

Annexe 1 :

Options stratégiques du CNP 2015-2022

Table des matières

1. Résumé	2
2. Introduction et rappel du contexte	4
3. Le cnp demain : caractéristiques et principes	6
4. Les fondements des options stratégiques	6
5. Analyses et constats à la base des options retenues	7
6. L'offre en soins du cnp.....	12
6.1. <i>L'offre en soins pour les enfants et les adolescents.....</i>	<i>12</i>
6.1.1. <i>Exposé de l'offre actuelle pour les enfants et adolescents.....</i>	<i>12</i>
6.1.2. <i>Evaluation de l'offre actuelle pour les enfants et adolescents.....</i>	<i>13</i>
6.1.3. <i>Les besoins futurs en prestations pour les enfants et adolescents</i>	<i>13</i>
6.1.4. <i>Les propositions du cnp pour les enfants et adolescents.....</i>	<i>14</i>
6.1.5. <i>Situation finale souhaitée pour les enfants et adolescents.....</i>	<i>17</i>
6.1.6. <i>Impacts financiers des réformes proposées pour les enfants et adolescents.....</i>	<i>18</i>
6.2. L'offre en soins pour les adultes	18
6.2.1. <i>Exposé de l'offre actuelle pour les adultes.....</i>	<i>18</i>
6.2.2. <i>Evaluation de l'offre actuelle pour les adultes</i>	<i>21</i>
6.2.3. <i>Les besoins futurs en prestations pour les adultes</i>	<i>23</i>
6.2.4. <i>Les propositions du cnp pour les adultes</i>	<i>24</i>
6.2.5. <i>Situation finale souhaitée pour les adultes.....</i>	<i>29</i>
6.2.6. <i>Impacts financiers des réformes proposées pour les adultes</i>	<i>30</i>
6.3. L'offre en soins pour les personnes âgées	31
6.3.1. <i>Exposé de l'offre actuelle pour les personnes âgées.....</i>	<i>31</i>
6.3.2. <i>Evaluation de l'offre actuelle pour les personnes âgées</i>	<i>34</i>
6.3.3. <i>Les besoins futurs en prestations pour les personnes âgées</i>	<i>35</i>
6.3.4. <i>Les propositions du cnp pour les personnes âgées</i>	<i>36</i>
6.3.5. <i>Situation finale souhaitée pour les personnes âgées.....</i>	<i>38</i>
6.3.6. <i>Impacts financiers des réformes proposées pour les personnes âgées</i>	<i>39</i>
7. Eléments financiers	40
8. Conclusion	42

1. Résumé

Le présent document présente les orientations stratégiques proposées par le Centre neuchâtois de psychiatrie (CNP) pour les sept années à venir. Elaboré à la demande du Conseil d'Etat pour répondre aux exigences de la Loi sur le CNP (LCNP), il est destiné à présenter la stratégie d'évolution de l'institution. L'intention de ce rapport n'est donc pas prioritairement organisationnelle. Configuré selon des lignes de force liées à la prise en charge des patients, il est centré sur les modes d'intervention - abordés sans tabou financier ou structurel - et se situe dans la continuité des réformes déjà menées depuis la création du CNP et qui doivent être poursuivies.

Le dispositif doit être amélioré afin de permettre un accès facilité et équitable aux soins ; l'accent placé sur l'intervention dans la communauté, sur la mobilité des prestations et sur la collaboration avec les partenaires du champ médico-social doit être confirmé et la concrétisation de cette approche doit faire l'objet d'un déploiement plus complet. Fondées sur les recommandations de soins équilibrés préconisés par l'OMS, les options stratégiques que le CNP présente aujourd'hui sont ainsi caractérisées par trois objectifs-clé : consolider, recentrer, compléter le dispositif.

Pour partie, la consolidation visée peut être conduite à l'interne, avec les ressources propres du CNP. Elle implique en particulier la mise en place de filières de soins intégrées, afin de faciliter les transitions entre différentes modalités de traitement. Elle se fonde par ailleurs sur la poursuite du renforcement de la capacité d'intervention des équipes dans l'environnement de vie des personnes. Il s'agit également de consolider, par des formations appropriées, les compétences spécifiques des personnes appelées à intervenir dans de nouveaux contextes.

Le recentrage implique, en particulier, la transmission à des partenaires du domaine d'une partie des activités du CNP, dans les champs de l'hébergement médico-social et des ateliers occupationnels et de réadaptation. Les pré-requis à cette transmission incluent l'identification des partenaires, la conclusion d'accords de collaboration et la mise à disposition d'appuis spécialisés de la part du CNP. La contractualisation de la coopération entre institutions du domaine est fondamentale pour sécuriser ce processus.

Le développement de prestations actuellement lacunaires, insuffisantes ou non disponibles au niveau cantonal ou supra-cantonal nécessite également des négociations avec des partenaires locaux ou régionaux. La mise à disposition de nouvelles modalités de traitement ou de prestations fortement réorganisées exigera des décisions formelles et des ressources complémentaires afin d'adapter le dispositif de soins aux besoins actuels et futurs.

Les points saillants des options proposées, ainsi que l'ensemble des mesures préconisées, font l'objet d'une analyse détaillée dans le présent rapport. Ils sont exposés par départements cliniques du CNP et peuvent être synthétisés comme suit.

Département de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (CNPea)

- Consolidation de l'offre ambulatoire et dans le milieu de vie, en particulier par le biais d'équipes mobiles et de conventions avec les institutions d'hébergement et les écoles spécialisées.
- Création d'un centre thérapeutique de type hôpital de jour pour adolescents.

Département de la psychiatrie de l'adulte (CNPad)

- Mise en œuvre de filières de soins, expansion d'équipes mobiles et d'intervention précoce ainsi que intégration de soins spécialisés dans le cadre de cabinets de groupe ;
- Dissolution à terme du secteur AIP – regroupant aujourd'hui les structures d'hébergement et les ateliers du CNP – et constitution d'un pôle de compétences en réhabilitation intégrant l'ensemble des dispositifs d'appui aux personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, y compris une petite unité d'hébergement pour des résidents ayant besoin de soins réguliers. Par ailleurs, le CNP doit également pouvoir héberger des personnes sous article (condamnées pénalement à des traitements) ;
- Sur mandat de l'Etat, reprise et reconfiguration du service médical et psychiatrique pénitentiaire (SMPP) qui doit être repensé pour répondre aux normes de soins actuelles et aux besoins de la population incarcérée ;

- Mise en place d'un centre de psychiatrie communautaire à La Chaux-de-Fonds, pendant du centre en création sur le site de Vieux-Châtel¹ (qui accueille aussi les services ambulatoires du CNPea) pour le Littoral.

Département de l'âge avancé (CNPâa)

- Développement des équipes mobiles, de la liaison, de l'appui aux médecins installés et de la formation des intervenants.
- Mise en place d'un pôle de compétences de l'âge avancé conjoint avec HNE – option stratégique principale pour ce département – incluant un dispositif intégré pour la prise en charge optimale des polyopathologies caractéristiques du grand âge. En plus d'unités hospitalières et de services ambulatoires, ce dispositif comprendra un EMS spécialisé permettant l'accueil à moyen ou long terme des personnes les plus perturbées et servant de lieu de formation pour le personnel du secteur.
- Abandon des sites du Locle et, à terme, de Perreux pour les activités hospitalières, d'hôpital de jour et d'hébergement.

En termes structurels et de fonctionnement, les options stratégiques proposées visent ainsi à poursuivre la « mue » du CNP vers un dispositif plus mobile, davantage centré sur des compétences spécifiques et mieux à même d'affronter les défis futurs en termes d'accessibilité et d'apport spécialisé aux partenaires du secteur. Elles permettent en outre de rationaliser l'activité en réduisant le nombre de sites opérationnels du CNP et, à terme, de rendre le site de Perreux à l'Etat. Enfin, elles renforcent et formalisent le positionnement du CNP, y compris au niveau régional, en tant que référence pour des prestations dans lesquelles il dispose de compétences spécialisées.

¹ L'appellation provisoire « Vieux-Châtel » est abandonnée au profit de celle, officielle, de Centre de psychiatrie communautaire du Littoral. Celle-ci est désormais reprise dans le présent document

2. Introduction et rappel du contexte

Le présent document présente les orientations stratégiques proposées par le Centre neuchâtelois de psychiatrie (CNP) pour les sept années à venir; il est impératif qu'il soit placé dans son contexte.

L'environnement du CNP est caractérisé par des changements rapides et profonds. Les réformes conduites par le CNP lui-même depuis sa création ont également eu des effets marquants sur les structures et l'organisation des soins psychiatriques dans notre canton. Quelques rappels s'imposent ainsi.

Le Centre neuchâtelois de psychiatrie est un établissement de droit public créé suite à l'acceptation en 2008 par le Grand Conseil d'une loi spécifique (Loi sur le CNP). Selon ce texte, le CNP a en particulier pour mission de « conduire (...) la politique sanitaire publique neuchâteloise dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de problèmes de santé psychique ». La loi précise encore que le CNP définit les options stratégiques qu'il entend développer et que ces dernières doivent être présentées au Grand Conseil par le Conseil d'Etat pour adoption.

En 2010, le Conseil d'administration et la Direction générale du CNP ont soumis à l'appréciation du Département chargé de la santé un premier plan d'action portant sur les options qu'ils préconisaient dans le domaine des réorganisations de son dispositif hospitalier. Suite à une évaluation positive de ce plan par les autorités et le Service cantonal de la Santé publique, il a été présenté au législatif cantonal accompagné d'un rapport préconisant son acceptation. Ce plan était principalement focalisé sur la réduction importante du nombre de lits hospitaliers aigus, ainsi que sur la redistribution des activités hospitalières, visant en particulier à rationaliser les activités de psychiatrie adulte aiguë en les réunissant sur le site de Préfargier. Le Grand Conseil a accepté ce plan stratégique, mais s'est inquiété des impacts de la réduction de la capacité hospitalière en psychiatrie sur la population concernée, sachant que les partenaires du système de santé neuchâtelois étaient peu préparés à ces changements. Certaines extensions des prestations ambulatoires et de l'accueil de jour, en particulier dans le domaine de la psychiatrie de l'adulte, étaient d'ores et déjà prévues dans le premier plan d'action et elles ont pu commencer à être déployées. Plusieurs questions ayant été posées lors de l'examen du plan sur la mise en place d'un dispositif de structures intermédiaires, le Conseil d'Etat s'était engagé à continuer la réflexion et à revenir devant le Grand Conseil avec un deuxième plan. Le CNP a donc mis l'accent sur ses projets en matière de structures de ce type, ainsi que sur des éléments concernant le suivi communautaire des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans le cadre de son deuxième document d'orientations stratégiques. Cette focalisation lui paraissait d'autant plus justifiée que les réformes du secteur hospitalier avaient pu être menées dans les délais prévus grâce à un engagement soutenu de l'ensemble des acteurs concernés.

Le CNP avait formellement annoncé que son premier plan d'action serait suivi d'un deuxième document focalisé sur la réforme et le redéploiement de ses activités en matière d'hébergement à long terme dans les domaines de la psychiatrie de l'âge avancé et de la psychiatrie de l'adulte, ainsi que de son champ d'action concernant les ateliers socio-professionnels et d'occupation. Le Conseil d'Etat a confirmé ces orientations et a, de plus, donné mandat au CNP de prévoir le déroulement de ses réformes et le redéploiement de ses activités de manière à proposer au Grand Conseil un plan permettant de libérer le site de Perreux dans des délais rapprochés.

Le CNP a ainsi présenté, dans un document intitulé « Orientations stratégiques 2013-2017 », les lignes de force de la suite des réformes qu'il prévoyait de conduire durant les années à venir. Pour des raisons diverses, ce document soumis aux autorités à l'été 2012 n'a pas pu être traité par les autorités. Largement focalisées sur un recentrage du CNP sur des activités cliniques à proprement parler et prévoyant le déploiement rapide d'options permettant de quitter le site de Perreux, les propositions de ce plan ont été en bonne partie reprises dans le présent document. Il faut cependant souligner que l'approche utilisée pour l'analyse des forces et faiblesses du dispositif actuel s'est systématiquement fondée sur les besoins en matière de soins psychiatriques et d'accompagnement dans leur ensemble. Si l'approche du précédent Conseil d'administration avait été davantage centrée sur des réformes structurelles et sur l'externalisation de certaines prestations à des partenaires, le Conseil actuel et l'ensemble des cadres dirigeants du CNP ont passé en revue les tâches actuelles avec pour fil conducteur l'ensemble des besoins des habitants du canton souffrant de difficultés psychiques et de pathologies

psychiatriques en matière de soins et d'accompagnement. Le but est de réserver au CNP les prestations pour lesquelles il apporte une réelle valeur ajoutée et de prévoir un appui aux partenaires pour les activités qu'ils assument en la matière. Cette approche est explicitée ci-dessous.

Le Conseil d'administration, la Direction générale et les cadres concernés du CNP ont ainsi repris leur analyse de l'ensemble de ces questions. Ils ont évalué, tant au sein de leur établissement que dans le réseau, les caractéristiques du système actuel et ont identifié les évolutions et les tendances de la prise en charge psychiatrique. Ils se sont également penchés sur les types d'organisation en vigueur dans d'autres cantons.

Avant d'entrer en matière sur les constats établis et les propositions élaborées, il paraît important de souligner d'importantes différences entre la nature des éléments du dispositif traités dans le plan d'action 2010-2012 – dernier document formellement soumis au législatif cantonal – et le présent rapport.

Alors que les réformes de la prise en charge hospitalière et de l'organisation des soins sur les sites du CNP, préconisées par le plan d'action 2010-2012 et intégralement mises en œuvre depuis, relevaient essentiellement du domaine propre du CNP en termes de champ d'activité, tel n'est pas le cas pour les éléments abordés ici. De fait, la nécessité d'un fonctionnement en réseau avec les partenaires des domaines du traitement, de l'hébergement, de l'appui socio-éducatif, de la justice et des soins intégrés aux personnes âgées imposent une consultation des partenaires et une large collaboration avec des instances externes au CNP. L'action de l'Etat et de ses services sera indispensable pour garantir des conditions-cadre appropriées pour la conduite des réformes proposées, pour assurer les arbitrages entre partenaires et pour élaborer les contrats de prestations qui préciseront la dévolution des tâches aux divers acteurs.

Le Conseil d'administration et la Direction générale ont la volonté de placer le CNP dans les conditions aussi favorables que possible pour faire face aux défis futurs. Ces derniers sont notamment liés au vieillissement de la population, à la nécessité d'organiser les soins psychiatriques par filières cantonales afin d'améliorer le suivi et les transitions au sein du système de soins, à l'émergence de nouvelles pathologies et syndromes, ainsi qu'à l'objectif d'accroître le soutien psychiatrique dans la communauté. Il s'agit également de consolider un positionnement fort du CNP dans le réseau cantonal et d'assurer sa légitimité de partenaire spécialisé au sein du réseau intercantonal romand. Ces travaux doivent être conduits en tenant compte des moyens financiers limités à disposition.

Le Conseil d'administration et la Direction générale ont mis en œuvre un dispositif participatif lui permettant d'élaborer des propositions sur une grande partie des domaines ciblés par le précédent plan et identifiés par les parlementaires lors de l'examen de ce dernier. Sur de nombreux points, il faut pourtant rappeler que des travaux conjoints avec les milieux concernés sont indispensables, et que ces travaux nécessiteront dans bien des cas l'appui de l'Etat. Il n'est ainsi pas possible de proposer un échéancier et un chiffrage aussi précis que lorsque le CNP est maître de son action, une fois cette dernière avalisée par le Grand Conseil.

Le présent rapport présente donc la synthèse des options que le CNP entend mettre en œuvre dans les années prochaines, avec l'appui et la collaboration active de divers partenaires.

Le plan d'action du CNP 2010–2012 a amorcé, au niveau neuchâtelois, un changement indispensable en matière de prise en charge des pathologies psychiatriques. En effet, historiquement ancrée dans une perspective hospitalocentrée, la psychiatrie telle que pratiquée encore à la fin du XXe siècle ne permet plus ni une prise en charge adéquate des comportements et pathologies actuels ni une adaptation aux défis à venir. Il s'agit donc clairement, en partenariat avec les patients² eux-mêmes ainsi que leurs proches, de prévoir le développement de prestations ambulatoires et de soins communautaires, de mettre à disposition une gamme de prestations offrant des réponses aux besoins des personnes à un moment donné, en fonction de leur état, de leurs choix et de leur projet de vie, et de renforcer le travail en réseau.

² Afin de simplifier la lecture, le masculin est utilisé dans le présent document pour désigner les deux genres

Ces lignes de force sont confirmées et approfondies dans le présent document. Elles impliquent la mise en œuvre d'une série de mesures qui se situent dans un environnement complexe. Contrairement aux importants changements déjà conduits sur la base du plan d'action 2010-2012, pour lesquels le CNP disposait de moyens d'actions propres et d'une autonomie d'intervention importante, les réformes proposées nécessitent une implication directe et déterminée des autorités cantonales. La mise en réseau de partenaires, l'élaboration de cadres financiers et réglementaires pour le transfert de tâches et de personnel ainsi que la coordination interservices font partie des moyens de mise en place des orientations du présent rapport.

Les orientations stratégiques présentées s'inscrivent dans le cadre des missions confiées au CNP par la loi ; elles tiennent également compte de la décision de l'Etat de reprendre le site de Perreux à moyenne échéance pour y déployer d'autres activités. Elles n'ont pas pour but principal la réalisation d'économies dans le domaine de la psychiatrie, mais bien le redéploiement des activités du CNP de manière à lui donner les moyens de mettre en œuvre de manière proactive les modalités thérapeutiques actuelles, l'utilisation du dispositif hospitalier la plus efficiente et le partenariat en réseau avec les institutions vouées à l'hébergement médico-social, socio-éducatif et aux activités de réinsertion professionnelle. Le présent document, de portée stratégique, vise donc à présenter les évolutions nécessaires en terme d'organisation des prestations. Une fois l'aval obtenu en matière d'options choisies, l'impact financier de ces dernières pourra être analysé de manière détaillée en tenant compte des interactions entre les options retenues.

