

Annexe 1 :

RAPPORT DU CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE SUR LES OPTIONS
STRATÉGIQUES 2023 – 2030

Centre Neuchâtelois de Psychiatrie

Options stratégiques 2023-30

Document validé par le Conseil d'administration le 5 septembre 2022

Table des matières

Résumé	3
0 0. Fondements	5
0.1 Historique.....	5
0.2 Évolutions et défis en matière de santé mentale.....	6
0.2.1 Définition.....	6
0.2.2 Évolution des troubles psychiques au niveau global	7
0.2.3 Troubles psychiques de l'âges avancé	7
0.2.4 Treatment gap	8
0.2.5 Évolution des troubles psychiques au niveau cantonal	9
0.2.6 Politique en matière de santé mentale.....	10
0.2.7 Bilan des options stratégiques du CNP 2015-22.....	10
0.2.8 Orientations internationales 2030 en matière de santé mentale	12
0.2.9 Balanced care model.....	12
0.3 Les valeurs du CNP.....	14
0.4 Axes stratégiques du CNP 2023-30.....	15
1 Axe n.1 – Clinique.....	16
1.1 Définition de la qualité clinique	17
1.2 Soutien au réseau socio-sanitaire et partenariats.....	19
1.2.1 Médecine de premiers recours (MPR)	19
1.2.2 Institution sociales, EMS et institutions d'éducation spécialisée	21
1.2.3 Soins somatiques	23
1.3 Prévention.....	25
1.3.1 Proches aidants et familles.....	26
1.3.2 Formation et éducation thérapeutique	29
1.4 Programmes spécifiques pour le traitement de troubles complexes	31
1.4.1 Troubles du comportement alimentaire.....	32
1.4.2 Addictions.....	35
1.4.3 Troubles du spectre de l'autisme	39
1.4.4 Troubles anxieux.....	44
1.4.5 Troubles dépressifs.....	46
1.5 Alternatives à l'hospitalisation	47
1.5.1 Equipes mobiles.....	48
1.5.2 Accompagnement socio-thérapeutique modulable à domicile	49
1.5.3 Home treatment	49
1.5.4 Hôpitaux de jour	50
1.6 Populations vulnérables et accès aux soins de qualité.....	54
1.6.1 Psychiatrie pénitentiaire	54
1.6.2 Migrants	60
1.6.3 Population précarisée	61
1.7 Hôpital.....	63
1.7.1 Capacité.....	63

1.7.2	Organisation clinique	64
1.8	Centre d'expertises.....	67
2	Axe 2 – Ressources humaines	69
2.1	Professions médicales (médecins et psychologues).....	70
2.2	Soins infirmiers.....	71
2.2.1	Pratiques infirmières avancées.....	73
2.2.2	Conclusion	74
2.3	Recherche et formation	75
2.3.1	Institut de formation et recherche en santé mentale	75
2.4	Développements futurs	76
3	Axe 3 – Infrastructures	79
3.1	Préfergier, du XIX siècle à nos jours.....	80
3.2	L'hôpital psychiatrique 2030.....	81
3.2.1	Evidence-based design.....	81
3.3	Préfergier 2030.....	83
3.4	Locaux ambulatoires.....	85
4	Axe 4 – Gouvernance	86
4.1	Organisation.....	87
4.2	Relations et ressources humaines.....	90
4.3	Systèmes d'information.....	91
4.3.1	Evolution du Dossier Patient Informatisé (DIP).....	91
4.3.2	L'amélioration de l'agilité des SI.....	92
4.3.3	Le soutien à la vision stratégique.....	92
4.3.4	Vecteur de décentralisation	92
4.3.5	Partenariat.....	92
4.4	Communication	93
4.5	Finances	93
4.5.1	Evolution budgétaire et financière du CNP	93
4.5.2	Subventions étatiques.....	94
4.5.3	Projection financière 2023-30	95

Options stratégiques 2023-30

Résumé

Le CNP, en sa qualité d'établissement autonome de droit public, a été créé en 2009 par le regroupement des institutions publiques et privées qui à l'époque œuvraient dans le domaine de la santé mentale à Neuchâtel. Dès son origine, la stratégie du CNP a visé le développement d'une politique de santé mentale moderne basée sur une psychiatrie de proximité : le passage de l'ancienne vision asilaire à une psychiatrie communautaire s'est notamment traduit au fil des années par une réduction des lits hospitaliers, le développement massif des activités ambulatoires ainsi que le transfert des activités occupationnelles et résidentielles à des institutions partenaires.

