venons d'évoquer.

Le *Plan de Santé Mentale*, dans son volet logement, développe la notion de maison-relais et insiste sur la nécessité de permettre leur accès aux personnes atteintes de troubles et handicaps psychiques.

Le *Plan de cohésion sociale* (dit Plan Borloo) prévoit la création de 4000 places en maison-relais.

Une enquête récemment réalisée par l'ALPA (association pour le logement en pays d'Aix), et à laquelle le Centre hospitalier Montperrin a très largement participé, a abouti à la décision de création par l'ALPA d'une telle structure sur Aix. Celle-ci sera cependant loin de régler tous les problèmes à la fois sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif.

En complément,, il s'est avéré donc nécessaire de **créer une deuxième maison - relais** pour les personnes recensées par l'enquête qui relèvent d'une prise en charge particulièrement sécurisante. Cette création se ferait en partenariat avec l'ALPA et sur un terrain qui pourrait être mis à disposition par le Conseil d'administration de l'hôpital Montperrin.

Cette maison-relais pourrait avoir une capacité, selon les possibilités urbanistiques à l'étude, de 20 à 25 places en studios et un ou deux T1 pour couples.

Au moment où nous présentons ce Projet médical d'établissement, il convient de noter que le Conseil d'Administration, déjà saisi en 2005, a donné son accord de principe² sur l'instruction et le dépôt d'un pré-dossier, cela en raison des délais très courts pour présenter ce type de projet auprès des services de l'Etat afin qu'ils émargent aux crédits du Plan de cohésion sociale.

Le projet conjoint C.H. Montperrin/ALPA a ensuite reçu l'aval de principe du Comité régional d'agrément qui a décidé de réserver des crédits sur l'exercice budgétaire de 2007 pour sa réalisation.³

Depuis, la circulaire 2006-13 du 1^{er} mars 2006 complétée par celle du 30 mars 2006⁴ a prévu un **dispositif expérimental spécifique de maisons-relais à vocation psychiatrique**, ce qui amène notre établissement à réviser, toujours en partenariat avec l'ALPA, son projet initial pour l'inscrire pleinement dans les modalités prévues par cette circulaire qui correspondent mieux aux objectifs recherchés par les secteurs de psychiatrie de Montperrin.

Ce projet nécessitera le soutien actif de la municipalité d'Aix en Provence ainsi qu'une aide financière au fonctionnement, probablement du Conseil Général des Bouches du Rhône et de la C.A.F.

II-4-2-2-b- Le foyer de vie :

Si la maison-relais fournit, couplée à une prise en charge sectorielle de bonne qualité, une réponse intéressante pour nombre de nos patients, elle sera une structure insuffisamment « contenante » pour certains d'entre eux. Ces derniers relèvent plutôt d'un foyer de vie, voire pour certains d'un foyer d'accueil médicalisé.

Ce type de structure accueille « des adultes handicapés n'ayant pas une autonomie suffisante pour pouvoir accomplir seuls les actes de la vie courante et ne pouvant travailler » mais qui, à la différence de ceux accueillis en MAS « ne nécessitent pas de surveillance ni de soins constants ».

² Compte-rendu de séance du Conseil d'Administration du 29 avril 2005.

³ Courrier de la DDASS du 26 août 2005.

⁴ Circulaire 2006-13 UHC/IUH2 du 1^{er} mars 2006 et circ. DGS/DHOS/DGAS/CNSA n°149 du 30 mars 2006

Le manque de telles structures pour les patients présentant des troubles psychiatriques, est flagrant dans notre département et l'obtention d'une orientation COTOREP n'a d'autre effet que l'inscription sur une liste d'attente le plus souvent interminable.

Le Plan de Santé Mentale envisage le développement d'accueil en établissement médico-social pour les patients atteints de troubles psychiques ne permettant pas une vie autonome.

Notre établissement souhaite donc **obtenir les moyens de créer, sur un des terrains dont il dispose, une telle structure** pour répondre de façon plus adaptée aux cas de ces patients hospitalisés au long cours, faute de places présentement dans ce type de structures alternatives.

Nous demandons cependant l'intégralité des moyens nécessaires à l'ouverture d'un foyer de vie ou éventuellement d'un F.A.M. En effet, nous ne pourrions pas redéployer du personnel puisque les derniers moyens redéployés ont permis l'ouverture des deux CAP 48. Actuellement, notre établissement n'a aucune possibilité de redéploiement de moyens.