3. Le CNP demain : caractéristiques et principes

- Le CNP est un acteur privilégié du canton pour la prise en charge des troubles psychiques ; il met à disposition une offre équilibrée, tout en favorisant les soins aux patients au plus près de leur lieu de vie.
- Le CNP est une institution de soins psychiatriques proposant un large éventail de prestations hospitalières et ambulatoires accessibles aux usagers de tous âges.
- Le CNP met à disposition des prestations organisées en filières de soins, favorisant la continuité des soins et offrant des alternatives à l'hospitalisation.
- Le CNP propose des prestations de psychiatrie légale, qui contribuent à sa reconnaissance en qualité d'expert dans le domaine.
- Le CNP est un centre de référence dans le domaine de la formation en psychiatrie, en particulier dans les filières médicales et soignantes.
- Le CNP est géré avec compétence et utilise les ressources allouées de manière efficiente.
- Le CNP développe des prestations qui contribuent à renforcer sa capacité financière.
- Le CNP est un employeur attentif aux besoins professionnels de ses collaborateurs.

4. Les fondements des options stratégiques

Les options stratégiques développées ci-après sont sous-tendues par les fondements suivants :

Le CNP propose une offre équilibrée (diversifiée, adaptée et de qualité).

- Le CNP favorise et développe une offre de soins graduée et diversifiée.
- Le CNP développe un dispositif souple en termes de pratiques et de structures, qui répondent aux besoins évolutifs des personnes en fonction de leur état, de leurs choix et de leur projet de vie.
- Le CNP développe les prestations ambulatoires et de soins communautaires.
- Le CNP regroupe ses activités stationnaires et d'hébergement sur un nombre aussi restreint que possible de sites, afin de contribuer à l'économicité et à la lisibilité du dispositif, tout en étant attentif à préserver un accès aisé aux prestations.

Le CNP offre des soins accessibles.

- Le CNP accroît son offre de prise en charge de proximité. Pour ce faire, il développe des structures et/ou des activités de soins dans la communauté au plus près des lieux de vie / d'activité des populations, ainsi que des interventions précoces à domicile effectuées par ses équipes, y compris dans les situations de crise ou d'urgence.
- Le CNP veille à raccourcir ses délais de réponse par la mise en œuvre de modes adaptés d'organisation de ses services.
- Le CNP favorise et renforce le travail en réseau et les interventions pluridisciplinaires avec les autres acteurs de la santé et du social (généralistes, pédiatres, milieu socio-éducatif, spécialistes publics et privés...). Selon les cas, il intervient par une prise en charge directe des personnes, par des interventions « conjointes » (selon le modèle dit des « soins collaboratifs ») ou par des interventions indirectes de type encadrement, conseil et formation.
- Le CNP participe et développe une politique communicationnelle et de formation visant à améliorer les connaissances de ses services par les usagers, les familles, les proches et les professionnels de la santé.
- Il contribue à destigmatiser la psychiatrie en rapprochant autant que possible les soins psychiatriques des autres spécialités médico-soignantes.

Le CNP améliore la continuité et la cohérence de la prise en charge.

- Le CNP s'organise de manière à améliorer la continuité des soins et l'accompagnement des patients dans leur parcours de soins.

Le CNP travaille avec les différents acteurs de la santé et du social et est reconnu comme un centre de compétences à l'échelle cantonale, romande et suisse.

- Le CNP renforce les liens et la collaboration intersectorielle, sur la base d'une identification des besoins régionaux et d'un partage des missions entre acteurs du champ socio-sanitaire local ainsi qu'à l'échelle romande.
- Le CNP promeut les partenariats formels entre les acteurs du champ de la santé mentale.

Le CNP respecte le droit des patients.

- Dans le respect du cadre juridique, les familles et les proches sont considérés comme des partenaires de l'équipe de soins; à ce titre, ils sont écoutés, informés, formés et soutenus dans leur rôle d'accompagnement de la personne malade.

5. Analyses et constats à la base des options retenues

Dans un rapport publié par l'OMS³, celle-ci émet les constats suivants en matière de traitement de la santé mentale :

- la majorité des personnes souffrant de maladies mentales ne sont pas traitées dans des services spécialisés et cela dans tous les pays ;
- les troubles psychologiques peuvent altérer la perception des patients de leur état de santé physique ;
- la majorité des professionnels de soins primaires sont conscients des troubles psychologiques, mais la corrélation entre la reconnaissance des troubles et leur incidence n'est que faible à modérée chez les cliniciens ;
- les troubles mentaux détectés dans les milieux de soins primaires constituent un problème majeur de santé publique et créent un fardeau substantiel pour la société ;
- les traitements en santé mentale doivent faire partie intégrante des soins primaires ;

³ Rapport de la Conférence ministérielle Européenne, « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », OMS, 2006

- la formation en soins primaires pour reconnaître et traiter les troubles mentaux doit constituer une priorité élevée de telle sorte que ces compétences (reconnaissance et traitement) fassent partie du noyau de base de l'expertise des intervenants en soins primaires ;
- les services spécialisés sont rares et coûteux, ils devraient se concentrer sur :
 - l'évaluation et le diagnostic des cas complexes et de ceux nécessitant un avis d'expert ;
 - le traitement des patients dont les symptômes sont les plus graves ;
 - les soins des personnes qui sont les plus handicapées par suite de maladies mentales ;
 - le suivi des troubles qui se sont avérés réfractaires au traitement initial.

Incidence de la maladie mentale

En Suisse, selon des chiffres publiés par l'Observatoire Suisse de la Santé (OBSAN)⁴, plus de 4% de la population déclare souffrir de problèmes psychiques importants et près de 13% de problèmes psychiques dits moyens. Les femmes se plaignent plus souvent de problèmes moyens ou importants que les hommes et les jeunes plus fréquemment que les personnes âgées. C'est dans le Tessin et la région lémanique que les personnes interrogées déclarent le plus souvent souffrir de problèmes psychiques.

Selon cette même source, le suicide reste extrêmement élevé en Suisse et très particulièrement dans le canton de Neuchâtel. Il est fortement corrélé à l'existence de troubles psychiques.

D'un point de vue sociétal, les tensions induites, au sein de la population en général, par la tendance à la disparition de liens stables sur le lieu de travail et au sein de la famille, semblent également s'accroître.

Démographie

Un récent rapport statistique consacré au canton de Neuchâtel⁵ fixe un scénario de base de 190 000 habitants en 2040 (accroissement de +10% par rapport à 2011 – 173.009 hab.). Une analyse plus fine prévoit des naissances en nombre relativement stable, des décès en hausse accélérée après 2020 et la poursuite du vieillissement de la population. Au final, selon le scénario de base, la tendance serait celle d'un accroissement important des effectifs et de la proportion des personnes âgées (le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus doublerait en trois décennies, et leur proportion dans la population du canton passerait de 2,7% en 2010 à 5,0% en 2040), d'une arrivée progressive aux âges élevés de la génération issue du baby-boom (les 38-52 ans en fin d'année 2011), d'une relative stabilisation de la base de la pyramide des âges. L'effectif de la population âgée de moins de 40 ans serait pratiquement invariant, restant compris entre 82 000 et 83 800 entre 2011 et 2040.

Analyse de la demande en soins psychiatriques

En Suisse, durant la période 2002-2006, le nombre des traitements psychiatriques intramuros⁶ (calculé sur la base du nombre d'admissions) a augmenté de 9,3%. Celui des patients traités est, en revanche, resté assez stable, oscillant autour d'environ 50'000 hospitalisations par année. Cette évolution (croissance du nombre de cas, mais nombre constant de personnes) s'explique par un net accroissement du nombre des réadmissions (+30%). Une proportion relativement importante de réadmissions concerne une part assez faible de patients. Selon les spécialistes, il faudrait développer des soins spécifiques à ces cas dits «heavy users» afin d'éviter la «spirale des réadmissions». Une telle situation peut conduire à des trajectoires de maladie plus longues et plus difficiles que nécessaire. Dans le cadre ambulatoire, les études montrent qu'entre un tiers et la moitié des personnes souffrant de troubles psychiatriques des pays industrialisés restent sans traitement, parce que les maladies ne sont pas diagnostiquées par des professionnels et/ou parce que les personnes touchées ne

⁴ « La santé psychique en Suisse – Monitoring 2012 », OBSAN, 2012

⁵ « Perspectives régionalisées de population 2011 – 2040 », Perspectives démographiques, Canton de Neuchâtel, Statistique Vaud - (SCRIS), novembre 2012

⁶ « La santé psychique en Suisse – Monitoring 2012 », OBSAN, 2012

sollicitent pas l'aide de professionnels. D'après une étude portant sur l'Union européenne⁷, seulement une personne sur deux souffrant de troubles psychiques prend contact avec un psychothérapeute professionnel ou avec un médecin. La plupart d'entre elles sont traitées en médecine générale. Seul un quart des personnes atteintes de troubles psychiques bénéficie d'une aide professionnelle, axée sur les maladies psychiques. Le taux de traitement varie selon le type de trouble psychique. Les troubles affectifs sont le plus fréquemment traités.

D'après une étude⁸ de cohorte zurichoise portant sur de jeunes adultes, 46% des patients atteints de maladie psychique suivent un traitement, les femmes plus souvent que les hommes.

Un rapport publié par l'OBSAN⁹ signale que 5,3% de la population vivant en Suisse a été traitée pour des problèmes psychiques dans les 12 mois précédant le sondage, et les femmes (6,3%) plus souvent que les hommes (4,2%). Le nombre de personnes ayant eu recours à un traitement pour des problèmes psychiques est en augmentation. La plupart des personnes ayant demandé un traitement pour problèmes psychiques ces 12 derniers mois sont suivies par un psychiatre (38,6%). Suivent les psychologues et psychothérapeutes (33,6%) puis les médecins généralistes (20,7%). Proportionnellement, les hommes (79,6%) consultent plus souvent des spécialistes que les femmes (67,5%) mais les femmes demandent plus souvent un traitement à un généraliste ou à une autre catégorie professionnelle.

En comparant les tranches d'âge, on s'aperçoit que la moitié des jeunes (15–34 ans) font appel à un psychologue et à un psychothérapeute, tandis qu'ils consultent rarement le médecin généraliste (16,2%). En examinant tous les groupes d'âges, il ressort qu'au fur et à mesure qu'ils avancent en âge, les patients consultent de préférence des prestataires médicaux (psychiatres et généralistes), au détriment des spécialistes en psychologie.

Environnement économique

Gestion des ressources : l'OMS recommande, depuis plus de 10 ans déjà, de sortir des logiques hospitalières pour favoriser, dans toute la mesure du possible, l'accompagnement des personnes qui présentent des troubles mentaux, dans leur milieu de vie. Dans un environnement à ressources limitées comme celui de la santé, des choix stratégiques doivent être faits afin de décider dans quels domaines et pour qui les moyens doivent être alloués de manière prééminente. Ceci est d'autant plus nécessaire qu'il n'y a aucun argument convaincant ni aucune information factuelle scientifique justifiant un modèle de soins et de services de santé mentale fondé exclusivement sur les soins hospitaliers ; a contrario il n'existe pas non plus de données factuelles scientifiques prouvant que les services de proximité peuvent à eux seuls fournir une gamme complète satisfaisante de soins. En fait, les avis professionnels ainsi que les résultats des études cliniques au niveau international mènent à préconiser un modèle équilibré de soins et de services incluant des éléments des modèles de soins hospitaliers ainsi que des services de proximité.

Des analyses de coût-efficacité sur la désinstitutionnalisation et sur les équipes de santé mentale de proximité ont démontré que la qualité des soins est étroitement liée aux dépenses consenties. Les services de santé mentale de proximité coûtent généralement autant que les services hospitaliers qu'ils remplacent ; ils ne peuvent donc pas être considérés principalement comme des mesures de réduction des coûts.

En général, à mesure que le système de santé mentale évolue à partir d'un modèle hospitalier, la proportion des ressources dévolues aux soins fournis dans un cadre résidentiel devrait diminuer graduellement jusqu'à atteindre un taux de 50% pour les dispositifs hospitaliers et de 50% pour les prestations ambulatoires et communautaires.

Financement : le système tarifaire régulant le remboursement des prestations est fondé sur la prise en charge des coûts de journées hospitalières ainsi que des prestations ambulatoires par le biais du système TarMed. La

⁷ « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 », Wittchen H. et al, European Neuropsychopharmacology, 2011

⁸ «La psychiatrie intra-muros en Suisse de 2000 à 2006 », OBSAN, 2008

⁹ La santé psychique en Suisse, Monitoring, Obsan, 2007

couverture financière des prestations indirectes n'est par contre pas assurée. Les évolutions liées à l'introduction d'un nouveau mode de tarification pour la psychiatrie, ainsi que les effets des révisions de la LAMal en matière de financement doivent également être prises en compte en matière de couverture financière future des prestations.

Analyse des pratiques et identification des besoins

Evolution des pratiques

Evolution du droit des patients : la nécessité d'informer et d'obtenir le consentement éclairé du patient s'impose non seulement comme une obligation légale et un devoir éthique, mais aussi comme une condition essentielle à l'alliance thérapeutique. Les divisions fermées des hôpitaux psychiatriques sont en train de disparaître progressivement et les durées de séjour diminuent massivement, non sans créer parfois des tensions avec l'environnement jugeant les sorties hospitalières trop précoces ou mal préparées. Les «soins psychiatriques intensifs» se développent dans des espaces dédiés pour les situations cliniques aiguës.

Evolution des connaissances et des moyens thérapeutiques : la recherche clinique et l'accroissement des exigences de formation ont largement contribué au développement d'une psychiatrie diversifiée et répondant aux besoins de la population avec des prestations de grande qualité.

Evolution des réseaux de soins : par nécessité, le développement de la psychiatrie a souvent anticipé l'évolution générale des réseaux de soins avec un fort développement de son secteur extrahospitalier comme les policliniques, les hôpitaux de jour, les structures intermédiaires de réadaptation et, dorénavant, les équipes mobiles. La psychiatrie centrée sur l'hôpital s'est progressivement transformée en élément d'un réseau articulé avec un vaste champ socio-sanitaire. L'un des enjeux majeurs de la planification reste la coordination optimale entre ces espaces afin d'assurer des soins au niveau le plus approprié pour le malade et le plus proche de son milieu de vie. Souvent en partenariat avec les dispositifs d'action sociale, les programmes de réhabilitation psychiatrique constituent un exemple de cette évolution. Les centres de jour et les ateliers socio-thérapeutiques deviennent des plateformes d'évaluation, de traitement et de suivi des patients souffrant d'un handicap psychique chronique. Ces programmes coopèrent avec les établissements médico-sociaux, les institutions socio-éducatives, les services sociaux, les réseaux d'entraide, les services de protection de l'adulte, etc. Avec la cinquième révision de l'Al, ces structures sont, de plus, appelées à s'impliquer dans le développement de programmes de soutien au retour à l'emploi.

Prise en considération du concept de rétablissement : la maladie, tant physique que mentale, affecte l'individu de nombreuses façons ; elle remet en question l'image qu'il a de lui-même, lui impose de nouvelles limites auxquelles il doit s'adapter et le confronte aux handicaps qu'elle entraîne parfois.

Le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de recouvrer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'affecte, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état, s'appelle le « rétablissement »¹⁰. Il s'agit d'une démarche personnelle qu'entreprennent les personnes atteintes de problèmes de santé mentale pour reprendre le contrôle de leur vie, lui donner un sens et se fixer un but . Le rétablissement est donc avant tout une démarche personnelle de réappropriation du pouvoir d'agir de la part de la personne concernée, mais son intégration dans les soins représente un changement de paradigme majeur dans les services et dans les politiques de santé mentale. La mise en place de services axés sur le « rétablissement » passe par la transformation radicale de la façon de travailler des professionnels et des cliniciens. Cette transformation consistera à :

¹⁰ Psychiatric Rehabilitation, Anthony W. et al., Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, 2002

- changer la dynamique du pouvoir entre les fournisseurs de services et les personnes souffrant de troubles psychiatriques ;
- encourager les personnes souffrant de troubles psychiatriques à participer à la communauté et en faire des membres à part entière ;
- donner le leadership aux personnes souffrant de troubles psychiatriques ;
- combattre la stigmatisation et la discrimination.

Pour que cette approche ait un impact, les services de santé mentale doivent également suivre les meilleures pratiques et être accessibles dans des délais raisonnables. L'accès à un logement communautaire décent à prix abordable est également essentiel.

Organisation selon le « balanced care model »: décrit par Thornicroft et Tansella¹¹, ce modèle d'organisation de services propose de passer d'un système de soins polarisé à une vision fondée sur un continuum en favorisant une psychiatrie insérée dans la Cité et collaborant étroitement avec les soins de premier recours. Il comprend des dispositifs de spécialisation croissante en proposant divers niveaux d'intervention en fonction des ressources économiques de chaque région. Ainsi, un pays à « ressources élevées » comme la Suisse devrait proposer trois niveaux de soins pour la santé mentale : (1) les soins de premier recours en santé mentale, (2) les services de psychiatrie générale et (3) les services de psychiatrie spécialisés. Les soins de premier recours en santé mentale sont assurés en majeure partie par les médecins généralistes, avec l'appui de spécialistes sous la forme de soins collaboratifs. Les services de psychiatrie générale comprennent cinq composantes de base : des consultations ambulatoires, des équipes de soins communautaires, des soins aigus hospitaliers, des soins résidentiels au long cours, ainsi que des activités occupationnelles et de travail. Les services de psychiatrie spécialisés visent à renforcer ces composantes selon les ressources disponibles, afin de mieux répondre à des besoins spécifiques par des interventions plus spécialisées ou plus intensives. Néanmoins, quel que soit le niveau de ressources, le modèle suggère que l'articulation avec les soins primaires reste forte, et que les besoins de base soient couverts avant le développement de services très spécialisés.

Identification des besoins

L'articulation et l'intégration des services : les individus atteints de troubles mentaux ont besoin d'une gamme étendue de services incluant le traitement, la réadaptation, le soutien en cas de crise, l'aide nécessaire pour réintégrer le marché du travail, etc. Ces services sont offerts par les différents intervenants du réseau médico-social. En principe, l'ensemble des intervenants reconnaît l'importance d'assurer la continuité des soins, leur coordination et leur intégration ; dans la réalité, le travail de liaison entre les équipes reste difficile – au détriment des usagers. L'une des conséquences de cette situation est que des individus se retrouvent isolés et sans ressources à leur sortie de l'hôpital alors que des services pouvant les aider existent là où ils vivent.