Dans les années à venir, selon l'OMS, les troubles mentaux représenteront la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés¹. La destigmatisation de la maladie psychique amènera une réduction progressive du « treatment gap » et, partant, une plus importante sollicitation des services de santé mentale. À ces données s'ajoutent les constats relatifs à l'évolution démographique, l'accroissement des troubles psychiques de l'âge avancé et l'augmentation des psychopathologies liées au phénomène migratoire. La période 2023-30 sera alors caractérisée par une inévitable augmentation des prestations du CNP. Conformément aux recommandations internationales, fédérales et cantonales, l'objectif est de développer des soins psychiatriques de haute qualité, adaptés aux besoins du Canton et « financièrement viables »², basés sur des preuves scientifiques, favorisant le rétablissement dans la communauté et l'inclusion sociale, en collaboration étroite avec les partenaires du réseau socio-sanitaire. Dans le contexte conceptuel du « modèle de services équilibrés » recommandé par l'OMS, le positionnement stratégique du CNP se situera au niveau des services spécialisés et du soutien au réseau de soins de premier recours. La stratégie institutionnelle 2023-30 se développe sur 4 axes: clinique, ressources humaines, infrastructures, gouvernance.

Axe 1 – Clinique

La stratégie clinique consistera à développer la mobilité et les partenariats afin garantir des soins de proximité et encourager la subsidiarité et la répartition de tâches entre les différents acteurs du réseau qui interviennent sur la trajectoire de soins des patients. Les axes de développement seront dirigés vers:

1. le soutien au réseau socio-sanitaire (médecins de premier recours, EMS, institutions sociales et d'éducation spécialisée) par des prestations de formation, supervision et des soins de proximité ;
2. la prévention des maladies psychiques et des troubles complexes ;
3. le développement de programmes spécifiques en collaboration avec les partenaires du réseau socio-éducatif et sanitaire (troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement alimentaire, addictions) ;
4. l'accès aux soins de qualité pour des catégories de patients vulnérables (migrants, personnes détenues et sous mesure pénale, populations précarisées) ;
5. la redéfinition du rôle de l'hôpital et le renforcement des alternatives à l'hospitalisation (accompagnement socio-thérapeutique modulable à domicile, équipes mobiles, *home treatment*).

¹ Mathers Cd, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11):e442.

² Santé2030 – Politique de la santé – stratégie du conseil fédéral

Axe 2 – Ressources humaines

Le recrutement de personnel de santé qualifié en Suisse est fortement dépendant de l'étranger et représente un défi de taille pour toutes les institutions publiques du système sanitaire. La stratégie du CNP consistera à développer une politique ambitieuse en matière de gestion de la relève, formation et promotion de la marque employeur. Dans le domaine des soins, le CNP vise la diversification des profils afin d'ouvrir de nouvelles perspectives professionnelles et permettre un meilleur chaînage des compétences au sein des équipes (infirmiers en pratiques avancées, infirmiers HES et ES, ASSC, ASE etc.). Quant aux médecins, les difficultés de recrutement concernant surtout l'encadrement, il s'agira de proposer aux jeunes un parcours de formation qualitativement élevée, afin de leur permettre d'assumer la relève. Pour les psychologues, au vu des modifications normatives annoncées, il s'agira de devenir institution formatrice et développer davantage l'offre de formation post-graduée. L'investissement dans la formation et la recherche appliquée devient un élément crucial de la stratégie. Le CNP entend ainsi profiler son institut de formation et recherche en santé mentale en développant la collaboration avec les partenaires universitaires et les hautes écoles. L'objectif est d'asseoir la légitimité du CNP auprès des professionnels de la santé mentale, renforcer la qualité de l'offre de formation adressée aux professionnels du CNP et l'étendre aux partenaires du réseau comme un outil supplémentaire de soutien.

Axe 3 – Infrastructures

A plus de 170 ans depuis la construction de la Maison de santé de Préfargier, la modernisation de l'infrastructure hospitalière du CNP est une nécessité objective. Le CNP propose une nouvelle vision architecturale du site de Préfargier en adéquation avec les besoins de la psychiatrie actuelle et future, dans le respect de l'héritage historique et culturel du site. Le CNP poursuit par ailleurs sa stratégie visant à développer les soins ambulatoires dans la cité. Aussi, sont projetés l'agrandissement du centre ambulatoire des Montagnes et l'ouverture d'un nouveau site ambulatoire sur le Littoral.