Une enquête a été réalisée auprès des 6 secteurs adultes afin de mieux cerner le besoin.

Une quarantaine de patients, actuellement hospitalisés au long cours, pourrait bénéficier d'une prise en charge en Foyer de vie ou en Foyer occupationnel.

II-5- Les activités ambulatoires et de liaison :

II-5-1- Le développement des Centres médico-psychologiques et leur articulation avec les structures médico-sociales:

Le Plan de Santé Mentale et le SROS 3 réaffirment le rôle central des CMP en tant que pivot d'une politique de proximité.

Quatre secteurs de psychiatrie générale disposent de 2 CMP extra-hospitaliers, un secteur possède un CMP, un secteur en a trois implantés dans les communes principales.

Les horaires d'ouverture ont été élargis afin de mieux répondre aux besoins de la population. (cf l'enquête CMP réalisée au printemps 2005).

Afin de maintenir ces prestations et prendre en charge les populations supplémentaires, (cf. SROS 3), nous demandons des **moyens nouveaux** en temps médicaux, de secrétaires médicales, de psychologues, d'infirmiers... qui seront plus précisément définis dans le futur contrat d'objectifs et de moyens.

Un renforcement et une pérennisation des temps de **secrétariats médicaux** sont particulièrement indispensables pour assurer un bon fonctionnement des C.M.P. et une réponse adaptée auprès des usagers et des partenaires des secteurs. Les secrétaires contribuent enfin à assurer le relevé médico-statistique de l'activité des C.M.P.

L'articulation avec le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale d'Aix (UNAFAM) a déjà lieu à partir de plusieurs secteurs de l'établissement.

Le Centre hospitalier Montperrin appuiera tout projet nouveau de création de SAVS ou de SAMSAH qui pourrait être proposé par le secteur associatif et/ ou social sur les communes de son territoire, ces outils d'étayage social étant indispensables et complémentaires à une prise en charge thérapeutique ambulatoire.

II-5-2- L'accueil aux Urgences : le C.A.P. 48 du Centre Hospitalier du Pays d'Aix et l'Accueil Soignant du C.H. Montperrin :

Le territoire de santé de niveau 1 correspondant à la zone aixoise verra, pour les prises en charge M.C.O., son nombre d'habitants augmenter de **40 000 habitants** (Portes du Lubéron, Gréasque et alentours et aussi Les Pennes-Mirabeau rattachée au territoire de santé des bouches du Rhône Nord pour les soins somatiques).

Cette population sera prise en charge par les Urgences somatiques du CHPA et, de ce fait, par l'équipe psychiatrique du CAP 48.

C'est pourquoi, la création d'un **P.H. temps partiel** est demandée afin de faire face aux nouvelles demandes de ces populations qui actuellement sont reçues dans d'autres sites d'Urgences.

Le dernier COM a permis la création d'un Accueil soignant dans le site des Urgences du CHPA en le dotant de 3 postes infirmiers.

En effet, le travail du CAP 48 absorbe le temps de 2 infirmiers qui ne peuvent se détacher aux Urgences.

Afin qu'une présence soignante soit effective à raison d'un temps infirmier sur les deux amplitudes de journée, la création, en sus des 3 postes accordés sur le dernier C.O.M., de **2 temps pleins infirmiers** est souhaitée.

Par ailleurs, **un deuxième poste équivalent temps plein temps de secrétariat** spécifique à la F.A.U.P.L (file active de 5000 patients) est aussi nécessaire.

En ce qui concerne l'Accueil soignant, un changement de locaux est envisagé afin d'améliorer la fonction d'Accueil et d'urgence du C.H. Montperrin (cf. § III sur les locaux).

II-5-3- La Psychiatrie générale de liaison :

La psychiatrie de liaison au CHPA d'Aix-en-Provence a été créée à partir des moyens du CAP 48, sans bénéficiaire de moyens propres.

Cette activité augmente parallèlement à l'activité du CAP 48 et des consultations psychiatriques aux Urgences.

Il est indispensable de doter la psychiatrie de liaison d'un **temps partiel de PH et un temps infirmier** afin de permettre sa poursuite.

II-5-4- L'Alcoologie et la tabacologie de liaison :

Alcoolisme, tabagisme et corrélation des deux pathologies sont responsables d'hospitalisation tant à l'hôpital général (urgences et unités de soins) qu'à l'hôpital psychiatrique.

Les patients hospitalisés en service d'urgence et en service somatique à l'hôpital général présentent des troubles liés à l'alcoolisme dans 25 % des cas.