La valorisation du rôle des proches et des familles et leur intégration dans le processus de soins : pour un grand nombre de personnes atteintes d'un trouble mental, la famille représente la principale source de soutien et joue également le rôle de milieu d'accueil. La situation des proches demeure cependant fragile et l'aide qu'ils apportent à leur entourage les conduit parfois à l'épuisement.

De façon générale, les familles demandent un rapprochement avec les équipes traitantes. Elles souhaitent être considérées lorsque les décisions prises sur l'orientation et le traitement les concernent. Elles rapportent être peu souvent consultées et informées, alors même qu'elles sont les personnes ayant le plus de signification pour l'individu.

Les proches doivent être soutenus et informés tout en respectant la confidentialité requise et l'intimité des personnes atteintes de troubles mentaux.

¹¹ « The balanced care model : the case for both hospital – and community – based mental healthcare », Thornicroft & Tansella, The British Journal of Psychiatry, 2004

Valorisation de l'insertion professionnelle et sociale : les personnes atteintes dans leur santé psychique se trouvent souvent en marge de la société. Leur plus grand désir est de pouvoir y retrouver une place le plus rapidement possible. Un accent important doit donc être mis sur les offres de réinsertion sociale et/ou professionnelle. Diverses études montrent que les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont un emploi sont plus satisfaites de leur vie en général; leur qualité de vie, qu'elle soit évaluée de façon subjective ou au moyen de plusieurs mesures objectives, est meilleure que celle des personnes également atteintes de troubles mentaux graves, mais sans emploi. L'accès à l'emploi, particulièrement à l'emploi régulier, est associé à une amélioration sur le plan des symptômes de maladie, de l'estime de soi, de la satisfaction à l'égard des services de réadaptation professionnelle et de la situation financière. Vu les exigences élevées du marché primaire du travail, l'insertion professionnelle n'est pas accessible à chacun. Des possibilités d'occupation diverses en milieu plus ou moins protégé doivent être développées.

L'insertion sociale a un effet direct et déterminant sur le pronostic. Diverses mesures d'accompagnement doivent être développées, en particulier pour faciliter la transition entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Un accès facilité à un logement adéquat est indispensable.

A la lumière de ces constats et principes, il s'agit à présent d'examiner l'offre en soins du CNP, ses caractéristiques actuelles et son évolution proposée.

6. L'offre en soins du CNP

Au sein du CNP, l'organisation des prestations de soins est structurée en départements qui correspondent aux grands groupes d'âge des patients. Dans la mesure où trois départements distincts (enfants & adolescents, adultes, âge avancé) dispensent des soins, le présent document propose la même articulation.

6.1. L'offre en soins pour les enfants et les adolescents

6.1.1. Exposé de l'offre actuelle pour les enfants et adolescents

a. Soins primaires

- **Gestion des urgences** : évaluation et prise en charge de crise : consultation ambulatoire au CNPea pendant les heures de bureau ; week-end et jours ouvrables entre 18h00 et 08h00 ; 0 à 16 ans : clinique de pédiatrie de HNE, avec un service de liaison du CNPea pour les patients hospitalisés (convention) ; 16 à 18 ans : Centre d'urgence psychiatrique (CUP).
- **Activité institutionnelle** dans des établissements spécialisés et les écoles spécialisées du canton (prestations aux équipes pédago-éducatives).
- **Autres prestations** : rencontres d'équipe CNPea - Office de protection de l'enfant (OPE) NE / CdF ; disponibilité téléphonique pour des renseignements téléphoniques pour des professionnels du réseau neuchâtois ; formation postgraduée et continue pour médecins et psychologues du CNP et du réseau ; etc.

b. Psychiatrie générale

- Consultations ambulatoires (en guidance infantile : 0–6 ans ; enfance–adolescence : 6–18 ans).
- Groupes thérapeutiques.
- Prises en charge thérapeutiques dans des établissements spécialisés et les écoles spécialisées du canton (bilan pédopsychiatrique ou psychologique avec indication de prise en charge thérapeutique, le cas échéant ; suivi de traitements médicamenteux ; encadrement de l'équipe thérapeutique ; etc.).
- Hospitalisation pour les enfants dès 12 ans à l'UHPA-H1 sur le site de Préfargier.
- Participation aux conseils socio-éducatifs des écoles.
- Travail en réseau avec OPE, écoles, Croix-Rouge, SEI, pédiatres, etc.

c. Services spécialisés

- Liaison avec la maternité, l'obstétrique et la pédiatrie de HNE.
- Activité forensique : expertises et traitements ordonnés.
- Consultation du développement : évaluation et prise en charge troubles envahissants du développement / troubles du spectre autistique, handicap mental.
- Prise en charge d'enfants dont les parents présentent des transactions violentes.
- Prise en charge des troubles alimentaires, de toxicomanie, d'automutilations.
- Médecin conseil de l'office de l'enseignement spécialisé (OES).
- Prise en charge d'enfants de requérants d'asile ou de mineurs non-accompagnés.
- Prise en charge de familles lusophones.
- Guidance infantile (Groupe parentalité ; synergie avec la psychiatrie adulte, patients de l'hôpital de jour avec quelques prises en charge familiales communes).
- Consultation ambulatoire pour patients malentendants, projet en cours depuis l'été 2013 avec l'Office de l'enseignement spécialisé (OES).
- Projet pilote de traitement à l'aide du *neurofeedback* pour les enfants souffrant de trouble d'hyperactivité et de déficit de l'attention. Les aspects scientifiques sont mis en place en collaboration avec des chercheurs en neurosciences du Centre Médical Universitaire de Genève.

6.1.2. Evaluation de l'offre actuelle pour les enfants et adolescents

Depuis quelques décennies, l'offre du CNPea, anciennement Service médico-psychologique pour enfants et adolescents (SMPEA), anciennement Office médico-pédagogique (OMP), se définit par des prestations structurées selon trois axes comprenant l'ambulatoire d'abord, les prestations institutionnelles auprès des foyers et des écoles spécialisées ensuite, et finalement, des prestations hospitalières avec HNE. A cela s'est ajoutée l'unité hospitalière pour adolescents (UHPA pour les 13 à 18 ans). Ce système a fourni des prestations à la satisfaction des protagonistes et des patients pendant de nombreuses années. Aujourd'hui, en vertu des évolutions mentionnées dans le présent document, le CNP doit repositionner son offre, en particulier vis-à-vis des institutions et des écoles spécialisées. Ce processus est déjà en cours.

Globalement, les relations avec les institutions spécialisées et les écoles spécialisées doivent être individuellement revues et les prestations redéfinies.

Les prestations ambulatoires du CNPea doivent être réévaluées et probablement restructurées. Certaines offres spécialisées doivent être renforcées (consultation « développement » en collaboration avec HNE, les prestations semi-hospitalières telles qu'un hôpital de jour / centre thérapeutique de jour et des équipes mobiles).

6.1.3. Les besoins futurs en prestations pour les enfants et adolescents

Dans un rapport de 2008, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)¹² considère que les tâches dévolues à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comprennent davantage d'activités concernant d'autres instances et d'autres partenaires que le domaine de la psychiatrie d'adultes. Il lui incombe, dans ce sens, « d'importantes tâches liées à l'environnement familial, pédagogique et institutionnel ». « La proximité n'est pas seulement dans l'intérêt des enfants et des adolescents, elle est également nécessaire à des prestations efficaces ». Un engagement consultatif intense des psychiatres d'enfants et d'adolescents est recommandé autant dans les institutions de pédagogie sociale et de pédagogie que pour les divisions pédiatriques d'hôpitaux de soins aigus et de cliniques pédiatriques. « Tout comme la psychiatrie d'adultes, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent devra pouvoir fournir des prestations ambulatoires de plus grande ampleur puisqu'elles devront être là aussi de proximité ».

¹² « Planification de la psychiatrie, Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière" », CDS - Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne, 2008

Il est proposé que les prestations suivantes soient planifiées et offertes à un niveau supra-cantonal :

- les soins hospitaliers en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- une division hospitalière de soins psychiatriques en milieu forensique pour adolescents dans chaque région linguistique ;
- le traitement hospitalier des toxicomanies chez les adolescents ;
- des offres pour enfants handicapés mentaux et adolescents souffrant de périodes de crises psychiques.

La prévalence des troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents à l'échelle internationale varie de 5% à 25%. Il est admis que les troubles mentaux de l'âge adulte débutent souvent à l'enfance ou à l'adolescence. Il est, par ailleurs estimé que la moitié des problèmes non traités chez les jeunes persistent à l'âge adulte¹³.

Les troubles mentaux qui se manifestent au cours de l'enfance entraînent des coûts additionnels très importants à l'âge adulte, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans ceux de l'éducation et de la justice pénale, et ce, sur une période estimée pouvant s'étendre de 10 à 27 ans¹⁴.

Les problématiques présentées par les patients psychiatriques mineurs, ainsi que le réseau professionnel, évoluent et les pathologies peuvent se présenter sous de nouvelles formes.

Nous observons aujourd'hui chez le patient adolescent davantage de symptomatologies similaires à la psychiatrie adulte, telles que les consommations importantes de substances, des actes auto-dommageables tels que les scarifications ou par exemple des troubles du comportement chez les personnes atteintes d'un retard mental. Du côté professionnel, nous assistons à une démedicalisation de la prise en charge des problèmes du développement pour faire place à des approches d'orientation socio-pédagogiques. De plus, les réformes consécutives à la RPT¹⁵ ont également eu pour effet de placer les prestations des écoles spécialisées dans un contexte explicitement pédagogique.

L'évolution de la réglementation en matière de fonctionnement des foyers éducatifs a eu pour conséquence la fin de l'utilisation, dans la très grande majorité des cas, de mesures de contention physique du mineur. Ces changements se sont accompagnés d'une réflexion sur la création d'autres centres plus spécialisés en matière de trouble du comportement. Cela se manifeste, par exemple, dans la discussion sur l'opportunité de la création d'une institution chargée des peines et mesures pour jeunes filles, actuellement prévue à Dombresson. Une autre conséquence est une plus grande sollicitation de l'UHPA du CNP.

Par ailleurs, la recherche a mis en évidence l'importance de la prise en charge précoce et intensive des troubles du spectre autistique.

Il y a donc lieu d'orienter les prestations du CNPea de sorte à :

- favoriser l'accès aux soins ;
- offrir des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle pour les adolescents ;
- anticiper la prévision de l'augmentation des activités, entre autres en lien avec l'ouverture d'un établissement fermé pour jeunes filles (établissement concordataire) dans le canton de Neuchâtel.

6.1.4. Les propositions du CNP pour les enfants et adolescents

Compte tenu des éléments qui précèdent, le CNPea propose de développer son offre en soins de la manière suivante:

¹³ « Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study », Hofstra M. et al., in Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000

¹⁴ Rapport sur la santé dans le monde, OMS, 2004

¹⁵ Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

Le CNP développe un mode de collaboration pour la prise en charge des enfants et des adolescents suivis par des partenaires socio-éducatifs et des écoles spéciales et nécessitant des soins psychiatriques.

Les relations du CNPea avec les institutions spécialisées et les écoles spécialisées ont été longtemps caractérisées par l'exclusivité de prestations offertes par le CNPea. Ces relations et le profil d'intervention doivent être revus, voire pondérés différemment en proposant un éventail de prestations existantes comme l'évaluation, la prise en charge individuelle et en développant ou en affinant de nouvelles prestations telles que les équipes mobiles en cas de crise ou le soutien aux équipes.

Le mode de collaboration visé est celui de la conclusion de conventions avec les partenaires formulant les prestations à fournir par le CNP, leur volume et leur rémunération.

Le CNP développe un mode de collaboration de type « hôpital de jour » pour les enfants de 6 à 12 ans nécessitant des soins psychiatriques, en collaboration avec l'un des prestataires socio-éducatifs avec lequel existe un partenariat.

Au moment de la scolarisation, l'enfant entre dans une phase de vie durant laquelle on commence à exiger de lui des performances sociales et cognitives spécifiques; ceci risque de mettre plus clairement en évidence ses fragilités. En même temps, la réussite du parcours scolaire est un aspect important dans le développement d'un enfant car un retard ne peut pas toujours être rattrapé par la suite.

L'« hôpital de jour » pour les 6-12 ans, dont le CNP préconise la création, est à la fois un centre pédopsychothérapeutique et une école du Service de l'enseignement spécialisé. Il assure la prise en charge globale (éducative, scolaire et thérapeutique), de jour, à temps complet ou partiel, pour une douzaine d'enfants âgés de 6 à 12 ans au moment de leur admission, dont les troubles rendent la scolarisation habituelle impossible. Pédopsychiatres, infirmiers spécialisés, éducateurs, psychologues, orthophonistes, assistants sociaux et enseignants du Service de l'enseignement spécialisé définissent ensemble un programme adapté aux difficultés de l'enfant et offrent un soutien intensif aux parents (la participation de la famille et du réseau externe fait partie du concept de prise en charge). L'objectif est leur réintégration dans le circuit scolaire ordinaire ou leur orientation vers un établissement d'enseignement spécialisé. Le séjour moyen prévu est de 12 mois.

Le dispositif est intégré physiquement dans une institution ou école spécialisée ; il est codirigé par le CNPea et ladite école ou institution. Les concepts éducatif, pédagogique et thérapeutique sont élaborés en concertation.

Le CNP développe un mode de collaboration, avec HNE, pour la prise en charge hospitalière des enfants et adolescents de 0 à 16 ans présentant des troubles psychiatriques prépondérants.

Actuellement, le CNPea collabore avec HNE dans le cadre d'une activité de liaison pour les patients hospitalisés en pédiatrie ou à la maternité. La création de plusieurs lits mixtes pédiatriques / pédopsychiatriques est en cours afin de répondre à des combinaisons complexes de symptômes et de comportements chez les enfants et adolescents.

Le CNP développe et exploite un centre psychothérapeutique de jour destiné aux adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiatriques. Une équipe pluridisciplinaire intervient dans cet espace protégé où l'adolescent et sa famille bénéficient de traitements psychothérapeutiques.

Le centre thérapeutique de jour pour adolescents de 12 à 18 ans présentant des troubles psychiatriques est un lieu qui permet une prise en charge globale, par une équipe pluridisciplinaire. Le but est de pouvoir intégrer les composantes pédopsychiatriques, psychologiques, éducatives, scolaires, familiales et sociales de manière individualisées dans la prise en charge. Le jeune peut bénéficier du traitement individuel pédopsychiatrique et

psychothérapeutique, avec des classes à petits effectifs et d'une offre scolaire spécialisée individualisée, et des activités thérapeutiques de groupe. La prise en charge des familles et la participation du réseau professionnel externe fait partie de ce concept. La durée de séjour est de quelques semaines à quelques mois.

Le CNP gère des équipes mobiles intégrées à ses équipes ambulatoires : intervenant dans la communauté et auprès des institutions et des écoles spécialisées.

Parmi les mineurs qui présentent des troubles psychiatriques, il est avéré que seule une minorité a accès aux soins et que cette minorité ne représente pas nécessairement les cas les plus complexes. L'intervention dans le milieu constitue une réponse adaptée à cette problématique. De plus, le traitement ambulatoire offert dans le milieu de vie habituel est bien accepté par les patients et leur entourage, voire même préféré dans certaines situations. L'intervention dans le milieu apporte de nombreux avantages (continuité des soins et du lieu de vie, implication au quotidien des proches, aide à l'insertion sociale, intervention moins stigmatisante, etc.). Le niveau peu élevé du recours à des équipes mobiles constitue une des lacunes notables de notre système de santé.

L'équipe mobile fournit prioritairement ses prestations aux jeunes de 12 à 18 ans, qui présentent des troubles psychiatriques sévères et qui refusent les soins ou échappent au suivi ambulatoire classique qui leur est proposé. L'équipe peut également intervenir comme soutien auprès des jeunes patients pour faciliter le retour dans leur milieu de vie après une hospitalisation (hospitalisation complète ou à temps partiel). Elle propose, pour certaines situations, des évaluations et un suivi psychiatrique dans le lieu de vie, en collaboration avec les familles.

Cette prestation est complémentaire aux appuis proposés par NOMAD, la Croix-Rouge et l'AEMO.

Le CNP propose de conduire une réflexion supra-cantonale en matière de prise en charge hospitalière de soins aigus psychiatriques pour les patients de 12 à 18 ans de l'Arc jurassien.

Le canton du Jura et le Jura bernois ne disposent actuellement sur leur territoire que d'un seul lieu spécifique de prise en charge hospitalière pédopsychiatrique, à savoir l'UHPA de Moutier. Cette unité propose sept places d'hospitalisation à temps complet. Elle n'offre pas d'admissions en urgence. Dans certains cas les patients jurassiens et du Jura bernois doivent ainsi être admis soit à Bellelay (qui ne dispose pas d'unité pédopsychiatrique spécifique) ou, pour le Jura bernois, à Berne, ce qui implique l'éventualité que le patient francophone se retrouve dans un environnement germanophone. Une collaboration s'est déjà instaurée entre le Jura, le Jura bernois et le CNP, qui accueille régulièrement des patients des cantons avoisinants. Les modalités de cette collaboration doivent être systématisées, approfondies et potentiellement développées.

Le CNP développe un mode de collaboration avec HNe permettant la détection et la prise en charge des pathologies à basse prévalence.

La prise en charge des pathologies à basse prévalence (absorption de substances diverses, anorexie, etc.) est souvent complexe, nécessitant plusieurs intervenants sur les plans somatique et psychiatrique. Par ailleurs, le risque est que ces pathologies se chronicisent et nécessitent la mise en œuvre d'une prise en charge souvent prolongée, par une équipe pluridisciplinaire spécialisée. Aussi, pour ce type de pathologies, l'objectif est d'atteindre une réduction de la fréquence et de la durée des hospitalisations en milieu psychiatrique et somatique, une diminution des épisodes de rechute grave et un contrôle accru des complications somatiques.

Le CNPea propose la création d'une structure interinstitutionnelle et pluridisciplinaire en lien direct avec les soins somatiques permettant la planification et la standardisation de la prise en charge ambulatoire pluridisciplinaire,

somatique et psychiatrique ; le but est la réduction du nombre d'hospitalisations, la diminution de la fréquence des réhospitalisations, de la durée moyenne des séjours ainsi que celle des hospitalisations en urgence.