Axe 4 – Gouvernance

Pour les années 2023-30, le CNP projette une augmentation moyenne des recettes de 2% par année. À l'horizon 2030, le CNP présentera un effectif de 45 EPT supplémentaires par rapport à 2021, et une crue de 19.3 millions de recettes y compris les subventions. Le rapport entre les recettes et les subventions restera stable. Cette évolution sera possible grâce à l'imbrication stratégique de mesures organisationnelles, structurelles et financières. Au niveau organisationnel, l'évolution vers des modèles de gouvernance agile permettra l'adaptation continue aux besoins de la population et le développement d'une culture de travail en partenariat. La numérisation des processus permettra de produire des données fiables, nécessaires à informer les processus décisionnels et permettre le suivi des objectifs de qualité clinique et d'efficience. Au niveau financier, le CNP ayant été constitué en 2009 avec un capital négatif, le soutien de l'Etat se rend aujourd'hui nécessaire afin d'assainir le bilan et garantir au CNP une réelle autonomie financière. Grâce à un apport total estimé à 80 millions, le CNP sera en mesure de financer les investissements nécessaires au déploiement de son plan stratégique, notamment la modernisation de l'infrastructure du site de Préfargier (estimée à 100 millions). A l'horizon 2030, le CNP présente une situation financière saine : le maintien d'un EBITDA à 8% permet de maintenir un niveau de fonds propres suffisant aux besoins des investissements courants futurs.

0. Fondements

0.1 Historique

Le CNP, en sa qualité d'établissement autonome de droit public, a été créé en 2009 par le regroupement de toutes les institutions psychiatriques privées et publiques qui à l'époque œuvraient dans le domaine de la santé mentale dans le canton de Neuchâtel, parmi lesquelles figuraient l'hôpital psychiatrique cantonal de Perreux (institution publique) et la Maison de Santé de Préfargier (institution privée). La création du CNP est ainsi issue d'une volonté politique de promouvoir une vision moderne de la psychiatrie, vision consacrée dans la loi (LCNP art.3) qui lui a attribué la mission de :

- a) conduire, en collaboration avec les institutions partenaires et les professionnels concernés, la politique sanitaire publique dans le domaine de la prise en charge des patients souffrant de problèmes de santé psychiques;*
- b) mettre en œuvre la planification sanitaire définie par le Conseil d'Etat, notamment au moyen de lits aigus, de lits de moyens séjours, de structures résidentielles, de structures intermédiaires, de structures ambulatoires et d'ateliers;*
- c) maintenir une offre diversifiée des approches thérapeutiques;*
- d) favoriser une activité ambulatoire facilement accessible aux usagers, notamment en assurant la présence d'unités dans les agglomérations urbaines et d'antennes dans les régions;*
- e) maîtriser l'évolution des coûts du système de santé par une affectation optimale des ressources à disposition;*
- f) contribuer à la formation postgraduée des psychiatres-psychothérapeutes et des psychologues-psychothérapeutes;*
- g) contribuer à la prévention des maladies psychiques.*

Parmi les défis majeurs relevés par le CNP durant les premiers 10 ans d'existence, on mentionnera :

1. la définition et la mise en œuvre d'un plan stratégique visant l'implantation dans le canton de Neuchâtel d'une psychiatrie communautaire (redéfinition de l'offre en soins, passage d'un système traditionnel de soins psychiatriques polarisé sur les centres hospitaliers et résidentiels à un modèle de soins psychiatriques de proximité ancrés dans le tissu social et intégrés au système de santé local) ;
2. la création d'une identité et d'une culture institutionnelle commune à partir d'entités profondément hétérogènes (gestion du changement, création d'un modèle de gouvernance) ;
3. la gestion financière d'une institution créée sans capital de départ et ayant hérité des dettes provenant des entités regroupées lors de la fusion.

En 2019, à 10 ans de sa création, le CNP se trouvait à un moment charnière : avec une équipe dirigeante en crise, les réformes préconisées dans les options stratégiques du CNP 2015-2022 n'avaient pas encore entièrement abouti et le CNP exploitait encore des structures sur le site de Perreux dont les prestations (hébergement et ateliers occupationnels) s'inscrivaient dans l'héritage d'une psychiatrie asilaire désormais dépassée. Un important travail de réorientation opérationnelle a été réalisé en 2019-2021 afin d'assurer le déploiement du plan stratégique dans les délais prévus : la fermeture définitive du site de Perreux a été parmi les résultats les plus visibles et symboliquement chargés de ce mouvement.

Ce changement de paradigme, rendu possible notamment par un renouvellement de l'équipe de direction (5 nouvelles personnes sur 6, en 3 ans) et une réforme de la gouvernance, devra être poursuivi et consolidé dans les années à venir afin de faire face aux futurs défis en matière de santé mentale dans le canton de Neuchâtel.

À noter que les modifications intervenues ces dernières années demandent une adaptation de la LCNP, notamment concernant l'énoncé de la mission institutionnelle. Dépendant des options stratégiques retenues pour 2023-30 d'autres adaptations législatives pourraient être nécessaires : le processus de validation de la stratégie 2030 devra dès lors s'accompagner d'une révision de la loi.