Cette équipe interviendrait en hôpital général d'Aix mais également dans les services de psychiatrie générale du C.H. Montperrin.

Le service d'alcoologie propose pour cela la mise sur pied d'une équipe de liaison avec **création de temps médical, de temps infirmier et de temps de secrétariat.**

Une consultation de tabacologie externe au service pourrait s'ouvrir à terme selon des modalités à définir et avec du temps médical adéquat (cf. § II-3-6).

II-5-5- L'Equipe mobile en toxicomanie et les antennes de la Fédération de soins en toxicomanes :

Cette équipe interviendrait auprès de personnes présentant des problèmes liés à l'usage de drogues qui sont **hospitalisées** en médecine, chirurgie (hôpital général) ou dans nos services de psychiatrie.

Elle permettrait le travail de liaison et assurerait le suivi des patients hospitalisés et l'appui aux institutions.

Elle comprendrait :

- un infirmier
- un mi-temps médical
- un mi-temps de psychologue

Par ailleurs, il convient de poursuivre le déploiement de la prise en charge des toxicomanes et des substitutions depuis **les antennes de la F.S.T.** en développant les moyens de l'antenne de Pertuis et en donnant les moyens permettant de concrétiser l'ouverture d'une antenne sur la commune de Vitrolles.

II-5-6- La Géroto-Psychiatrie :

Il existe déjà un hôpital de jour intersectoriel de géroto-psychiatrie de 12 places à Gardanne.

Il est prévu de déménager l'hôpital de jour pour personnes âgées de Gardanne à Aix-en-Provence et ainsi de le recentrer par rapport à la population qu'il dessert.

Un partenariat avec la Centre de soins de gérontologie Saint-Thomas de Villeneuve à Aix-en-Provence est en cours de finalisation.

Ce transfert permettra l'approfondissement de la coopération entre les deux établissements dans le cadre du Réseau gérontologique aixois associant le C.H. du pays d'Aix, en créant un pôle de compétences autour de la personne âgée.

Un dossier **d'installation de cet hôpital de jour dans des locaux réaménagés du Centre Saint-Thomas de Villeneuve** a d'ores et déjà été déposé en janvier 2006 à la demande du ministère auprès de l'A.R.H. au titre des crédits d'investissement du plan santé mentale (P.R.I.S.M.).

Ce partenariat a **vocation à s'étendre à la prise en charge globale de la personne âgée** : somatique pour la clinique Saint-Thomas et psychiatrique pour le C.H. Montperrin. Ce projet s'inscrit dans le projet médical de territoire.

Un renforcement sensible des moyens humains pour la prise en charge des personnes âgées dans cet hôpital de jour et au titre de la gérontopsychiatrie de liaison sera sollicité dans le cadre du prochain contrat d'objectifs et de moyens.

II-5-7- La prise en charge intersectorielle de la précarité et de l'exclusion :

Depuis plusieurs années, des équipes des secteurs de psychiatrie générale travaillent avec le service accueil et d'orientation de la mairie d'Aix afin de prendre en charge les patients en situation de précarité : présence d'un infirmier au SAO, tour de rôle des CMP aixois pour les prises en charge ambulatoire des patients sans domicile fixe, sectorisation des patients dits « Sans Domicile Fixe » afin de permettre une continuité dans la prise en charge.

En 2005, une équipe précarité a commencé à se constituer avec un poste infirmier obtenu lors du dernier COM et 2 vacations médicales, un mi-temps d'assistante sociale et du temps de secrétariat recrutés sur la base de crédits alloués fin 2004 et en 2005 dans le cadre du PRAPS. Cette équipe fonctionne en partie sur des crédits non pérennes.

Il s'agit d'une équipe mobile qui intervient au SAO mais aussi s'implique dans un travail de rue, de SAMU social, sur le centre d'hébergement Henri Dunant. Elle travaille en partenariat avec l'ELF, Médecins du Monde, le 115, le réseau médico-social et tous les secteurs de psychiatrie. La file active de personnes ayant eu recours à l'équipe précarité a été de 199 patients en 2005.

Le bilan fait avec les partenaires de cette équipe, notamment à l'occasion de la restitution des travaux de l'A.S.V. d'Aix s'avère particulièrement positif. Les responsables de l'Atelier Santé Ville de Salon souhaiterait également qu'une telle équipe puisse être installée sur cette commune et ont fait une proposition en ce sens (cf. Première partie du Projet d'établissement et les orientations des A.S.V.).