Le CNP propose et développe des prestations de pédopsychiatrie forensique.

Force est de constater que la justice a de plus en plus fréquemment recours à des spécialistes de l'enfance et de l'adolescence. Dans le domaine de la pédopsychiatrie, cette activité d'expertises et de traitements s'est spécialisée et professionnalisée sous forme d'une formation approfondie en psychiatrie et pédopsychiatrie forensique pour enfants et adolescents. Jusqu'à aujourd'hui, ces prestations étaient le plus souvent intégrées dans le fonctionnement des services de pédopsychiatrie en Suisse. Aujourd'hui, une séparation au moins partielle de ces activités est vue comme nécessaire afin de garantir l'indépendance des experts et d'améliorer la qualité des prestations fournies grâce à la spécialisation de certains intervenants.

6.1.5. Situation finale souhaitée pour les enfants et adolescents

Sur le plan structurel, les prestations sont organisées par tranche d'âge et par intensité de prise en charge, de manière à offrir un large éventail de prestations adaptées aux problématiques des diverses catégories d'âge.

Filière pour les 0–6 ans

- Prise en charge hospitalière, en collaboration avec HNE, en service de pédiatrie et maternité ;
- Prise en charge ambulatoire : sectorisée Littoral (Centre de psychiatrie communautaire du Littoral) et Montagnes (La Chaux-de-Fonds), comprenant des antennes dans le canton ;
- Equipe mobile intégrée dans les équipes ambulatoires : intervenant dans la communauté et auprès des institutions et des écoles spécialisées ;
- Prise en charge conjointe, avec le Département de psychiatrie de l'adulte, d'enfants et de leur mère, présentant des troubles psychiatriques ;
- Consultation mère-bébé conjointe avec HNE (gynécologie, sages-femmes, pédiatrie et Croix-Rouge) pour la prévention de la dépression post-partum.

Filière pour les 6–12 ans

- Prise en charge hospitalière : en collaboration avec HNE, en service de pédiatrie ;
- Prise en charge semi-ambulatoire (hôpital de jour) : en collaboration avec des institutions et/ou écoles spécialisées ;
- Prise en charge ambulatoire : sectorisée Littoral (Centre de psychiatrie communautaire du Littoral) et Montagnes (La Chaux-de-Fonds) comprenant des antennes dans le canton ;
- Equipes mobiles intégrées dans les équipes ambulatoires : intervenant dans la communauté et auprès des institutions et des écoles spécialisées.

Filière pour les 12–18 ans

- Prise en charge hospitalière, à Préfargier ;
- Prise en charge semi-ambulatoire par le Centre psychothérapeutique de jour, de préférence situé en ville ;
- Prise en charge ambulatoire, sectorisée Littoral (Centre de psychiatrie communautaire du Littoral) et Montagnes (La Chaux-de-Fonds) comprenant des antennes dans le canton ;
- Equipes mobiles intégrées dans les équipes ambulatoires, intervenant dans la communauté et auprès des institutions et des écoles spécialisées.

Sur le plan fonctionnel, la prise en charge est dynamique, articulée selon le besoin de l'enfant et de l'adolescent ainsi que de son réseau.

La structure cantonale mise en place permet de répondre dans des délais raisonnables aux besoins psychiatriques de la population. De plus, cette structure permet de fonctionner comme un centre global intégré, qui s'adapte aux besoins du patient. Cela implique un dialogue constant entre les différents intervenants (CNPea et structures partenaires). L'investissement dans la formation / supervision des collaborateurs des partenaires permet de promouvoir ce dialogue.

6.1.6. Impacts financiers des réformes proposées pour les enfants et adolescents

L'impact financier majeur des options préconisées par le CNPea concerne la création d'un « hôpital de jour », idéalement situé en ville. Il s'agit d'une prestation qui n'est pas offerte de cette manière aujourd'hui et qui nécessitera par conséquent la mise en place d'une infrastructure adaptée à la prise en charge d'adolescents dans le cadre d'un concept d'hôpital de jour.

Les démarches à entreprendre impliqueront de trouver un bâtiment (de préférence disposant d'un dégagement extérieur) et d'effectuer des travaux de rénovation des locaux de manière à adapter le bâtiment aux besoins des adolescents qui y seront traités. Cela impliquera en outre, comme toute prise en charge en structure intermédiaire, des coûts logistiques (intendance, restauration, exploitation du bâtiment).

Les prestations fournies par les hôpitaux de jour sont considérées comme des prestations ambulatoires, facturées à l'acte, conformément au prix du point TARMED appliqué. Les investissements consentis et les frais logistiques ne sont donc pas entièrement couverts par le remboursement accordé par les assureurs.

Pour les autres développements d'activité prévus dans le domaine de l'ambulatoire ou de la liaison, le remboursement des prestations couvre globalement le salaire des thérapeutes. Les regroupements des activités prévus par le CNP permettront une synergie des secrétariats et des activités de soutien logistique dans des structures communes, limitant les frais supplémentaires.

6.2. L'offre en soins pour les adultes

Le département intitulé CNPad (département de psychiatrie de l'adulte) prend en charge les personnes souffrant de pathologies psychiatriques dès l'âge de 18 ans et en principe jusqu'à l'âge AVS. Dans le cadre de cette mission, le département accueille des patients pour des séjours hospitaliers et offre des prestations en hôpital de jour et des consultations ambulatoires. Il possède également une équipe mobile spécialisée qui intervient hors des murs du CNP. Ces prestations sont complétées par plusieurs unités offrant des places d'hébergement, des activités structurées dans plusieurs ateliers ainsi qu'un petit nombre de places en appartements thérapeutiques dans un secteur dit « secteur accueil et intégration psychosociale » (secteur AIP).

6.2.1. Exposé de l'offre actuelle pour les adultes

L'offre actuelle se fonde sur une palette diversifiée d'approches de techniques (psychodynamiques, TCC, systémique, approches corporelles) dans l'ensemble des contextes de traitement. Ancrée dans une collaboration avec le réseau, elle est déployée au travers d'une pratique pluridisciplinaire, individuelle ou de groupe, selon un modèle bio-psycho-social. Elle comprend l'évaluation psychologique et le diagnostic médical, la prescription et le suivi de traitement ainsi que la collaboration avec les autres intervenants du réseau.

Consultations ambulatoires (emplacements : Littoral et Montagnes + antennes au Locle et Val-de-Travers) : les prestations sont offertes par secteurs géographiques afin de favoriser l'accessibilité et le travail avec les partenaires. L'ensemble des prestations, individuelles et de groupe, y est proposé. L'action de la consultation s'inscrit dans le milieu de vie de la personne, y compris en matière de soutien au réseau primaire et de collaboration avec le réseau socio-professionnel.

Hôpitaux de Jour (emplacements : Littoral sur site de Préfargier et Montagnes sur site de HNE au Locle) : les prestations sont offertes par secteurs géographiques afin de favoriser l'accessibilité et le travail avec les partenaires. Ce dispositif propose des soins individualisés et modulables pour des personnes présentant des troubles psychiatriques rendant nécessaires un traitement médical intensif et un suivi proche et régulier, mais dont l'état clinique ne justifie pas ou plus un séjour en hospitalisation complète. L'hôpital de jour propose deux programmes thérapeutiques, l'un centré sur la gestion de la crise et l'autre sur la réhabilitation. L'accent porte sur le réapprentissage des gestes quotidiens, la structuration de la journée, l'ergothérapie et les activités en groupe.

Unités hospitalières de soins aigus (emplacement : site de Préfargier) : les unités du CNPad accueillent des personnes souffrant de troubles psychiatriques nécessitant des soins visant prioritairement le soulagement d'une souffrance existentielle et/ou relationnelle, dont la prise en charge s'avère difficile ou impossible dans la communauté. Elles sollicitent et encouragent le plus possible l'alliance thérapeutique nécessaire au développement et à l'entretien d'une relation de confiance, essentielle aux soins et aux traitements.

Les unités sont organisées par regroupements de pathologies, de besoins cliniques et d'intensité de prise en charge. Elles sont au nombre de cinq :

- 1 unité admission / crise (UHAC – ARCADIA)(16 lits) ;
- 4 unités d'hospitalisation élective (programmée) :
 - unité de traitement des troubles affectifs et anxieux (UHTA - GAIA) (18 lits) ;
 - unité de traitement du trouble borderline de la personnalité (UHTB - ATHENA) (15 lits) ;
 - unité de traitement des troubles psychotiques (UHTP - HESTIA) (20 lits) ;
 - unité d'étude et de traitement des addictions et double diagnostic (UHDD - HEMERA) (16 lits).

Dispositif de psychiatrie mobile (emplacements : Littoral et Montagnes) : ces équipes sont encore peu développées dans le département de psychiatrie de l'adulte. Son activité a lieu dans le lieu de vie de la personne ou dans les espaces communautaires qu'elle investit. La prestation est actuellement limitée aux situations de crise.

Centre d'urgences psychiatriques (CUP) (emplacements : CUP Littoral (24 heures / 24 et 7 jours / 7) et CUP Montagnes (8h-18h jours ouvrables, en dehors des heures et jours ouvrables, les patients sont pris en charge au CUP Littoral) : ouvert en juin 2012, le CUP est situé physiquement au sein du département des urgences de HNE, avec lequel il collabore étroitement pour une prise charge globale et optimale des patients nécessitant des soins psychiatriques en urgence. Le CUP collabore étroitement avec le Groupement des Psychiatres Neuchâtois (GPN) dont les membres (psychiatres en pratique privée) effectuent des gardes les jours de week-end ainsi que les jours fériés. De par son accessibilité et sa disponibilité permanente, il représente une porte d'entrée destigmatisée et facilitée aux soins psychiatriques.

Prestations : entretiens médico-infirmiers, évaluations psychiatriques urgentes, établissement de diagnostics et propositions de suivis, collaboration active avec le secteur hospitalier et ambulatoire, prise en charge de crise (quelques semaines), suivis psychothérapeutiques individuels, travail individuel et systémique (familles et proches), prise en charge conjointe avec le département des urgences de HNE des situations cliniques d'agitation, conseils aux médecins somaticiens des urgences concernant des aspects psychiatriques.

Psychiatrie de liaison (emplacement : tous les sites de HNE) : la psychiatrie de liaison est une sous-spécialité de la psychiatrie prenant en charge les patients souffrant de troubles psychiques en milieu somatique. Cette activité comporte deux aspects, celui de la consultation et celui de la liaison.

- *Aspect consultation* : sur demande des somaticiens, il est procédé à une évaluation des patients hospitalisés au sein de HNE présentant des symptômes psychiatriques. Un diagnostic est ensuite établi et des recommandations et conseils concernant la prise en charge du patient sont proposés.
- *Aspect liaison* : confiée aux psychiatres et infirmiers travaillant en milieu somatique, cette tâche concerne l'enseignement, le soutien et la supervision du personnel médical et paramédical somatique ayant en charge des patients avec des maladies psychiatriques. La psychiatrie de consultation-liaison est reconnue comme

sous-spécialité par la FMH et la psychiatrie de liaison du CNP a reçu l'accréditation comme établissement de formation spécifique dans cette discipline. L'activité de psychiatrie de liaison est effectuée par la même équipe soignante que celle du CUP, avec l'appui de psychologues exerçant dans des domaines spécifiques de la psychiatrie de liaison (psycho-oncologie, prise en charge des patients obèses, évaluation de patients dans les domaines spécialisés de la médecine interne).

Prestations : évaluation, diagnostic et proposition de prise en charge psychiatrique, conseils personnalisés donnés aux équipes médico-soignantes somatiques concernant leurs patients, travail pluridisciplinaire avec les différentes spécialités (neurologie, rhumatologie, chirurgie, infectiologie, pneumologie), cours et formations dispensés aux médecins dans le cadre de colloques de formation post-graduée et continue, participation à de multiples projets institutionnels CNP et HNE, travail de liaison avec les médecins installés en pratique privée.

Psychiatrie légale : les prestations spécialisées et spécifiques qu'assure la médecine légale ou forensique recouvrent les champs de :

- l'expertise psychiatrique dans le domaine pénal (art. 58-65 CPS), civil (PLAFA), des assurances sociales (AI) et des assurances maladies et autres domaines asséculo-logiques ;
- l'exécution de mesures thérapeutiques ordonnées selon les art. 56-63 du CPS et 14-15 du Droit pénal des mineurs ;
- la médecine destinée aux détenus dans les établissements pénitentiaires ou carcéraux ;
- la liaison avec les autres services impliqués dans les procédures judiciaires, comme le laboratoire forensique, les centres LAVI, la police, les institutions d'éducation spécialisée et les cellules d'intervention en cas de catastrophe.

A ce jour, le CNP intervient à trois niveaux :

- expertises à la demande des institutions de justice (expertises droit civil et pénal) et des assurances.
Emplacement : Bureau d'expertises (site de Préfargier) ;
- activité thérapeutique auprès des personnes détenues et/ou au bénéfice de mesures ambulatoires (personnes avec une obligation ambulatoire de soins au sens de l'article 63 CPS) ;
Emplacements : Etablissements pénitentiaires de La Promenade (La Chaux-de-Fonds) et de Bellevue (Gorgier) / tous les sites ambulatoires du CNPad ;
- accueil dans les unités d'hébergement de personnes soumises à l'article 59 CPS ;
Emplacement : Foyer du Pernod sur site de Perreux.

Secteur d'accueil et d'intégration psychosociale (AIP) du CNPad : il s'agit d'un dispositif résidentiel (87 places) et occupationnel (env. 60 places) destiné à la réadaptation de personnes présentant des troubles psychiatriques, dans le but de restaurer des liens sociaux et de soutenir le processus d'autonomisation des résidents et des usagers.

Le secteur AIP du CNPad a pour missions de :

- accueillir des personnes afin de permettre la poursuite du projet thérapeutique mis en œuvre durant le séjour hospitalier et d'assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- évaluer les compétences sociales, relationnelles, professionnelles et le potentiel pour une réadaptation psychosociale des patients ;
- favoriser la réinsertion sociale et l'autonomie du patient.

Les résidents du secteur AIP du CNP présentent trois profils distincts :

- une population d'adultes présentant d'importants déficits d'autonomie en lien avec des troubles psychiques graves et persistants qui se traduisent par un besoin d'accompagnement permanent et qui nécessitent un encadrement spécialisé de type médico-socio-éducatif ;

- des personnes vivant avec un handicap mental sévère à grave, présentant des troubles importants du comportement ;
- des personnes condamnées à un traitement institutionnel ordonné par une autorité judiciaire selon l'article 59. du Code pénal ; soit des personnes souffrant d'un « grave trouble mental » et qui ont commis des délits en relation avec leurs troubles. En été 2011, huit résidents étaient placés dans les foyers du CNP suite à une décision de justice.

Foyers : les foyers se trouvent sur les sites de Préfargier (Unités H2 et G2) et de Perreux (bâtiments Acacias et Pernod). La population hébergée est constituée de patients adultes présentant des troubles psychotiques et/ou sévères de la personnalité. Les unités d'hébergement assurent actuellement également l'accueil de certains patients sous contrainte (PLAFA, certains patients sous art. 59 CPS).

L'inscription sur la liste LAMal en tant qu'établissement médico-social permet de financer les prestations de soins. Les frais de pension sont facturés aux résidents. Les recettes de facturation ne couvrent pas totalement les dépenses.

Dans les foyers, plus de 60% des adultes hébergés sont admis suite à une hospitalisation ou un traitement ambulatoire au CNP alors que la grande majorité des résidents souffrant de handicap mental proviennent d'autres institutions. L'âge moyen est de 46 ans alors que l'âge moyen à l'admission est de 39 ans. Les séjours dans les foyers sont généralement longs ; plus de 50% des personnes y résident depuis plus de 5 ans.

40% des résidents présentent un diagnostic principal de type schizophrénie. Toutes les personnes hébergées dans les foyers du CNP ont besoin de soins. Les cas d'hospitalisations en psychiatrie durant le séjour en foyer sont relativement fréquents. De plus, les évaluations PLAISIR dans les unités spécialisées qui hébergent des personnes présentant un handicap mental donnent des scores particulièrement élevés. Les besoins en soins infirmiers, soins de base et accompagnement de ces personnes sont donc très importants.

Appartements : le CNP dispose de deux appartements thérapeutiques situés sur le site de Préfargier ; cinq personnes résident dans des appartements situés en ville. L'équipe d'appui social ambulatoire (ASA), qui est intégrée au CNPad, est au service des personnes qui vivent dans ces appartements et qui ont pour la plupart séjourné antérieurement dans les unités d'hébergement du CNP.

Ateliers : plusieurs ateliers d'occupation et de production sont mis à la disposition des résidents du CNP, des occupants des appartements protégés et de certains patients vivant à l'extérieur des sites de Préfargier et de Perreux. La plupart des résidents des foyers du CNP les fréquentent.

Les 24 places d'atelier offertes sur le site de Perreux sont exclusivement occupées par les résidents des foyers. Les 37 places du site de Préfargier sont utilisées par 35 résidents des foyers du CNP et 38 bénéficiaires externes. S'agissant de ces derniers, 35 d'entre eux vivent dans leur propre appartement et 6 bénéficient d'un appui social ambulatoire (ASA) organisé par le CNP.

6.2.2. Evaluation de l'offre actuelle pour les adultes

Virage ambulatoire, évolution des prises en charge psychiatriques et accompagnement des transitions au sein des dispositifs de soins

La réduction du nombre de lits opérée en 2010 dans le département (de 174 à 85 places), associée à une évolution des soins psychiatriques visant des prises en charge hospitalières plus intensives, mieux ciblées et plus spécialisées, a eu pour effet une diminution marquée des durées d'hospitalisation. Le corollaire de ces hospitalisations plus brèves est une augmentation des besoins d'accueil et d'accompagnement lors des sorties de l'hôpital, ainsi qu'un report accru du suivi sur les soins ambulatoires et sur la communauté.

L'offre thérapeutique reste polarisée entre un pôle hospitalier et un pôle ambulatoire, ce dernier offrant encore principalement des prestations sur un modèle classique de psychothérapie individuelle. Si l'ouverture des hôpitaux de jour et du CUP a représenté un pas très important en termes d'offre d'alternatives à l'hospitalisation,

les prestations de soins communautaires restent globalement insuffisantes ; de plus, la répartition des missions avec les soins à domicile (NOMAD, services de soins infirmiers spécialisés indépendants) mérite clarification en termes de niveaux d'intervention définis en fonction de la complexité clinique des situations et de la durée des suivis.