Nous souhaitons nous inscrire dans les objectifs du SROS 3 qui prévoit la création d'équipes intersectorielles, mobiles, centrées sur les problèmes de précarité.

Afin de poursuivre cette action en faveur des SDF et des bénéficiaires du RMI au-moins sur le territoire de proximité de l'agglomération du Pays d'Aix et d'apporter, en attendant plus, une capacité d'expertise sur la commune de Salon, voire d'autres communes, le C.H. Montperrin demande pour le moins la pérennisation du financement des moyens existants qui ne pourront plus être couverts dès 2006 sur des crédits PRAPS et, pour développer les missions de cette équipe mobile précarité en santé mentale, **le financement des postes suivants** : 1 PH Temps partiel, un temps plein infirmier, un mi-temps de psychologue et le complément du mi-temps d'assistante sociale pour atteindre un temps plein.

A cette fin, **un dossier a d'ores et déjà été déposé auprès des services de la DDASS et de l'ARH en janvier 2006 afin de pouvoir être instruit dans le cadre d'une attribution de crédits spécifiques à la constitution et au développement de l'équipe mobile santé mentale et précarité.**

II-5-8- Le développement de la prise en charge de la Douleur :

Le C.H. Montperrin bénéficie d'une expérience concluante dans la prise en charge psychologique de la douleur dans le cadre de son action de plusieurs années auprès des patients et services de l'hôpital du Pays d'Aix.

Il souhaite maintenant développer une **prise en charge intersectorielle de la douleur destinée à ses propres patients** qui prendra la forme d'une consultation inter-sectorielle au CMP Pierre Carabelli et de V.A.D. infirmière.

Les **moyens** sollicités pour cela sont : un mi-temps de psychologue, trois vacations médicales, un mi-temps infirmier.

II-5-9- Le Service de psychiatrie ambulatoire aux détenus (S.P.A.D.) : conforter ses moyens et diversifier les prises en charge :

- Il est très souhaitable que l'établissement obtienne, pour ce service, une **mise à niveau de ses effectifs à hauteur de ce que retient la dernière version (septembre 2005) du Guide méthodologique** sur la prise en charge des détenus, cela afin que ce service puisse assurer pleinement ses missions et faire face aux importants besoins en soins de santé mentale des personnes incarcérées.

Sur la base de la grille indicative du Guide méthodologique et en fonction de l'activité du service, il s'agit donc d'obtenir à court terme pour les établissements pénitentiaires de Luynes et de Salon :

- un mi-temps de psychiatre
- un ETP de psychologue
- un ETP d'infirmier.

- **Extension des locaux :**

Rappelons que les deux établissements pénitentiaires de Luynes et de Salon sont des établissements du Plan « 13000 places », construits dans les années 1990 à partir de projets élaborés en 1986. Ces locaux ne permettent pas, vingt ans après, le déploiement de l'activité clinique mis en place par le dispositif hospitalier et de faire face dans des conditions satisfaisantes à l'augmentation de la population pénale comme aux exigences de sécurité sanitaire.

Cette insuffisance de locaux bloque ainsi aujourd'hui le développement des missions de soins pouvant même entraîner une incapacité à faire fonctionner des moyens opérationnels !

Ce dossier d'aménagement et d'extension des locaux doit absolument être instruit de façon urgente et en plus haut lieu par les services de l'Etat, tant sanitaires que de l'administration pénitentiaire.

La Commission médicale du Centre hospitalier Montperrin soutient avec la plus grande énergie l'indispensable amélioration des locaux dédiés aux UCSA et particulièrement aux équipes de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires de Luynes et de Salon (cf. § III du projet médical sur les locaux de soins).

- La nouvelle version du Guide méthodologique préconise enfin, tout comme le chapitre consacré aux détenus dans le volet Santé mentale et psychiatrie du S.R.O.S. 3, le **développement des alternatives à l'hospitalisation** et de la continuité des soins pour cette population particulièrement vulnérable.

Il est donc envisagé à cette fin **la création de deux C.A.T.T.P. :**

- au Centre de Détention de Salon dans un premier temps.
- puis à la Maison d'Arrêt de Luynes.

Cela nécessitera l'affectation **dans chaque C.A.T.T.P.** de deux postes à temps plein d'infirmier et d'un mi-temps de psychologue.

- La mise en place d'un **système d'information** pertinent : il s'agit d'installer un équipement et une configuration informatique devant permettre de développer de nouvelles méthodes de travail, la prescription nominative avec la pharmacie, un travail d'évaluation et de recherche épidémiologique sur la santé en milieu carcéral.
Cette configuration informatique devra être compatible avec celle en réseau du Centre hospitalier Montperrin comme avec celles des hôpitaux d'Aix et de Salon pour l'équipement et l'activité des U.C.S.A.

II-6- Les services et structures d'appui aux soins et à l'activité médicale :

II-6-1-Le service de Pharmacie-Laboratoire :

Le Service de pharmacie souhaite continuer à améliorer la sécurité du circuit pharmaceutique en bénéficiant de liaisons rapides et fiables avec les services cliniques dans le cadre d'un réseau d'informations médicales de l'Etablissement.

Pour la circulation des produits physiques, on peut faire appel à un coursier ou à une équipe de ramassage et de livraison. Cette livraison doit être organisée de manière continue et pour cela, le poste uniquement dédié à cette fonction doit être augmenté.

➤ **Mise en place d'une DJIN (Dispensation Journalière Informatisée) :**

L'application de cette DJIN nécessite :

- la connaissance des prescriptions faites à chaque patient (ordonnance individuelle) en temps réel. Il faut donc déployer le logiciel d'aide à la prescription GENOIS sur l'ensemble de l'Etablissement et prévoir les moyens humains et matériels informatiques nécessaires (voir Schéma directeur du système d'information).
- De pouvoir disposer des médicaments en doses unitaires : il faudra reconditionner les produits avec un automate de reconditionnement des formes sèches (200 000 €), idéalement un automate de reconditionnement des formes liquides (200 000 €) et un appareil à déblisteriser (3 500 €).
Considérant les coûts de ces automates, celui permettant le **reconditionnement des formes sèches** devrait être acquis en priorité. Cet automate permettra en effet un gain en temps infirmier (préparation et contrôle de l'administration).
- Réaliser des travaux pour l'aménagement d'une salle propre de reconditionnement.

➤ La sécurisation des armoires de dotation pour besoins urgents : dans l'immédiat, une armoire est nécessaire (FST) (45 000 € par armoire.).

Ce programme d'équipements pourra être déroulé sur les 5 années du Projet d'établissement et entrer dans le cadre d'un C.O.M.

➤ Au niveau des effectifs, la **transformation à terme du poste d'assistant** de la pharmacie en PH temps plein permettra la stabilisation du personnel de la Pharmacie.

La pérennisation des moyens nécessaires à l'activité de stérilisation est demandée.

➤ **Le laboratoire :**

L'augmentation de l'activité du laboratoire suit l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation. Afin de résoudre le problème de l'évolution de l'activité sans augmentation significative des effectifs, le laboratoire s'est orienté vers une politique d'automatisation et d'informatisation des postes de travail.

- Il est indispensable de poursuivre cette politique d'équipements :
 - Renouvellement des automates anciens.
 - Automatisation des postes « manuels » : bactériologie...

- Informatisation du poste de microbiologie pour collecter et diffuser en temps réel les données concernant les fréquences de résistance aux antibiotiques.
- Développement des communications informatiques avec les services de soins :
 - Optimisation du système actuel ou renouvellement du matériel en fonction des options de communication retenues.
- Identifier et optimiser les activités spécifiques d'hygiène environnementale par un investissement en matériel (4500 € HT) et réactifs (3000 € HT).
- Développer en collaboration avec les unités de soins toutes les activités susceptibles d'optimiser la prise en charge somatique des patients : identification des facteurs de risque, suivi des affections chroniques, problèmes de santé publique....

Afin de minimiser les risques réglementaires de fonctionnement de l'U.F. Laboratoire, il est nécessaire de transformer le poste de Praticien hospitalier en Pharmacie en Praticien hospitalier de la spécialité Biologie Hospitalière.

II-6-2- L'Information médicale :

Notre établissement entre dans une phase active de mise en réseau des services de soins après avoir élaboré une politique de sécurisation des données nominatives concernant les patients.

La SMTEIM est appelée à jouer un rôle central dans l'installation et la gestion des accès du réseau soignant, dans la perspective de la généralisation du « réseau médical ».

Par ailleurs, la mise en place du RIMP (Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie) qui devrait être effectif en janvier 2007 entraînera un surcroît de travail pour les secrétariats médicaux et la SMTEIM.