En matière d'appui dans la communauté, il faut noter que les moyens à disposition n'ont pas suffisamment augmenté et n'ont pas fait l'objet d'un soutien politique explicite et concret. Par ailleurs, la mise en place de dispositifs permettant d'accompagner les différentes transitions et d'assurer un suivi entre les divers lieux de soins reste insuffisante à ce jour.

La continuité des soins entre les secteurs hospitalier et ambulatoire demeure un défi constant dans la pratique clinique. La continuité relationnelle doit être mieux garantie et les modalités de prise en charge améliorées. Cette continuité est particulièrement cruciale, car le passage entre les divers services du CNP est une phase à haut risque de rupture. La première semaine qui suit la sortie de l'hôpital reste une période de stress important, lors de laquelle le risque suicidaire est multiplié par plus de 100 tous troubles confondus et par 2'000 pour des femmes souffrant d'un trouble de l'humeur. Sans mesures particulières d'accompagnement, les études montrent qu'environ 50% des patients ne se rendent pas au premier rendez-vous après une hospitalisation. Une telle absence de connexion avec les soins ambulatoires double les risques de réhospitalisation dans la même année¹⁶.

Accompagnement social, hébergement et appui à l'intégration

L'évolution de la maladie, en particulier chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères et persistants, est étroitement liée à la mise à disposition de ressources d'accueil et d'accompagnement social. Celles-ci existent en nombre insuffisant dans le canton. La coordination entre les structures existantes et le CNP doit être renforcée.

De manière générale, le réseau neuchâtois des structures intermédiaires et d'hébergement psychiatriques propose peu de places et d'alternatives à l'hospitalisation. De ce fait, le secteur hospitalier aigu est souvent sollicité pour accueillir ou garder des personnes qui devraient être placées dans d'autres établissements.

Il faut noter que seul le Foyer du Parc situé à Couvet héberge des personnes présentant des pathologies psychiatriques comparables à celles dont souffrent certains résidents des foyers du CNP. La particularité des populations prises en charge s'observe dans la prédominance de troubles psychiques qui exigent des compétences soignantes et thérapeutiques alors que les difficultés sociales sont prééminentes dans les autres institutions pour adultes et mineurs du canton. A l'heure actuelle, le secteur aigu du CNPad peine à transférer ses patients vers des lieux d'hébergement de courte, moyenne ou longue durée au sortir des séjours hospitaliers.

En matière d'hébergement et de dispositifs d'appui psychosocial, y compris dans le domaine occupationnel, le CNP, dans le cadre de son secteur AIP actuel, est certes en mesure de mettre en œuvre une approche spécifique, enrichie par les compétences médicales à disposition et capable de fournir des soins spécifiques aux résidents, grâce à un niveau élevé de formation des équipes thérapeutiques. Cependant, les personnes prises en charge par le secteur AIP sont perçues comme des usagers de la psychiatrie ; de plus, la localisation sur site hospitalier des foyers et ateliers entraîne une certaine stigmatisation des résidents des foyers. Le mode de prise en charge reste caractérisé par une primauté de la composante médicale de la prise en charge et est insuffisamment tourné vers la réinsertion.

Enfin, les résidents qui présentent des déficiences intellectuelles n'ont pas a priori leur place dans le milieu psychiatrique lorsque les comorbidités psychiatriques sont stabilisées. Le canton dispose d'institutions et de services spécialisés pour les personnes souffrant de handicap mental. Seules des personnes présentant des profils complexes et des troubles du comportement marqués sont encore hébergés au CNP, ceci en partie pour des raisons historiques.

¹⁶ « Critical Time Intervention » à la sortie de l'hôpital psychiatrique », Dixon L. R. et al., Canadian Journal of Psychiatry, 2005

Le transfert de certaines activités à des partenaires, ainsi que la constitution d'un réseau aussi intégré et performant que possible, nécessitent de repenser les conditions dans lesquelles les partenaires qui le composent évoluent. S'agissant du réseau de prise en charge des personnes présentant un handicap psychique ou mental, force est de constater que le paysage législatif dans lequel évoluent les institutions n'est pas uniforme. Les foyers du CNP sont reconnus comme institutions de santé et, à ce titre, relèvent de la loi de santé et de son règlement portant sur les autorisations d'exploiter (RASI) ainsi que de la LFinEMS pour les questions de financement. Les autres institutions pour adultes et mineurs dépendent d'autres dispositifs législatifs et réglementaires et relèvent d'autres départements et services. La constitution d'un réseau nécessite par conséquent un pilotage de la part de l'Etat et une collaboration structurée entre services.

Soins aux personnes incarcérées et aux personnes au bénéfice de mesures judiciaires

Le dispositif de soins pour les personnes incarcérées est insuffisant et peu capable de garantir les principes d'indépendance, d'égalité (même accès aux soins que pour les personnes non incarcérées) et de confidentialité.

Par ailleurs, dans notre canton, les personnes condamnées à un traitement institutionnel ordonné par une autorité civile ou judiciaire sont aujourd'hui pour la majorité placées dans les foyers du CNP, quand bien même la raison de l'internement de ces personnes ne relève pas d'une nécessité médicale stricto sensu. Leur prise en charge devra sans doute se poursuivre dans le cadre du CNP et être repensée pour correspondre mieux aux besoins de cette population à petit effectif mais nécessitant un suivi particulier.

6.2.3. Les besoins futurs en prestations pour les adultes

La demande globale en soins psychiatriques est en augmentation.

Pour pouvoir répondre à cette demande de manière appropriée, l'articulation avec les soins primaires et l'appui aux professionnels de ce champ doivent être renforcés, en particulier par le biais d'équipes mobiles, pour permettre la mise à disposition par le CNPad de prestations spécialisées pour les situations les plus complexes. Pour ces cas, une consolidation de l'action pluridisciplinaire devra intervenir. La complémentarité avec les psychiatres installés est également appelée à être formalisée et développée. La mise à disposition d'appui psychiatrique dans le cadre de cabinets de groupe est, de plus, à prévoir.

Pour permettre une action efficiente face à la complexité accrue des cas traités, il s'agit de mettre en place des filières hospitalo-ambulatories sous la responsabilité d'un médecin cadre et d'établir des protocoles de soins pour les pathologies les plus courantes.

Les secteurs de l'hébergement et des ateliers doivent, dans toute la mesure du possible, se situer hors sites hospitaliers et faire partie d'un réseau structuré avec les partenaires du CNP.

Des personnes souffrant de troubles sévères et persistants continueront à nécessiter un suivi à long terme, mais l'action du CNP devra évoluer vers la mise en œuvre de programmes de réhabilitation, ainsi que vers un redimensionnement et une externalisation partielle des prestations actuelles de son secteur AIP.

Il s'agira ainsi de mettre en place et de structurer une filière de psycho-réhabilitation pour la prise en charge des adultes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants ; le rôle et le fonctionnement des foyers d'hébergement devront être repensés et intégrés à cette filière.

Par ailleurs, les résidents souffrant principalement de déficience intellectuelle devront être intégrés dans une structure gérée par un partenaire actif dans ce domaine ; il faudra également fournir à ce partenaire un soutien médical et infirmier spécialisé.

D'autres types de partenariat en matière de pathologies du champ de la santé mentale relevant également d'autres intervenants (par exemple addictions, troubles alimentaires) devront être formalisés.

Les besoins en psychiatrie légale sont aigus et évidents ; les dispositifs actuels de prise en charge des détenus et des personnes astreintes à un traitement institutionnel doivent être repensés et professionnalisés.

Le CNP est appelé à créer une filière de psychiatrie légale qui intègre les lieux d'accueil et de traitement des personnes condamnées à un traitement institutionnel. Cette filière devra également être responsable des soins aux personnes en détention et des traitements ambulatoires contraints au sens de l'art. 63 CPS. Il s'agit pour le CNP d'être mandaté comme organisateur et expert chargé de la structuration de la filière et de son articulation avec les services concernés.

A l'instar de la psychiatrie pénitentiaire, l'activité de psychiatrie forensique / expertale doit également faire l'objet d'un pôle de spécialisation.

Les besoins en formation des personnels du CNP et de leurs partenaires du champ médico-social vont augmenter.

Afin d'atteindre l'objectif d'une prise en charge accrue de patients présentant des troubles psychiques par les intervenants du champ des soins primaires (médecins généralistes, soins à domicile) dans de bonnes conditions, le CNP devra accroître la palette et l'intensité des actions de formation proposés à leur intention. Il s'agira en particulier d'augmenter les compétences d'intervenants non-spécialistes en matière d'identification de situations nécessitant un aiguillage vers la psychiatrie ainsi que de mettre à jour les connaissances nécessaires pour instaurer, suivre et évaluer les traitements appropriés pour une gamme de troubles mentaux dont la prévalence est élevée. Il faudra également mettre en œuvre, au niveau régional, un cursus de formation continue pour les médecins de famille.

De plus, des formations conduites en commun menant à l'utilisation conjointe de protocoles de soins entre personnel du CNP et intervenants externes devront être mises en place.

Enfin, des actions de formation ciblées concernant de nouvelles approches ou de nouveaux types d'intervention devront être conçus pour les professionnels du champ de la santé mentale.

La collaboration avec les groupements d'usagers et de proches est appelée à se renforcer.

Le modèle du rétablissement ainsi que l'orientation communautaire des prestations du CNP impliquent une offre plus large d'appui aux associations de proches et d'usagers ainsi qu'une collaboration accrue avec les groupes d'entraide et de défense des droits des patients, dans un esprit d'échange et d'enrichissement mutuel des pratiques.

6.2.4. Les propositions du CNP pour les adultes

En termes d'impulsions concrètes, compte tenu de ce qui précède, le CNP propose de structurer son offre de soins de la manière suivante :

Le CNP crée des services ambulatoires sectorisés de soins psychiatriques intégrés, qui réunissent des consultations ambulatoires, un hôpital de jour et des équipes mobiles de soins communautaires.

Une psychiatrie intégrée : la collaboration pluridisciplinaire, la polyvalence et la mobilité des équipes représentent des défis majeurs de la psychiatrie moderne. Dans ce contexte, l'intégration de plusieurs équipes et prestations sous un même toit représente une réponse adaptée. Organisés par secteurs dont ils sont le centre névralgique, ces services intégrés s'adressent à des personnes souffrant de troubles psychiatriques, certaines ayant un haut degré d'autonomie alors que d'autres ont des capacités de gestion indépendante de leur quotidien beaucoup plus limitées. Ils comprennent un hôpital de jour, une consultation ambulatoire et des équipes mobiles de soins communautaires, et représentent par ailleurs une porte d'entrée pour l'accueil et l'orientation des nouveaux cas. Le regroupement des activités de consultation, d'hôpital de jour et de soins communautaires permet de gérer aussi bien les situations au long cours, en assurant la continuité des soins, que les situations de crise, et le patient peut dès lors bénéficier des diverses prestations en fonction de l'intensité des soins dont il a besoin.

Une psychiatrie orientée vers la communauté : l'activité communautaire – collaboration avec la médecine de premier recours, avec les institutions d'accueil et d'hébergement, avec les soins communautaires, etc. – est déployée depuis ces services intégrés. Inscrite dans une complémentarité des pratiques infirmières avec l'action de NOMAD, l'offre du CNPad est complétée dans la logique des filières de soins intégrés. Ainsi, des prestations de soins psychiatriques dans la communauté sont renforcées et des compétences spécifiques visant à favoriser la réhabilitation et le maintien des patients dans leur lieu de vie sont mises à disposition. Les objectifs de soins consistent à améliorer l'accès aux soins psychiatriques, à favoriser le lien thérapeutique et à développer la continuité des soins ainsi que l'engagement du patient dans l'offre individualisée qui lui sera proposée.

Dans ce contexte de soins psychiatriques orientés vers la communauté, les services ambulatoires sectorisés du CNPad sont appelés à développer leurs activités selon trois axes :

- **Le case management :** intervenant dans une prise de contact précoce et dans une période critique pour le patient, l'équipe soignante pluridisciplinaire cible un nombre limité de prises en charge, dans des situations de première décompensation psychotique et dans une orientation de réhabilitation communautaire. Déployant son activité en coordination avec les partenaires du réseau, et notamment les services de soins à domicile, elle met à disposition des traitements spécifiques et des thérapies orientées vers le modèle du rétablissement qui vise à permettre aux patients d'acquiescer la capacité de vivre une vie accomplie dans la société. Ces soins ont ainsi pour objectif de favoriser le maintien des connexions sociales et le soutien à l'emploi.
- **Le suivi intensif dans la communauté :** venant compléter les prestations de soins, les équipes mobiles interviennent dans les situations de crise et sur une durée limitée. Coordinées avec les intervenants des soins à domicile, ces activités de soins offerts de manière intensive et dans le milieu des patients offrent une alternative à l'hospitalisation.
- **Le programme psycho-éducatif pour le soutien des familles :** ayant fait ses preuves dans le traitement de la maladie psychique, un programme psycho-éducatif et un accompagnement sont proposés à l'entourage des patients souffrant de pathologies du spectre psychotique. Souvent démunies face à la symptomatologie des patients, les familles et les proches peuvent ainsi acquiescer des outils contribuant à la stabilisation des symptômes et participant à l'amélioration de leur qualité de vie et de celle des patients.

Le CNP développe des interventions conjointes avec les médecins de premier recours selon un modèle de soins collaboratifs (cabinets de groupe).

En Suisse comme dans la plupart des pays développés, les médecins de famille fournissent la majorité des soins de santé mentale. Les équipes de soins primaires sont dès lors bien placées pour offrir une gamme de prestations complémentaires à ceux offerts par les services de santé mentale, de la part desquels elles ne reçoivent souvent qu'une aide limitée. Elles travaillent en effet auprès d'une population sur de longues durées et suivent souvent plusieurs membres d'une même famille. Elles ont ainsi une compréhension longitudinale des problèmes et des besoins des patients, ainsi qu'une connaissance des facteurs sociaux et environnementaux, passés et présents, pouvant influencer sur leur bien-être. Par ailleurs, le milieu des soins primaires constitue en règle générale (et idéale) la porte d'entrée dans le réseau pour la personne faisant face à un problème de santé mentale, un lieu où les problèmes peuvent être détectés et un traitement entrepris précocement et où, souvent aussi, les soins se poursuivent après une prise en soins par un service de santé mentale. Soumise aux contraintes liées à la brièveté des rendez-vous et à la priorité accordée aux symptômes physiques, l'identification des problèmes de santé mentale dans le contexte des soins primaires peut toutefois s'avérer difficile ; les possibilités d'action dont disposent les médecins de famille dépendent également de leur accès à un soutien spécialisé ainsi que de leur connaissance des possibilités de traitement.

L'essor actuel des cabinets de groupe représente une opportunité en matière d'action en appui à plusieurs intervenants. Le CNPad propose ainsi la mise en place de consultations conjointes et d'interventions de crise dans certains des cabinets de groupe du canton, particulièrement ceux se trouvant dans des zones dites périphériques. Il s'agit de réunir sous un même toit les services de soins primaires et de santé mentale travaillant selon un modèle de soins collaboratifs. La proximité des prestataires permet ainsi de favoriser les liens personnels et l'enrichissement mutuel des expertises, au profit de l'efficacité du système.

Le CNP complète et structure des programmes cliniques centrés sur les filières de soins.

Une filière de soins en psychiatrie peut être définie comme une organisation fonctionnelle résultant de l'observation et/ou la définition des besoins cliniques, sociaux et éducatifs d'un groupe plus ou moins uniforme de patients, en lien avec l'évolution de leur maladie. Concrètement, il s'agit d'abandonner la configuration actuelle du département de psychiatrie adulte, encore subdivisé en une partie ambulatoire et une partie hospitalière, pour définir des regroupements de services et de prestations qui tiennent mieux compte des besoins du patient dans son parcours de soins. Sous la responsabilité de cadres médico-infirmiers, ces filières sont ainsi mieux à même d'assurer la continuité des traitements et peuvent prodiguer des soins spécialisés dans tous les contextes.

Le CNP met en place des modes de collaboration hospitalo-ambulatoire pour des pathologies spécifiques à faible taux d'hospitalisation (troubles alimentaires, handicap mental, etc.).

Les professionnels des soins hospitaliers du CNPad sont confrontés à des situations cliniques peu fréquentes mais d'une haute complexité, à l'instar de celle existant dans la prise en charge de l'anorexie mentale, des troubles envahissants du développement et/ou du handicap mental associés à des troubles du comportement et à une pathologie psychiatrique, des premiers épisodes psychotiques. Pour faire mieux face à ce type de situations, le CNPad propose de créer des programmes spécifiques et de désigner une équipe référente spécialisée, assurant ainsi la continuité des soins hospitalo-ambulateurs ainsi que le soutien aux structures d'accueil. Grâce au regroupement d'activités et de compétences hospitalo-ambulateurs que ce mode de fonctionnement implique, le nombre de patients pris en charge par les professionnels concernés atteint la masse critique nécessaire au développement de prestations pointues et adaptées aux besoins. Reconnu par ses partenaires en tant que référence cantonale dans la prise en charge de ces pathologies, le CNPad met en place des actions de formation pour ses collaborateurs et les membres du réseau.

Le CNP développe un concept de prise en charge des troubles mentaux graves et persistants et structure un pôle de compétences centré sur la réhabilitation. Le corollaire de cette refonte du dispositif est la suppression de l'actuel secteur AIP, l'ouverture de foyers et de studios en milieu urbain, ainsi que le transfert, à terme, des ateliers à des partenaires du domaine.

Le pôle de compétences centré sur la réhabilitation a pour mission d'offrir les services sanitaires et sociaux adaptés aux besoins particuliers de chaque patient, à chaque étape de sa maladie. Concrètement, il s'agit en particulier de :

- favoriser le développement des ressources personnelles dans la communauté chez des patients atteints de troubles mentaux graves (TMG) ;
- diminuer les réhospitalisations itératives (phénomène de « porte tournante ») ;
- rationaliser l'utilisation des moyens investis dans le système de soins psychiatriques.