L'établissement juge nécessaire pour pouvoir poursuivre ces objectifs la création à la SMTEIM **d'un poste temps plein de technicien de l'Information Médicale et d'un mi-temps de cadre soignant.**

La transmission des données tous les trimestres par la SMTEIM nécessitera également la création d'un **mi-temps de secrétaire supplémentaire pour la SMTEIM.**

Le sous-équipement des C.M.P. en secrétariats a déjà été souligné plus haut. **La création de 14 postes de secrétaires** (qui auparavant étaient occupés par des contrats précaires tels les CES...) est aussi une priorité

II-7- Les relations avec les usagers- la politique de la qualité et de prévention des risques sanitaires :

II-7-1- Les relations avec les usagers et les familles :

Un accent a été mis ces dernières années sur la prise en compte des droits des malades et les relations avec leurs proches. Cette évolution s'est appuyée sur la législation (loi du 4 mars 2002) et la mise en place de la Commission de conciliation puis de la Commission des relations avec les usagers.

Inscrivant cette démarche dans la mise en oeuvre de la politique de la qualité de la prise en charge et les recommandations de la C.R.U.Q., le projet médical retient certaines actions propres à améliorer les relations avec les usagers et les familles :

- poursuite des groupes de paroles avec les familles, animés par des psychiatres et des psychologues,
- soutien de projets présentés par des partenaires associatifs en faveur de dispositifs d'aide à la réinsertion (S.A.V.S., S.A.M.S.A.H., G.E.M.)

- aménagement de locaux d'accueil des familles dans ou en dehors des unités d'hospitalisation, particulièrement pour les visites des mineurs auprès de leurs parents hospitalisés. Ces locaux pourraient trouver leur place dans des locaux rénovés de l'Accueil Soignant (cf. § III ci-après).
- Amélioration et extension des locaux du service de gérance des mesures de protection des personnes afin d'améliorer les conditions de travail des agents et d'accueil des usagers du service.

II-7-2- Culture et hôpital : le 3 BIS F

Intégré depuis janvier 2000 à la Fédération Sociothérapie et Réinsertion et inscrit au règlement intérieur de cette fédération validé par le Conseil d'Administration de l'hôpital, le 3 Bis f est un lieu atypique, situé au carrefour de la culture et de la santé.

Son postulat de base, « Non Thérapeutique A Priori », indique les modalités d'entrée dans l'expérience : liberté de fréquentation – sans indication médicale formelle par exemple-, ouverture à tous, rencontre et échange.

Ce postulat se lit aussi Non [Thérapeutique A Priori] et pointe la dimension de recherche, d'expérience et d'interrogation sur la position soignante en psychiatrie. La présence de non-spécialistes, artistes, publics, permet de questionner au quotidien la position de l'expertise en psychiatrie et les référentiels de son domaine.

Le fonctionnement du 3 Bis F s'inscrit notamment dans le cadre de la convention nationale entre le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé, déclinée localement par une convention entre la DRAC et l'ARH.

Cette convention stipule la nécessité d'humanisation des hôpitaux et leur ouverture sur la cité par le biais de propositions artistiques hors champ directement thérapeutique, ce qui fonde le projet du 3 Bis F comme précurseur des politiques nationales, que ce soient les politiques culturelles ou les politiques de santé.

Cette antériorité de l'expérience implique une responsabilité de la structure dans la poursuite de ses objectifs, non pas au niveau d'une quelconque modélisation mais comme lieu de ressources, espace de production de pensée.

Un réseau de réflexion s'est constitué incluant plusieurs structures culturelles intégrées dans des hôpitaux psychiatriques- Hôpital Montperrin, Le Vinatier, Edouard Toulouse, la Colombière.

Des travaux entamés en 2004 et à venir permettront l'amélioration de la qualité de réception des publics et des artistes et la requalification de locaux en hébergement pour des artistes de passage.

Ces investissements pluri - financés (DRAC, ARH, Conseil Général 13, Conseil Régional PACA, CH Montperrin) permettront à l'équipe du 3 Bis F un rapport d'exigence encore plus important vis-à-vis des artistes d'horizons géographiques multiples (France, Europe...) dans leur implication dans le projet du 3 Bis F .

Dans ce cadre, le 3 Bis F continuera à développer son projet en bénéficiant d'un appui institutionnel réaffirmé.

On peut faire le constat que les conditions d'hospitalisation ont évolué depuis quelques années, avec notamment une durée moyenne de séjour plus courte, l'hôpital devenant un lieu de gestion de la crise plutôt qu'un lieu de vie, avec en parallèle un développement exponentiel des capacités d'accueil dans des structures intermédiaires.

Le 3 Bis F a comme perspective de développement de ses projets pour les années à venir de mettre en place un nouveau partenariat avec les structures extrahospitalières des 6 secteurs de l'hôpital Montperrin.

Il s'agira d'actions diverses comme, par exemple, la proposition de participation à des ateliers de création collective avec présentation des œuvres dans des CMP, CATTP, hôpitaux de jour, couplée avec des temps de médiation culturelle.

Les premières propositions concerneront les arts plastiques/arts visuels, elles seront à définir, affiner avec chacune des structures intéressées. Un travail supplémentaire important de coordination sera nécessaire : élaboration préalable des projets avec les artistes, les équipes soignantes et/ou les malades, suivi et accompagnement (y compris géographique) pendant et après la réalisation des projets...

La faisabilité de cet axe de travail est tributaire de l'obtention d'un demi-poste soignant supplémentaire, les deux postes et demi actuellement octroyés au 3 Bis F ne permettant pas un développement satisfaisant de ces actions.

Cet effectif de trois postes était déjà sollicité dans le deuxième projet d'établissement et il n'avait été que partiellement atteint grâce au contrat d'objectifs et de moyens.

II-7-3 - Politique qualité et Prévention des risques sanitaires :

La Commission médicale d'établissement voit son rôle affirmé et renforcé dans l'organisation des vigilances sanitaires depuis l'ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 (article L.6144-1 nouveau du C.S.P.), complétée par le décret 2006-550 du 15 mai 2006.

L'objectif des rédacteurs de l'ordonnance a aussi été, outre l'implication accrue du corps médical dans la politique d'amélioration de la qualité et de prévention des risques, de regrouper les instances amenées à intervenir dans ces domaines.

Ainsi, chaque C.M.E. doit avoir au-moins une sous-commission spécialisée.

Une réflexion va être engagée et déboucher rapidement sur ce point qui prendra en compte les acquis de la politique qualité mise en oeuvre au C.H. Montperrin ces dernières années dès la préparation de la première accréditation (V1) ou à sa suite.

En effet, il n'a pas paru opportun de bouleverser dès 2005 l'organisation que s'est donné le C.H. Montperrin au moment où il entrait dans la procédure de certification V2 de la Haute Autorité de Santé.

Deux instances existent notamment, auxquelles participent déjà le corps médical de l'établissement : le Comité d'orientation de la politique qualité et la Cellule de prévention et de gestion des risques.

La place de la Cellule de prévention et gestion des risques ne paraît pas devoir être remise en cause.

Au contraire, la représentation de la C.M.E. en son sein, déjà assurée par l'un de ses membres ainsi que la présence du président du CLIN et celle du pharmacien assurant la matériovigilance et la pharmacovigilance es qualités, devraient être pérennisées et élargies.

Cette Cellule conserverait sa vocation à assurer la coordination de la mise en oeuvre de la politique qualité et de prévention des risques tant par les services de soins que par les autres services de l'établissement.

Afin de lui donner une place institutionnelle plus forte, tout en maintenant les apports positifs de son fonctionnement (compétences expertales, transversalité, représentativité...), il serait judicieux de fusionner le comité d'orientation de la politique qualité (instance « politique ») avec la cellule de prévention et de gestion des risques.

Par ailleurs, le nouveau dispositif devra prendre en compte la réforme des attributions et du fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement en matière de vigilances sanitaires (récent décret du 15 mai 2006 sus-cité).

A ce titre, les moyens consacrés à la lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N. et équipe opérationnelle d'hygiène) devraient être renforcés en complément de ceux qui ont été délivrés lors du précédent projet d'établissement, permettant ainsi d'améliorer les actions engagées notamment dans le domaine de l'élaboration et de l'évaluation des bonnes pratiques d'hygiène, du bon usage des antibiotiques, des surveillances épidémiologiques (BMR, IN...) et des actions de formation.

Dans un souci de cohérence, le projet médical renvoie sur l'ensemble de cette question de la politique de la qualité, au chapitre spécifiquement consacré du Projet d'établissement.

Il convient de rappeler enfin l'implication du corps médical dans la procédure de certification V2 et les évaluations des pratiques professionnelles qui l'accompagnent, procédure en cours au moment où ce projet médical est présenté.

III- LES LOCAUX DE SOINS EN EXTRA-HOSPITALIER : Besoins et évolutions

Notre Etablissement poursuit l'amélioration et l'extension des locaux de prise en charge des patients en ambulatoire. Ce plan est développé dans la partie du projet d'Etablissement consacré à l'immobilier.