La réorganisation que cela suppose, s'agissant de la prise en charge de ces adultes souffrant de TMG, poursuit dès lors les objectifs suivants :

- créer et développer une filière complète de psychiatrie communautaire pour la prise en charge des adultes souffrant de troubles mentaux graves ;
- repositionner le rôle et le fonctionnement des foyers d'hébergement dans le cadre de cette filière ;
- négocier l'intégration des résidents souffrant de retard mental à une institution partenaire active dans ce domaine et fournir à ce partenaire un soutien médical et infirmier spécialisé.

Ces objectifs sont par ailleurs complétés par la volonté de créer une nouvelle dynamique en psychiatrie légale et, plus spécifiquement, proposer des solutions pour l'accueil des personnes condamnées à un traitement institutionnel ordonné par une autorité judiciaire selon l'art. 59 du Code pénal.

Un changement du paradigme de la chronicité vers celui du rétablissement est essentiel pour accompagner le développement communautaire de la psychiatrie. Sans connexion avec l'environnement du patient, l'hospitalisation contribue à la guérison des symptômes mais pas au rétablissement, qui peut se définir comme l'ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

Les techniques de réhabilitation doivent dès lors être accompagnées de la mise à disposition de ressources (équipes de soins communautaires, programmes de psycho-éducation et de remédiation cognitive, lieux de vie adaptés et financièrement abordables, soutien aux familles et à l'emploi, etc.) permettant autant la thérapie que le maintien et l'insertion des personnes malades dans la communauté.

Le développement de foyers psychiatriques spécialisés, de logements appropriés – qui englobent tant les appartements thérapeutiques (conçus comme des lieux de vie et d'entraînement thérapeutique et d'adaptation à la vie en société), que les foyers (avec différents niveaux d'encadrement selon les besoins des personnes - de centres de réadaptation au travail en milieu ouvert ou protégé [ateliers] et de services d'accompagnement à la vie sociale [centres de jour et structures associatives et de socialisation]) est primordial. Idéalement, leur gestion devrait être structurellement distincte du reste de l'activité du CNP, afin de diminuer le stigmate social lié à la maladie mentale et afin de favoriser l'intégration sociale et communautaire.

Des programmes d'intégration / soutien au travail et d'intégration à la vie sociale sont à développer. Ils doivent s'inscrire dans la continuité directe du travail effectué en consultation ambulatoire et dans les lieux d'hébergement. Des partenaires existants du domaine socio-éducatif devront être associés à leur mise en œuvre. A cet égard, le CNP intervient dans un rôle thérapeutique, de support des équipes et de coordinateur des soins.

De plus, le CNP gère un nombre limité de places (foyers) pour des personnes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants avec un important déficit d'autonomie associé.

Le CNP cherche des partenaires pour la reprise de ses activités occupationnelles et d'hébergement dans le domaine du handicap mental.

L'OMS définit le retard intellectuel comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence notamment en ce qui concerne les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. On reconnaît aujourd'hui que l'intelligence et le comportement adaptatif ou la maladie mentale sont des notions distinctes. Ainsi, le maintien d'unités spécialisées pour le handicap mental au sein du CNP doit être revu afin d'offrir aux personnes souffrant de handicap mental des prestations mieux adaptées et moins stigmatisantes.

Sur mandat de l'Etat, le CNP crée et gère un Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP).

Les Recommandations du Conseil de l'Europe relatives aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire¹⁷ ainsi que les Directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales quant à l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues¹⁸ mettent l'accent sur la préservation du cadre et de la dignité habituels de la relation médecin-malade, le respect du consentement du patient, du secret médical ainsi que, sur la prévention par l'information, l'éducation à la santé et, la formation professionnelle, etc. Elles soulignent le droit des détenus de bénéficier de soins équivalents à ceux dispensés dans la société en général. La modification du Code pénal suisse (CPS) a incité les autorités du canton de Neuchâtel à revoir les bases légales cantonales relatives à la prise en charge sanitaire dans le domaine carcéral, en particulier de la santé mentale. Pour cela, le canton s'est doté d'une loi et d'un arrêté qui règlent de manière détaillée le cadre de la détention ainsi que les droits et devoirs des personnes détenues. Le canton a souhaité créer un dispositif de santé structurellement distinct et ne dépendant pas du Service pénitentiaire (SPEN). La surreprésentation de détenus présentant des pathologies psychiatriques – maladies mentales au sens classique ou troubles de la personnalité (psychopathologies de carence s'exprimant essentiellement par le passage à l'acte) – dans les établissements pénitentiaires a conduit le SPEN à se rapprocher du CNP pour reprendre ce mandat. Le projet est actuellement en cours de finalisation. Pour le CNP, la mise en place de ce service implique, outre le développement de compétences spécifiques, l'expansion de ses activités dans le domaine médico-judiciaire avec la création d'une filière de soins qui couvre autant les traitements ambulatoires (consultation ambulatoire du département) des personnes en détention que le traitement des personnes placées en institution (art 59 CPS).

Le CNP développe une unité d'expertise psychiatrique reconnue par l'Etat.

Requérant un cadre déontologique et des compétences spécifiques et distinctes de l'activité thérapeutique et soignante, l'activité expertale repose sur les aspects suivants :

- l'expert est au service d'une instance juridique ou asséculo-logique et non du patient.
- Les clauses de confidentialité et de partialité vis-à-vis du patient requises dans l'activité médicale ordinaire ne sont pas appliquées telles quelles.
- Une distinction claire et mutuellement incompatible entre l'activité expertale et l'activité thérapeutique existe quant aux exigences de l'évaluation judiciaire tout comme de l'évaluation asséculo-logique (notamment l'art. 62 du CPS).
- L'activité expertale est une procédure auxiliaire servant aux objectifs d'une procédure principale d'une autre nature et visant une finalité qui n'est pas médicale ou thérapeutique à proprement parler, puisqu'elle est définie par les règles (lois) d'autres secteurs que la médecine.
- L'activité expertale implique un travail approfondi d'investigation, de mises en perspective de divers documents médicaux ou juridiques, un travail d'analyse et de synthèse. L'activité rédactionnelle pour la réalisation rapport destiné au mandant, représente dès lors une part extrêmement importante de l'expertise.

En Suisse, tout psychiatre ayant obtenu son diplôme de spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie est susceptible d'être mandaté en vue d'effectuer une expertise dans les domaines juridiques et asséculo-logiques. Dès lors, l'activité expertale fait donc partie intégrante et obligatoire – un nombre minimal de cinq expertises est requis en vue de l'obtention du diplôme de spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie de l'adulte – de la formation de tout spécialiste en psychiatrie-psychothérapie.

En termes de planification et de gestion, le travail d'expertise doit être conçu sur un mode de fonctionnement autonome, l'activité expertale ne pouvant pas être rattachée à celle d'une filière de psychiatrie légale. Le CNP compte donc créer un dispositif spécifique.

¹⁷ « Recommandation du Comité des ministres aux Etats membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire », 1998

¹⁸ Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), L'exercice de la médecine auprès de personnes détenues, 2002

Afin de garantir une qualité suffisante, toutes les expertises sont réalisées soit par un médecin psychiatre au bénéfice d'un diplôme FMH ou équivalent, soit par un médecin en cursus de formation et un cadre chevronné du CNP qui agit comme coexpert.

6.2.5. Situation finale souhaitée pour les adultes

Le développement de la mobilité des prestations est une exigence de la société envers les dispositifs de santé. Cette mobilité oblige également à repenser la place des soins psychiatriques non pas dans un aller et retour entre psychiatrie et communauté, mais dans une approche de la psychiatrie comme un partenaire intégré dans la communauté.

Les prestations sont sectorisées et organisées par intensité de prise en charge et par besoins cliniques en fonction des pathologies, de manière à offrir un large éventail de prestations individualisées.

- Prise en charge hospitalière (Préfergier).
- Prise en charge semi-ambulatoire : création de Services ambulatoires sectorisés de soins psychiatriques intégrés qui réunissent des consultations ambulatoires, un hôpital de jour et des équipes mobiles de soins communautaires (Littoral et Montagnes).
- Interventions de soutien aux soins primaires : dans des cabinets de groupe répartis dans le canton.
- Maintien de 20 places d'hébergement à proximité de l'hôpital pour des adultes ayant des besoins de prise en charge intensive, pour lesquelles un transfert vers un foyer urbain n'est pas envisageable à court terme.
- Maintien de 8 places d'hébergement pour des adultes au bénéfice de mesures de placement au sens de l'article 59 CPS.
- Création d'une structure d'hébergement dans la cité accueillant 20 adultes souffrant de troubles mentaux sévères et persistants.
- Gestion de 26 places d'appartements thérapeutiques.
- Interventions auprès de personnes détenues (La Promenade, Bellevue) et auprès de personnes au bénéfice de mesures pénales (sites ambulatoires adultes et unité d'accueil article 59 CPS).
- Création d'un Centre d'expertises (Préfergier).
- Réduction progressive de 9 à 3 ateliers, en vue d'un abandon à terme de cette activité, même si la mise à disposition d'activités « hors unités » devra être reconfigurée pour les personnes traitées à moyen terme dans les structures d'hébergement maintenues sur site.

La prise en charge est dynamique, articulée selon les besoins de la personne.

- Le département de psychiatrie de l'adulte est organisé en filières de soins hospitalo-ambulatoires.
- La continuité des soins et l'unité de doctrine est assurée par la création de protocoles et de filières de soins conjointes entre :
 - l'hôpital et l'ambulatoire,
 - la médecine de premier recours et la psychiatrie,
 - le CNP et les partenaires du réseau,
 - le public et le privé.
- Les prestations ambulatoires sont sectorisées et organisées autour d'équipes pluridisciplinaires de soins intégrés.
- La gestion de la demande ainsi que la réponse aux situations de crise se déploient dans les différentes instances du CNPad en fonction de leur degré d'urgence et de la gravité des cas (cabinets de groupe, CUP, consultation ambulatoire, hospitalisation à temps partiel et hospitalisation à temps complet).
- Le CNPad intervient dans les lieux de vie des patients afin de faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Il diminue ainsi le risque de rupture et favorise l'insertion sociale et professionnelle. Les profils des usagers sont examinés avec le service d'aide et de soins à domicile. Les prises en charge sont de courte durée. Il crée donc des dispositifs mobiles de soins communautaires.

- Le CNP, par son pôle de compétences réhabilitation, mène les réformes de ses unités d'hébergement et ateliers.
- Le CNP assure la liaison psychiatrique auprès des instances d'hébergement pour les personnes souffrant de handicap psychique dans le canton.
- Le CNP gère le dispositif de soins intervenant dans les établissements de détention du canton de Neuchâtel. Au sein du CNP, le dispositif est intégré dans une filière de soins hospitalo-ambulatoire.
- Le CNP gère un Centre d'expertises psychiatriques. Il est reconnu par l'Etat et par ses partenaires comme centre de référence et reçoit un mandat en conséquence.
- Le CNP renforce son offre de formation pour les professionnels en matière de santé mentale.
- Le CNP renforce son offre de collaboration en matière de soutien aux usagers et aux familles.
- Le CNP gère des lits d'appoint (intégrés au CUP), conformément aux décisions validées dans le cadre du premier plan d'action du CNP.

6.2.6. Impacts financiers des réformes proposées pour les adultes

La mise en œuvre à La Chaux-de-Fonds d'un centre intégré selon le modèle de l'infrastructure actuellement en travaux en ville de Neuchâtel (Centre de psychiatrie communautaire du Littoral) nécessitera un investissement significatif. Ceci impliquera certainement, après l'identification d'un bâtiment, des rénovations importantes afin de pouvoir y accueillir toutes les activités de psychiatrie ambulatoire du CNP et du CNP des Montagnes - y compris l'hôpital de jour du CNP, situé aujourd'hui dans les locaux de HNE à l'hôpital du Locle. Des coûts d'infrastructures à double pendant une certaine durée afin de pouvoir procéder aux travaux d'adaptation du bâtiment seront inévitables. A terme cependant, le CNP réalisera des économies car il profitera des synergies dues au regroupement de ses activités sur un seul site, comme prévu dans le cadre de l'infrastructure du Centre de psychiatrie communautaire du Littoral.

Les réformes préconisées pour le domaine hospitalier n'impliquent pas de nouvelles dépenses importantes.

L'aménagement et l'agrandissement de la surface dévolue au CUP de Neuchâtel à HNE pour y disposer de 3 lits permettant une prise en charge de 72 heures au maximum ont déjà démarré. L'appel d'offre est lancé et les travaux sont conduits par HNE car ils prennent place dans leurs propres locaux. Une augmentation du personnel et des coûts de location interviendront à la fin des travaux.

Comme pour le département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tous les développements liés au secteur ambulatoire ainsi que la présence de thérapeutes du CNP dans des cabinets de groupe généreront des recettes permettant a priori de couvrir les salaires des collaborateurs engagés dans ces tâches. De plus, le regroupement des activités apportera à terme des économies découlant d'une meilleure synergie entre divers secteurs administratifs (secrétariats) ainsi qu'une réduction des frais de déplacements.

L'impact financier majeur des réformes prévues pour l'actuel secteur AIP découle de la diminution drastique du nombre de lits dans le secteur de l'hébergement ; elle aura pour conséquence une réduction des charges d'exploitation, mais également une perte de recettes. Une partie des coûts seront reportés sur la ou les institutions qui reprendront la partie de l'activité actuellement conduite par le CNP.

La petite unité de lits d'hébergement devant demeurer intégrée au sein du CNP dans le dispositif prévu, elle devra être située à Préfargier au vu de la libération à terme du site de Perreux. Ceci nécessitera certaines adaptations des infrastructures actuelles.

Enfin, l'ouverture d'un foyer en ville implique d'identifier un bâtiment adéquat et d'y effectuer des travaux d'adaptation pour lui permettre de répondre aux besoins des usagers qui y seront hébergés ainsi que du personnel d'encadrement qui y sera actif. Des coûts en lien avec une prise en charge hôtelière sont également à prendre en compte.

En ce qui concerne la mise en place d'un service médical et psychiatrique pour le secteur pénitentiaire, mandat qui est en voie d'être confié au CNP par l'Etat, une augmentation significative de l'effectif du personnel est

prévue afin de fournir les prestations requises. Un rapport spécifique émanant du Service pénitentiaire, rapport auquel le CNPad a largement contribué en termes d'évaluation des besoins et de normes à retenir, doit encore faire l'objet d'un aval formel par les autorités cantonales. Il contient les éléments chiffrés découlant des options préconisées. Les augmentations de ressources importantes liées à ce mandat devront être prises en compte en tant que telles. Il faudra également tenir compte d'incertitudes concernant la proportion des prestations médico-soignantes fournies aux personnes incarcérées qui pourront faire l'objet de remboursement par les assureurs-maladie.

6.3. L'offre en soins pour les personnes âgées

Au sein du CNP, les soins psychiatriques sont prodigués aux personnes âgées dans le département intitulé CNPâa (Centre neuchâtelois de psychiatrie, Département de psychiatrie de l'âge avancé), qui comprend sur les sites du Littoral et des Montagnes: un secteur hospitalier, deux hôpitaux de jour, une équipe mobile ainsi que des activités de consultation ambulatoire. Le secteur EMS du CNP complète cette offre de prestations en prenant en charge les personnes âgées qui nécessitent un hébergement spécialisé de longue durée. Le CNPâa et le secteur EMS du CNP sont, dans les faits, fonctionnellement très liés.

6.3.1. Exposé de l'offre actuelle pour les personnes âgées

En termes d'activité de psychiatrie générale, le CNPâa est constitué de trois pôles : hospitalier, pôle semi-ambulatoire, ambulatoire.

Le pôle hospitalier dont les missions sont :

- aider la personne à comprendre la crise qu'elle traverse ;
- réduire les symptômes psychiques ;
- travailler avec le patient et le réseau (famille, intervenants médicaux, infirmiers et autres) les moyens du retour à domicile, et si nécessaire construire un projet alternatif.

L'approche thérapeutique est pluridisciplinaire.

Emplacement : dès novembre 2015, l'activité se développe sur deux sites, pour un total de 41 lits¹⁹ :

- Perreux, unité de psychiatrie générale (21 lits) ;
- Perreux, unité de psychiatrie avec comorbidité cognitive (20 lits).

Le pôle semi-ambulatoire (hôpital de jour) dont les missions sont:

- prendre en charge la personne présentant un problème psychiatrique dans un cadre semi-intensif, tout en la maintenant dans son lieu de vie ;
- prendre en charge la personne présentant un problème psychiatrique pour permettre un répit au proche aidant, lorsque la situation le nécessite.

Les activités sont individuelles et groupales, l'approche est pluridisciplinaire. La prise en charge s'effectue sur demande médicale (médecin traitant, CUP, médecin d'une autre structure du CNPâa). Les patients fréquentent le dispositif un jour ou davantage par semaine, selon la situation clinique. Le jour est choisi en fonction de la problématique ou du diagnostic.

Emplacements : deux hôpitaux de jour, pour un total de 100 patients en file active, sur deux sites :

- Perreux²⁰, ouvert 4 jours sur 5.

¹⁹ Les lits de l'unité de psychiatrie du Locle, sis dans les locaux de HNE-Le Locle, seront intégrés au sein de Perreux dès novembre 2015

²⁰ Cet hôpital de jour sera intégré au CPCL, dès son ouverture en janvier 2016.

- Le Locle²¹, ouvert 4 jours sur 5.

Le pôle ambulatoire subdivisé en quatre structures :

a) *La consultation ambulatoire*, chargée des missions suivantes :

- les soins psychiatriques dans la communauté ;
- les suivis psychothérapeutiques, individuels, de couple / famille ou groupaux ;
- les suivis psychiatriques individuels;
- la collaboration avec le réseau (médecin, famille, soins à domicile).

L'approche est pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmiers). La prise en charge s'effectue sur demande médicale (médecin traitant, CUP, médecin hospitalier, médecin de la Consultation mémoire), parfois initiée par le réseau (famille, NOMAD, ...).

Emplacements :

- Site de Perreux.
- Ville de Neuchâtel.
- Ville de La Chaux-de-Fonds.
- Ville du Locle.

b) *L'équipe de consultation-liaison* : l'équipe de consultation-liaison intervient dans l'ensemble des Centres de Traitement et de Réadaptation (CTR)/HNE et dans certains EMS (selon accord). Les patients hospitalisés à HNE sur les sites de Pourtalès ou de La Chaux-de-Fonds sont vus en première intention par le CUP (CNPad).