Nous souhaitons mettre l'accent sur les besoins qui n'ont pas encore fait l'objet d'une instruction. Nous insistons sur la nécessité de prendre en compte rapidement ces demandes.

➤ Secteur I09 :

Dans le cadre du Projet Médical, nous avons demandé la création d'un Hôpital de Jour.

Les locaux actuels de cet intersecteur se révélant inadéquats tant par la taille que par la structuration, il est indispensable de prévoir une réorganisation d'ensemble des locaux de ce secteur.

Ce Service demande :

- une extension du CATTP de Miramas (ouvert en 2001) car les locaux sont mal adaptés et trop petits par rapport à l'activité
- la création de nouveaux locaux pour le CMP de Salon. Il serait souhaitable que ces nouveaux locaux soient adjacents au nouvel hôpital de jour
- l'extension de la Passerelle au sein de l'hôpital de Salon et création d'une unité d'hospitalisation de jour pour adolescents (projet en cours)
- l'extension de l'antenne de Lambesc afin d'ouvrir le CMP toute la semaine.

➤ Secteur I08 :

Les locaux actuels du CMP adolescents de La Torse ne sont plus adéquats ni par leur taille ni par leur architecture avec l'augmentation de l'activité. Le service souhaite des locaux plus vastes et mieux adaptés d'une superficie de 250 m².

➤ Secteur G 17 :

Eu égard à l'augmentation des Files Actives des structures extra-hospitalières du Secteur 17, les locaux de plusieurs d'entre elles deviennent manifestement inadéquats car trop exigus.

Tel est le cas :

- d'une part, du bâtiment dans lequel sont situés, à Trets, et les locaux de Pédopsychiatrie (I 08) et les locaux de Psychiatrie de l'Adulte (CMP + « Centre de Jour »)
- d'autre part, du bâtiment dans lequel sont situés, à Aix en Provence, et l'Hôpital de Jour Marcel-Provence et le C.M.P Jean-Sutter.

La co-existence, à Trets, au sein d'un même bâtiment, du C.M.P. de Psychiatrie de l'Adulte et du « Centre de Jour » de Psychiatrie de l'Adulte (Hôpital de Jour + CATTP), paraît tout à fait souhaitable, tout comme l'est, à Aix en Provence, la co-existence, au sein d'un même bâtiment, du C.M.P. Jean-Sutter et de l'Hôpital de Jour Marcel-Provence, ces deux « jumelages » ayant d'ailleurs permis, lors de la détermination des effectif infirmiers, notamment de Cadres de Santé, en 1998, de mutualiser des moyens humains.

Il n'y a donc pas lieu de remettre en cause le principe de tels regroupements d'activités complémentaires, mais de rechercher des locaux plus spacieux.

Les besoins en superficie sont estimés à :

- 160 m² pour le C.M.P. de Trets ;
- 190 m² pour le Centre Jour de Trets ;
- 240 m² pour le C.M.P. Jean-Sutter ;
- 250 m² pour l'Hôpital de Jour Marcel-Provence.

➤ **Secteur G 19 :**

La création d'un hôpital de jour pour adultes implique des travaux d'aménagement de la Villa Blanche à Salon afin de mettre en place une cuisine et un réfectoire.

➤ **Secteur G 22 :**

Le déménagement de l'hôpital de jour pour personnes âgées de Gardanne est prévu dans le projet médical d'Etablissement sur la Clinique Saint-Thomas dans le cadre d'un partenariat géronto-psychiatrique. Ce déménagement libérera des locaux qui permettront au CMP et au CATTP du Secteur G 22 situés à Gardanne de s'étendre.

En effet, les locaux actuels sont trop petits en regard de l'accroissement de l'activité.

➤ **L'Accueil Soignant du C.H. Montperrin (F.A.U.P.L.) :**

L'extension des locaux de l'Accueil soignant et un éventuel déménagement de bâtiment à cette fin sur le site de Montperrin sont rendus nécessaires pour un meilleur accueil et une meilleure prise en charge des patients.

➤ **Service de psychiatrie ambulatoire aux détenus :**

Il est urgent d'améliorer les locaux dédiés aux UCSA et particulièrement aux équipes de soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires de Luynes et de Salon (cf. § II-5-9 du projet médical). En effet, l'exiguïté et la vétusté des locaux entravent le développement des missions de soins.

Par ailleurs, la création de deux CATTP à Luynes et à Salon nécessitera la construction de nouveaux locaux