Les missions de l'équipe de consultation-liaison sont les suivantes :

- proposer des soins psychiatriques dans les lieux de soins somatiques, et dans les EMS ;
- évaluer et suivre les patients / résidents ;
- superviser les équipes par rapport aux prises en charge complexes.

c) *L'équipe mobile, intégrée à la consultation* : l'équipe mobile intervient sur demande du réseau (médecin, famille, soins à domicile), avec par principe un accord et une collaboration avec le médecin traitant.

Les missions de l'équipe mobile sont les suivantes :

- évaluer des nouveaux cas, souvent dans des situations complexes et de crise (délai d'intervention supérieur à 48 heures) ;
- orienter les personnes dans le milieu de soins adapté ;
- dans certaines situations poursuivre la prise en charge sur une brève durée.

Emplacement : l'intervention peut s'effectuer à domicile, ce qui permet une évaluation dans le milieu de vie. Les situations nécessitant un délai d'intervention inférieur à 48 heures sont adressées CUP.

d) *La Consultation mémoire* : la consultation s'effectue sur demande du réseau (médecin, famille, soins à domicile), avec par principe un accord et une collaboration avec le médecin traitant.

Sa mission consiste en l'évaluation et le bilan de personnes présentant des troubles cognitifs.

Emplacement : Site de Perreux

Le secteur des EMS spécialisés du CNPâa : le secteur EMS comprend 61 lits répartis en trois unités situées sur le site de Perreux.

²¹ Cet hôpital de jour pourrait être intégré au Centre de psychiatrie communautaire des Montagnes à créer (voir la partie CNPad du présent document).

Le financement de cette activité d'hébergement spécialisée relève des règles édictées par la LAMal et la LFinEMS (Loi cantonale sur le financement des EMS). L'inscription sur la liste LAMal en tant qu'EMS donne droit au CNP de facturer à l'assurance obligatoire des soins les forfaits basés sur l'évaluation des soins requis selon l'outil PLAISIR. Les résidents s'acquittent par ailleurs d'un prix de pension, reconnu dans le cadre des prestations complémentaires (PC) pour les personnes qui ont droit auxdites prestations. Enfin, le canton accorde une subvention qui est comprise dans le montant global versé au CNP.

Les résidents du secteur EMS du CNP font principalement partie de deux grands groupes : pour une part, il s'agit de personnes vieillissantes présentant des troubles psychiatriques chroniques ; de l'autre, de personnes atteintes de maladies neurodégénératives (par exemple maladie d'Alzheimer ou autres démences), présentant de graves troubles du comportement, et rendant leur prise en charge dans un EMS « classique » impossible. Ces troubles psychiatriques et du comportement se traduisent souvent par des phases d'agressivité marquées (envers les autres résidents, envers les soignants ou contre eux-mêmes), par des refus répétés de soins ou de prise de médicaments, ou encore par une déambulation avec risque d'errance important. Ces comportements peuvent être combinés chez un même individu.

En étudiant plus précisément le profil de la population hébergée, les constats suivants peuvent être effectués :

- la population résidente dans le secteur EMS du CNP est en moyenne plus « jeune » que celle des autres EMS, avec une proportion plus élevée de personnes en âge AI lors de leur admission.
- Les résidents proviennent essentiellement des autres unités du CNP.
- La grande majorité d'entre eux ne peut pas être placée dans un autre EMS du canton (du moins en l'état actuel), car :
 - ils présentent de graves troubles psychiatriques et/ou du comportement avec des phases d'agressivité et des phases fréquentes de refus de traitement ou de coopération aux soins ;
 - ils nécessitent une prise en charge spécifique qui n'est aujourd'hui pas disponible dans les autres EMS ;
 - lorsqu'ils ont eu lieu, les essais de placement dans un autre EMS du canton se sont le plus souvent soldés par des échecs ;
 - ils nécessitent des soins journaliers très importants, reflétés par les scores élevés des évaluations selon l'outil PLAISIR. La population concernée est donc globalement plus « lourde » que celle qui réside dans les autres EMS.

Autres services spécialisés proposés par le CNPâa

La consultation mémoire ainsi que les EMS spécialisés, décrits plus haut, font partie de l'activité spécialisée du CNPâa. Par ailleurs, ce domaine inclut également une activité expertale et forensique, dont la mission consiste à répondre aux demandes des instances judiciaires, telles que :

- mandats de placements à des fins d'assistance ;
- expertises (civiles, pénales) ;
- traitements ordonnés.

Articulation de l'offre avec les soins primaires

Le CNPâa travaille en collaboration avec les partenaires impliqués dans les soins primaires, dans les situations suivantes :

- demande d'hospitalisation psychiatrique et suite de prise en soins à la sortie de l'hôpital ;
- partage et transmission d'informations entre l'hôpital psychiatrique et les partenaires (médecin traitant, famille, réseau de soins à domicile, etc.), à toutes les étapes de la prise en charge ;
- situation de crise ambulatoire non urgente (délai d'intervention supérieur à 48 heures), avec intervention de l'équipe mobile (gestion des nouveaux cas et de la crise) ; les situations plus urgentes sont prises en charge par le CUP ;
- conseils et orientation, demandes provenant de tiers, parfois en l'absence du patient.

Pour toutes les sollicitations provenant des médecins traitants, EMS, familles ou patients, réseau de soins à domicile (NOMAD, Spitex...), la structure de soins du CNPâa qui a été sollicitée apporte les conseils et les orientations ; il n'y a pas de « guichet unique ».

Le CNPâa est impliqué dans l'accompagnement des familles, plus spécifiques dans le cas de patients avec troubles cognitifs. Sont proposés :

- des séminaires « Alzheimer », organisés par la Consultation mémoire, visant à informer les proches au sujet des maladies neuro-dégénératives et à répondre à leurs questionnements ;
- des accompagnements des familles, proposés par les structures qui suivent le patient (Hôpitaux de jour, Consultations, Consultation mémoire), visant à fournir des conseils et des outils pertinents pour la prise en charge des proches, en l'absence du patient ;
- des entretiens de réseau, en présence du patient.

Lors de prises en soins conjointes, l'ensemble des structures semi-ambulatoires et ambulatoires du CNPâa collaborent avec les médecins traitants, le réseau de soins à domicile (NOMAD, Spitex), les infirmiers indépendants, et autres soignants impliqués.

Offre de formation

Le CNPâa propose une palette de formations spécifiques :

Formations continues internes :

- selon le public cible : spécifiques à une profession ou pluridisciplinaires ;
- selon le contenu : psychiatriques (formateurs médecins et infirmiers) ou somatiques (médecin gériatre expérimenté engagé par le CNPâa) ;
- selon la forme : cours, présentations de cas cliniques, supervisions, formations-actions (accompagnement du collaborateur auprès du malade).

Formations externes (tournées vers les partenaires) :

- auprès des EMS (au sein du catalogue de cours de l'ANEMPA, ou selon demandes individuelles des EMS) ;
- auprès de la Croix-Rouge ;
- auprès de NOMAD.

Formation dans le cadre de l'encadrement des stagiaires et élèves dans le domaine de la santé (HES, ASSC, futurs étudiants en médecine).

Enseignement médical dans le cadre de la formation prégraduée, postgraduée et continue, en Suisse romande.

6.3.2. Evaluation de l'offre actuelle pour les personnes âgées

L'observation de l'offre actuelle et des besoins observés auprès des patients, permet de formuler ce qui suit.

Sur le plan ambulatoire, il y a lieu de :

- continuer à développer le pôle ambulatoire de psychiatrie gériatrique ;
- mieux intégrer la dimension somatique dans les soins proposés (par exemple mieux tenir compte des difficultés de mobilité souvent présentes chez la personne âgée) ;
- offrir au patient, sur un même lieu, des prestations de soins spécifiques de haut niveau d'expertise somatique et psychiatrique (faciliter son parcours).

Sur le plan hospitalier, il y a lieu de :

- permettre aux patients un accès rapide, facilité et coordonné à un plateau technique de soins aigus ;
- développer des synergies avec HNE pour améliorer l'articulation des soins.

D'une manière plus générale, il y a lieu de :

- améliorer l'accessibilité des soins, compte tenu de la géographie du canton ;
- améliorer l'accessibilité des soins, y compris auprès de la population du canton du Jura et du Jura bernois (dans la perspective de recherche de synergies supra-cantonales) ;
- s'inscrire dans une vision de la psychiatrie qui favorise son décloisonnement et la mise en commun des compétences ;
- améliorer l'attractivité du domaine d'activité pour le personnel médico-soignant.

En matière d'évaluation globale de l'offre de psychiatrie générale actuelle, il faut en conclusion mettre l'accent sur ce qui suit :

Malgré l'augmentation prévisible de la demande en soins psychogériatriques, le CNP n'entend pas augmenter son offre hospitalière pour les personnes âgées, mais vise à terme à la diminuer légèrement. Ceci implique un appui croissant du CNP en terme d'activités de liaison et formation, destinées aux EMS et aux intervenants à domicile, visant à augmenter leur capacité à prendre à charge des personnes souffrant de troubles psychiques ou cognitifs.

Le regroupement sur le Littoral de la consultation ambulatoire et de l'Hôpital de Jour dans le Centre de psychiatrie communautaire du Littoral permettra des synergies de prise en charge et une meilleure accessibilité des soins. Un développement similaire est prévu pour les Montagnes.

Le secteur EMS du CNP présente l'avantage d'être intégré à un département offrant aux patients âgés une gamme complète de traitements psychiatriques. Dans ces EMS, la qualité des soins est élevée grâce à une bonne formation du personnel et au soutien médical assuré par les médecins du CNPâa. Toutefois, le dispositif actuel comporte un risque d'une psychiatrisation trop marquée des résidents, ce d'autant plus que ces EMS se trouvent sur le site de l'hôpital psychiatrique « historique » du canton.

Les autres EMS du canton ne disposent souvent pas de personnel suffisamment formé dans le domaine psychiatrique, ni nécessairement des locaux adéquats pour accueillir des résidents gravement perturbés sur le plan psychique et cognitif. Ces EMS hébergent des résidents qui souffrent parfois de pathologies nécessitant une prise en charge de type psycho-gériatrique, mais du fait d'une absence de troubles du comportement, ils ne sont pas identifiés par les soignants et de ce fait ne reçoivent pas les soins spécialisés dont ils devraient bénéficier.

6.3.3. Les besoins futurs en prestations pour les personnes âgées

Il est utile de rappeler que la croissance du nombre de personnes très âgées dans le canton de Neuchâtel est rapide. La forte corrélation entre certains types de troubles cognitifs (par exemple les démences de type Alzheimer), le très grand âge, et l'allongement de l'espérance de vie, auront pour conséquence une forte augmentation des besoins en matière de soins et d'accompagnement en psychiatrie de l'âge avancé, au cours des deux à trois décennies à venir. La Planification médico-sociale du canton (PMS) prend d'ailleurs cette augmentation des besoins comme l'une des bases des évolutions préconisées.

Chez les personnes âgées et en particulier très âgées, il faut prêter une attention soutenue à la multimorbidité. Un lien très étroit avec la médecine gériatrique est dès lors indispensable.

A cela il faut ajouter les remarques suivantes :

- le canton est relativement étendu, avec des problèmes d'accès aux services plus marqués dans certaines régions, engendrant des déplacements difficiles pour les personnes âgées ;
- sur le plan des engagements des collaborateurs, le recrutement médical et des autres professionnels est problématique, surtout pour les postes nécessitant des niveaux de compétences élevés.

Ainsi, la psychiatrie de demain pour la population âgée devra articuler plusieurs paramètres, et prendre en compte l'offre actuelle, les besoins futurs évalués, et les ressources budgétaires à disposition. Cette psychiatrie devra être équitable et accessible, répondre à la demande en expansion, proposer une offre en soins efficace et

efficace, implantée dans la communauté. Une cohérence devra exister entre les structures internes au CNPâa (intra et extra-hospitalier) et externes à ce dernier (partenaires médicaux et non médicaux, NOMAD, EMS etc.) ; le concept de soins doit être durable ; enfin pour garantir la pérennité de la qualité des soins, le CNP devra être capable d'attirer les compétences dont il a besoin, tant en termes de médecins que d'autres professionnels.

Le KPD²², dans ses recommandations au canton de Bâle-campagne en terme de planification, préconise clairement de permettre aux personnes âgées de rester aussi longtemps que possible dans leur environnement familial. Les services d'aide et de soins à domicile joueront un rôle prépondérant et seront de plus en plus fréquemment confrontés à des situations caractérisées par des troubles psychiques – qu'ils soient ou non liés au grand âge. Les trois types d'organisations suivantes sont proposés :

- la prise en charge de malades psychiques est assurée par des professionnels spécialisés dans le domaine, qui interviennent directement ou qui instruisent des professionnels d'autres structures de soins (non spécialisées en psychiatrie), de sorte que ces dernières soient en mesure de s'occuper des malades psychiques âgés ;
- lors de l'engagement de collaborateurs, les structures d'aide et de soins à domicile d'une certaine importance veillent à ce que le collaborateur dispose de l'expérience et des compétences psychiatriques nécessaires à son activité ;
- les tâches relevant de la psychiatrie gériatrique peuvent être déléguées, par le biais d'un mandat, à l'équipe mobile d'une structure de soins psychiatrique.

Selon ce même rapport, les institutions psychiatriques doivent participer à la formation du personnel des EMS, afin de lui permettre d'assurer la prise en soins de certains résidents, relevant qu'il serait préjudiciable s'il fallait créer davantage d'établissements spécialisés destinés à accueillir des patients relevant de la psychiatrie gériatrique.

6.3.4. Les propositions du CNP pour les personnes âgées

Le CNPâa se situe aujourd'hui dans une période de transition, dans laquelle l'équilibre entre la partie hospitalière et la partie ambulatoire est en réévaluation. Jusqu'à présent, le dispositif ambulatoire du CNPâa était prioritairement conçu pour intervenir en appui au dispositif hospitalier et permettre d'accompagner le patient à sa sortie de l'hôpital. L'ambulatoire de demain sera davantage tourné vers le maintien à domicile, et offrira des prestations capables de contenir les décompensations psychiques, y compris dans des périodes de crise. Une des clés pour y parvenir tient tout d'abord dans les capacités de mise en commun des compétences entre professionnels de divers horizons ; la réactivité de mise en place des soins entre également en jeu, ainsi que le développement de la formation et de la supervision auprès des soignants des structures de type CTR ou EMS, non spécialisés en psychiatrie.

Le CNP propose ainsi une nouvelle organisation de la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psycho-gériatriques avec pour objectifs de :

- diminuer légèrement, à terme, le nombre de lits hospitaliers du CNPâa (nombre actuel : 45 lits, 41 lits dès le 1^{er} novembre 2015) ;
- développer les compétences psychiatriques des EMS ;
- accroître les compétences en psychiatrie de l'âge avancé des institutions de soins somatiques et des organisations de maintien à domicile. ;
- permettre à terme la libération des locaux de Perreux.

²² KPD, Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept des Kantons Basel-Landschaft, 2003

L'organisation proposée est destinée à garantir un environnement adéquat et la présence d'équipes formées et encadrées accomplissant des tâches spécifiques, au CNP ainsi que dans les institutions partenaires. Il s'agit néanmoins de s'assurer que les points forts du dispositif actuel puissent être conservés.

Compte tenu de ce qui précède, le CNP propose d'ajuster son offre en soins de la manière qui suit.

Le CNP crée et exploite, en responsabilité pleine ou partagée avec HNE, un « Pôle de compétences de l'âge avancé » proposant sur un même lieu toute la gamme des soins psychiatriques et somatiques de l'âge (soins hospitaliers et ambulatoires).

Ce Pôle de compétences vise à regrouper géographiquement des structures actuellement séparées, somatiques et psychiatriques. Chaque spécialité conserve des structures propres, garantissant son haut niveau de spécificité (condition essentielle), la plus-value provient de la proximité de ces structures, permettant une mise en commun facilitée des compétences.

Les situations cliniques deviennent de plus en plus complexes et intriquées, nécessitant davantage qu'une addition de prestations délivrées dans des temps et lieux différents. Ainsi, les patients souffrant de pathologies mixtes (somatiques et psychiatriques aiguës) seront pris en charge dans un même lieu et pourront profiter de l'ensemble des compétences professionnelles psychiatriques et somatiques, ainsi que d'un plateau technique complet. De plus, cela permettra de favoriser la qualité et l'économicité des soins, étant donné la rationalisation des processus lorsque les soins sont proposés à un nombre élevé de patients sur un même lieu.

Cela impliquera de disposer d'une architecture adaptée, aussi bien pour les unités hospitalières (avec un jardin thérapeutique et des espaces permettant la déambulation) que pour les structures ambulatoires (hôpital de jour par exemple). De telles adaptations architecturales diminueront le recours aux médicaments psychotropes, et permettront des récupérations plus rapides, raccourcissant le temps d'hospitalisation.

Dans l'idéal, un tel Pôle de compétences se situera à La Chaux-de-Fonds.

Le CNP crée et gère une unité de soins mixtes somato-psychiatriques.

Le CNP crée une unité de soins mixtes somato-psychiatriques de 15 lits dans les locaux de HNE, située dans les Montagnes ou sur le Littoral. Cette unité de soins est transversale à l'ensemble des départements du CNP, elle peut accueillir des adultes de tout âge, y compris des patients âgés.

Cette unité mixte est destinée à accueillir des patients en hospitalisation volontaire et non volontaire, présentant une double problématique aiguë, somatique et psychiatrique. Ces prises en soins holistiques nécessitent une approche intensive sur le plan psychiatrique ainsi que des soins somatiques de haute spécificité, au travers d'une étroite collaboration entre médecins somaticiens et psychiatres, et infirmiers des deux institutions CNP et HNE.

Dans ce contexte, les psychiatres comme l'équipe infirmière sont sous l'égide du CNP, leurs compétences leur permettent d'assurer des prises en soins psychiatriques adaptées aux besoins des patients d'une part, et d'autre part, d'assurer en étroite collaboration avec HNE, des soins somatiques nécessitant un haut niveau d'expertise. Une activité de liaison avec HNE est mise en place pour assurer le suivi des situations somatiques complexes.

Le CNP crée et exploite un EMS spécialisé pour les cas complexes.

Certaines personnes présentent des psychopathologies complexes qui ne nécessitent plus de soins en milieu hospitalier psychiatrique, mais sont très difficiles à prendre en charge dans un lieu de vie type EMS. Ces personnes ont besoin d'un lieu de vie adapté et doivent bénéficier de soins prodigués par une équipe soignante disposant d'un haut niveau de compétences. Faute d'un tel encadrement, ces résidents épuisent l'équipe de

l'EMS et reviennent régulièrement en milieu psychiatrique avec l'impossibilité d'un retour dans l'EMS où ils vivaient. Pour cette raison, un EMS psychiatrique spécialisé permet de proposer un lieu de vie adapté au niveau de son environnement, et mettant à disposition un personnel de haut niveau de compétence psychiatrique. Les résidents concernés présentent des psychopathologies complexes de type trouble de personnalité, trouble psychotique, trouble neurodégénératif, et présentent des symptômes rendant difficile leur prise en charge.

Il est important que cet EMS se trouve à proximité du centre de compétence de la personne âgée décrit plus haut. En effet, un suivi de qualité implique une présence médicale suffisante auprès des résidents (équipe de consultation-liaison), ainsi qu'un encadrement de l'équipe par les cadres médico-infirmiers pour assurer certains aspects de la formation continue (tels que la supervision). De plus, la proximité du plateau médico-technique constitue un facteur sécurisant, compte tenu des pathologies somatiques que présentent les personnes âgées.

Enfin, un tel EMS intégré au CNPâa doit jouer le rôle de lieu de formation pratique spécialisé, en proposant des stages et des expériences professionnelles spécifiques au personnel travaillant avec des personnes âgées souffrant de troubles psychiques dans d'autres contextes. Le terme anglo-saxon de « Teaching Nursing Home » a été élaboré pour refléter ces caractéristiques : il s'agit d'une structure spécialisée disposant de ressources médicales et soignantes particulières et ayant pour objectif d'augmenter les compétences des équipes confrontées à de nouveaux défis dans leurs interventions auprès de patients et de résidents âgés.

Le CNP développe ses prestations ambulatoires (hôpital de jour et consultation) dans le cadre du Centre de psychiatrie communautaire du Littoral. Un centre équivalent sera développé pour les Montagnes si le Pôle de compétences de l'âgé (voir plus haut) tarde à voir le jour.

Le Centre de psychiatrie communautaire du Littoral permet la prise en soins ambulatoire des habitants du Littoral, à travers sa consultation et son hôpital de jour. Si le Pôle de compétences de l'âgé (situé dans les Montagnes) voit le jour, nous aurons l'ensemble des principales structures du CNPâa regroupées sur ces deux sites.

La réalisation du Pôle de compétence de l'âgé dépendant aussi de HNE, si sa réalisation ne s'avérait pas possible, le CNP créerait un Centre ambulatoire intégré des Montagnes, qui regrouperait l'ensemble des activités ambulatoires du CNP des Montagnes (hormis les diverses antennes de psychiatrie, dans les vallées).

Le CNP adapte ses modes de travail et ses structures aux décisions prises dans le cadre des travaux de mise en œuvre de la Planification Médico-Sociale (PMS).

La mise en œuvre des mesures découlant des décisions des autorités cantonales en matière de PMS est en cours d'élaboration ; les orientations retenues par les groupes de travail vont dans le sens des propositions du présent rapport. L'accent sur l'augmentation des compétences des personnels de l'aide et des soins et des soins à domicile, l'information et l'orientation des bénéficiaires et de leurs proches, l'accessibilité des soins, l'intensification des interventions dans la communauté et la mise à disposition de structures intermédiaires ainsi que le renforcement des synergies existantes sont prises en compte par les propositions du CNPâa.

6.3.5. Situation finale souhaitée pour les personnes âgées

Un Pôle de compétences de l'âge avancé est développé.

Le CNPâa prévoit une offre de prestations spécialisées en psychiatrie de la personne âgée dans deux cadres :

- le Pôle de compétences de l'âge avancé, lequel doit être créé dans les Montagnes, qui offre une gamme complète de prestations, à la fois hospitalières et ambulatoires :

- des unités hospitalières (avec architecture adaptée) : une unité destinée à accueillir des patients avec pathologie fonctionnelle, une unité spécialisée pour les patients souffrant de pathologies organiques, une unité mixte (somatique-psychiatrique), cette dernière intégrée dans les locaux de HNE ;
 - un hôpital de jour ouvert 7 jours / 7 ;
 - une consultation ambulatoire ;
 - l'équipe mobile et la consultation/liaison ;
 - la consultation mémoire.
- A proximité se trouveront :
- l'EMS psychiatrique spécialisé intégré au CNPâa ;
 - l'hôpital somatique.
- Le centre ambulatoire intégré à Neuchâtel, dont les travaux d'aménagement sont en cours, qui inclut des prestations ambulatoires :
 - un hôpital de jour ouvert 7 jours / 7 ;
 - une consultation ambulatoire ;
 - l'équipe mobile et la consultation/liaison ;

Des antennes de psychiatrie sont rattachées à des cabinets médicaux de groupe.

Ces antennes sont localisées dans le canton de manière à répondre aux besoins de proximité. Ces besoins touchent les patients (soins de proximité), les médecins de premier recours et les réseaux de soins à domicile (conseils, supervision).

Ces antennes sont aptes à orienter les personnes dans les centres de compétences en cas de besoin (pour des soins hospitaliers, en hôpital de jour ou à la consultation mémoire).

La prise en charge est dynamique, articulée selon les besoins de la personne.

L'organisation du CNPâa mise en place permet de répondre dans des délais raisonnables aux besoins psychiatriques de la population concernée. De plus, elle permet de fonctionner comme un dispositif intégré, qui s'adapte aux besoins du patient. Cela implique un dialogue constant entre les différents intervenants (CNPâa et structures partenaires). De plus, l'investissement dans la formation / supervision des collaborateurs des structures partenaires favorisera ce dialogue.

6.3.6. Impacts financiers des réformes proposées pour les personnes âgées

Pour ce département, l'enjeu majeur est la création du pôle de compétence de l'âge avancé, proche ou dans les locaux de HNE à La Chaux-de-Fonds. La création de ce pôle permettra au CNP, à terme, de quitter les sites de Perreux et du Locle mais nécessitera des adaptations de locaux ou la construction d'une nouvelle structure afin de pouvoir accueillir les lits hospitaliers de psychogériatrie, l'hôpital de jour pour les personnes âgées des Montagnes, un EMS spécialisé d'une quarantaine de lits, ainsi que la prise en charge ambulatoire et les équipes mobiles du CNPâa pour les Montagnes.

Tous les développements ambulatoires, équipes mobiles ou cabinets de groupe nécessitent peu d'infrastructures ; comme cela a été décrit plus haut pour le CNPea et le CNPâa, les salaires des collaborateurs sont en bonne partie couverts par les remboursements des assureurs.

Pour le Littoral, l'activité ambulatoire et l'hôpital de jour seront réunis dès 2016 dans le bâtiment du Centre de psychiatrie communautaire du Littoral.

7. Eléments financiers

Les conséquences financières des options stratégiques présentées dans ce rapport sont précisées ci-dessus par département. Sur un plan général, rappelons que les impacts principaux en termes de charges d'exploitation dépendent à la fois des effectifs et des infrastructures.

Les réformes préconisées, qui impliqueront à terme le départ du CNP des sites du Locle et de Perreux, auront pour conséquence une diminution des postes nécessaires dans le domaine de l'exploitation. Une partie du personnel devra cependant être réaffectée dans les structures qu'il est prévu de mettre en place – en particulier le pôle de compétences de l'âge avancé et les structures thérapeutiques de jour pour les enfants et pour les adolescents. Le foyer prévu pour l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que les centres intégrés à Neuchâtel (Centre de psychiatrie communautaire du Littoral) et à La Chaux-de-Fonds, nécessiteront également la présence de personnels d'intendance dans les domaines de l'entretien et de la restauration.

Les effectifs du domaine administratif devraient rester globalement stables. Les impacts des réformes proposées sur les effectifs des domaines médico-soignants et socio-éducatifs sont difficiles à évaluer. Un transfert de personnels provenant des unités résidentielles et des ateliers vers les structures qui seront chargées de l'accueil des usagers devra être prévu. Les accords avec les partenaires concernant la couverture d'actions de formation et de soutien devront couvrir les frais effectifs. Enfin les activités médicales et thérapeutiques du domaine ambulatoire remboursées par les caisses-maladie permettent, en principe de couvrir les salaires mais ces remboursements ne prennent pas en compte les caractéristiques spécifiques de la clientèle du secteur public qui nécessitent de nombreuses prestations dites indirectes.

En termes d'exploitation, les réorganisations prévues permettront à terme au CNP de limiter les charges, voire d'effectuer des économies, grâce au redimensionnement de ses infrastructures et aux synergies rendues possibles par la mise en œuvre des centres ambulatoires intégrés.

En termes d'investissements, en plus de la création de dispositifs prévus par les différents départements, en particulier dans les Montagnes, certains aménagements devront intervenir sur le site de Préfargier lors de l'abandon du site de Perreux, afin d'adapter les infrastructures aux nouvelles activités qui leur seront dévolues.

L'annexe financière générale au présent rapport doit être considérée comme fournissant des éléments très globaux qui devront être affinés au cours des prochains mois.

Il faut noter enfin que de nombreuses incertitudes, évoquées plus haut, rendent les prévisions en matière de dépenses comme de recettes difficiles. Des modifications importantes du mode de tarification des soins stationnaires psychiatriques, sur un mode similaire aux DRGs déjà introduits dans les hôpitaux somatiques, sont en préparation ; l'impact de ces nouveaux modes de financement des prestations du domaine hospitalier psychiatrique n'est pas encore connu. La valeur du point TARMED – dont l'évolution à l'avenir est également incertaine – fait par ailleurs l'objet d'un recours des assureurs qui n'a pas encore été tranché par une décision de justice. De plus, l'adoption de nouvelles normes en matière de comptabilisation des investissements et amortissements (norme REKOLE) doit aussi déployer des effets. Enfin, de nombreuses questions concernent en particulier le domaine de la rémunération des collaborateurs, les conditions de la reprise d'une partie d'entre eux non encore membres par Prévoyance.ne, ainsi que certaines dispositions contenues dans la CCT Santé 21 qui pourraient être remises en question.

Résultats d'exploitation prévisionnels

	Effectif	Budget	Options stratégiques							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Recettes hospitalières	14'933'851	14'617'265	15'196'364	15'239'379	15'315'576	15'392'153	15'469'114	17'135'619	17'221'297	17'307'403
Recettes hôpital de jour	4'264'216	3'930'757	4'771'305	5'224'905	5'224'905	5'224'905	5'863'293	5'863'293	5'863'293	5'863'293
Recettes ambulatoires	7'404'495	8'945'979	8'997'779	11'262'033	11'401'679	12'336'866	12'336'867	12'336'868	12'336'869	12'336'870
Recettes EMS	6'606'832	6'632'210	6'631'528	6'581'528	6'581'528	6'581'528	6'581'528	6'581'528	6'581'528	6'581'528
Recettes AIP	9'332'216	9'278'199	9'263'200	9'263'200	9'263'200	9'223'200	9'223'200	4'899'478	4'899'478	4'899'478
Recettes diverses	1'289'885	1'307'811	1'300'000	1'300'000	1'300'000	1'300'000	1'300'000	1'100'000	1'100'000	1'100'000
Subvention SMPP	0	0	0	1'246'393	1'256'092	1'265'840	1'275'636	1'285'482	1'295'376	1'305'320
Subvention centre thérapeutique de jour CNPea	0	0	0	0	0	0	1'046'788	1'040'702	1'044'635	1'048'589
Subvention CUP phase II	0	0	0	0	0	588'027	588'027	588'027	588'027	588'027
Subvention REKOLE	0	0	0	2'070'000	770'000	2'440'000	2'370'000	600'000	600'000	400'000
Subvention coûts de transition	0	0	0							
Subvention de l'Etat part AOS	16'547'958	16'997'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000	16'918'000
Subvention de l'Etat EMS-AIP	4'908'539	4'780'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000	4'844'000
Subvention de l'Etat PIG	23'379'000	22'868'000	21'871'000	21'371'000	20'871'000	20'871'000	20'871'000	20'871'000	20'871'000	20'871'000
Total des recettes	88'666'992	89'357'221	89'793'176	95'320'438	93'745'980	96'985'519	98'687'454	94'063'997	94'163'504	94'063'508
Charges de personnel	69'722'674	71'943'919	74'020'020	77'809'333	78'287'239	80'077'538	81'277'201	79'292'996	79'683'591	80'076'139
Location, amortissement et intérêts	6'692'779	7'475'600	6'953'085	8'822'938	7'550'646	8'015'233	8'073'046	6'157'743	6'157'743	5'957'743
Autres charges d'exploitation	10'911'550	11'358'177	10'924'981	11'185'903	11'185'903	11'185'903	11'298'501	10'022'143	10'022'143	10'022'143
Total des charges	87'327'003	90'777'696	91'898'086	97'818'174	97'023'788	99'278'674	100'648'748	95'472'882	95'863'477	96'056'025
RFV prévoyance.ne	7'741'700									
Charges de restructuration, indemnités						1'500'000	1'500'000			
Résultat total du CNP	-6'401'711	-1'420'475	-2'104'910	-2'497'736	-3'277'808	-3'793'155	-3'461'294	-1'408'885	-1'699'973	-1'992'517

8. Conclusion

Le présent rapport présente des options pour l'évolution du CNP qui se veulent ambitieuses mais réalistes. Durant les six premières années de son existence, le CNP a conduit des réformes importantes dans un contexte caractérisé lui aussi par le changement, tant sur le plan politique avec le renouvellement des autorités de tutelle qu'au niveau organisationnel avec la modification de la composition du Conseil d'administration. Les orientations stratégiques proposées pour les années à venir sont cohérentes en regard des travaux menés jusqu'ici et se fondent sur des objectifs d'amélioration continue des pratiques en termes d'intégration des modalités de soins, de consolidation du virage ambulatoire et de renforcement de l'orientation communautaire de l'action du CNP.

Les perspectives du CNP comportent également la définition de nouveaux modes de travail avec les partenaires du champ sanitaire et social. L'utilisation efficiente de ressources spécialisées, et donc rares, implique un recentrage des activités du CNP. Cette nouvelle répartition des tâches entre le CNP et le réseau cantonal – qu'il s'agisse des champs de la prise en charge des enfants et adolescents, des adultes souffrant de troubles psychiques ou du domaine des personnes âgées – doit à présent se concrétiser par :

- des transferts d'activités ;
- un accroissement des actions de formation, d'appui et de liaison ;
- des collaborations structurées avec des partenaires avec qui le CNP partage un champ d'expertise.

Il s'agit donc de redessiner les contours du CNP, en tenant par ailleurs compte des objectifs et recommandations du plan cantonal de santé mentale dévoilé en septembre 2012 et à l'élaboration duquel le CNP a participé. De plus, le canton ayant fait valoir son souhait de voir le site de Perreux restitué à d'autres activités, ce critère est explicitement pris en compte dans les restructurations proposées.

La réunion des services ambulatoires et de jour dans des centres ambulatoires intégrés, situés dans les deux grandes villes du canton, répond à une logique d'accès aux prestations et de souplesse de l'action déployée.

La proposition de création d'un réel pôle de compétence focalisé sur les problèmes de santé du grand âge, qui sont caractérisés par les polyopathologies et la nécessité d'une prise en charge psychiatrique et somatique conjointe, représente une opportunité pour toute la région, le vieillissement démographique étant une composante majeure des défis à venir.

Le dispositif cantonal actuel comporte en outre des lacunes identifiées dans plusieurs domaines et le présent rapport les aborde de front. L'une d'entre elles concerne la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques significatifs pour lesquels il s'agit d'éviter des hospitalisations prolongées. Une autre a trait au manque de structures institutionnelles permettant à des adultes souffrant de troubles psychiques au long cours de vivre dans la communauté avec un soutien approprié. Les priorités du CNP incluent donc des actions correctives dans ces domaines.

La Planification médico-sociale cantonale (PMS) a pris en compte la nécessité de promouvoir non seulement le maintien à domicile mais également la spécialisation des institutions pour personnes âgées ; les projets du CNP s'inscrivent dans ces perspectives, en mettant l'accent sur la formation et la collaboration avec les partenaires tout en conservant un rôle direct dans l'accueil institutionnel des cas les plus complexes.

De plus, l'indispensable mise à niveau de la prise en charge médicale et psychiatrique des détenus, prévue dans les réformes du dispositif pénitentiaire déjà acceptées par le parlement cantonal, doit à présent se concrétiser sous l'égide du CNP.

Consolider, recentrer et compléter le dispositif de soins psychiatriques sont, il faut le rappeler, les trois objectifs-clé que le CNP entend atteindre au travers des options stratégiques développées dans ce rapport. Outre les difficultés intrinsèques qu'elles comportent, leur concrétisation nécessitera qu'une attention particulière soit portée à un certain nombre d'éléments : une allocation de moyens suffisants pour les restructurations et les investissements nécessaires, une articulation claire du dispositif proposé avec les autres prestataires du champ

socio-sanitaire, une prise en considération des aspects de sécurité et de respect des libertés individuelles en font notamment partie. L'appui de l'Etat sera par ailleurs indispensable pour que le CNP puisse mener à bien la conduite de dossiers qui impliquent inévitablement une coopération accrue avec de nombreux partenaires ainsi que des partages de tâches et transferts d'activités.

Pourtant, s'ils évoquent des difficultés potentielles, tous ces points d'attention représentent également autant de chances pour l'adéquation des dispositifs de soins psychiatriques neuchâtois aux besoins d'aujourd'hui et de demain. Avec le changement de culture, le transfert de ressources – et son potentiel d'économie – ainsi que le développement de collaborations que cela suppose, le virage communautaire sur lequel les orientations stratégiques développées dans ce rapport se fondent constitue dès lors une opportunité qu'il s'agit de saisir. Ces développements offrent une réponse adaptée en vue de diminuer les impacts socio-économiques dus à la maladie psychique tout en permettant une réelle amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans le canton de Neuchâtel.