0.2 Évolutions et défis en matière de santé mentale

0.2.1 Définition

Loin de pouvoir être conçue comme la simple « absence de maladie », la « santé mentale » est définie comme *un état de bien-être dans lequel l'individu est conscient de ses propres capacités, peut faire face au stress normal de la vie, peut travailler de manière productive et fructueuse et est capable d'apporter une contribution à sa communauté. En ce qui concerne les enfants, l'accent est mis sur les aspects développementaux tels que : avoir un sentiment d'identité positif, la capacité de gérer ses pensées, ses émotions, ainsi que de nouer des relations sociales, l'aptitude à apprendre et à acquérir une éducation, permettant à terme la pleine participation active à la société*³.

La santé mentale, comme d'autres aspects de la santé, peut être affectée par un ensemble de facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux qui doivent être pris en compte par les stratégies de promotion, prévention et soins en santé mentale, dans le contexte d'une politique socio-sanitaire globale.

Selon le contexte, certains individus et groupes peuvent être exposés à un risque significativement plus élevé d'éprouver des problèmes de santé mentale spécifiques. Selon les sociétés, les troubles mentaux liés à la marginalisation, la paupérisation, la violence, les abus domestiques, le surmenage ou le stress peuvent être plus ou moins marqués.

Toute stratégie en matière de santé mentale doit donc tenir compte du contexte socio-économique, culturel et environnemental dans lequel évoluent les institutions de santé, leurs partenaires et leur patientèle. C'est en alliant l'aspect global et local de l'analyse des besoins, que la stratégie institutionnelle pourra construire une offre de soins pertinente, adaptée aux attentes de la population et complémentaire aux services des partenaires socio-sanitaires.

En effet, la définition même de « santé mentale » telle que proposée par l'OMS exige une collaboration étroite entre l'ensemble des acteurs du système socio-sanitaire local et appelle à la mise en place de véritables partenariats interinstitutionnels. Dans ce contexte, le travail en réseau deviendra pour le CNP un pilier fondamental de son positionnement stratégique. Déjà affichée parmi les valeurs de l'institution (voir chapitre 0.3), l'« ouverture » au partenariat impliquera, dans l'intérêt supérieur de la patientèle,

³ *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, WHO 2021*

un important travail de traduction opérationnelle afin d'assurer une fluidité maximale entre le CNP et les autres intervenants professionnels du réseau.

0.2.2 Évolution des troubles psychiques au niveau global

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux, spécifiquement les troubles anxieux et dépressifs, représenteront d'ici à 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés⁴. Rappelons que 20% à 25% des consultations auprès des médecins de famille sont liées à des troubles mentaux⁵ (en prévalence dépression et anxiété⁶). En Suisse, selon des chiffres publiés en 2021 par l'Observatoire suisse de la santé⁷, la fréquence des symptômes dépressifs enregistre une augmentation constante surtout parmi les jeunes de 16 à 20 ans et chez les personnes de 50 à 64 ans. Le pourcentage de personnes présentant des symptômes dépressifs modérés à graves en Suisse a crû ces dernières années, pour s'élever à près de 9%⁸.

La multiplication des troubles psychiques, qui souvent préoccupent aussi l'entourage des personnes concernées, constitue un défi important. En Suisse, environ 15% de la population est affectée par des problèmes psychiques moyens à graves. Plus de 6% de la population suit un traitement régulier.

À ces données s'ajoutent les constats relatifs à l'évolution démographique des sociétés contemporaines, typiquement dans les pays à haut revenu, caractérisée d'une part par le vieillissement de la population - et l'accroissement des troubles psychiques liés à l'âge avancé (problématique plus spécifiquement abordée ci-après) - et d'autre part, l'incidence des flux de migrants – comprenant une augmentation des psychopathologies liés aux traumatismes du vécu migratoire (aspect traité plus en détail au chapitre 1.6.2).

Nous renonçons ici à étayer les impacts de la pandémie COVID-19 sur la santé mentale de la population, par manque de données probantes sur ses éventuels effets à long terme. Si les effets immédiats de la pandémie sur l'état psychique général de la population ont été indéniables, l'émergence de nouvelles formes cliniques spécifiquement liées à la pandémie reste à monitorer : il est ainsi trop tôt pour proposer une analyse basée sur des preuves scientifiques.

0.2.3 Troubles psychiques de l'âges avancé

Les besoins en matière de soins psychiques évoluent, au gré des changements sociaux ou démographiques et selon les politiques de santé mises en place. D'un point de vue général, le vieillissement de la population engendre, sur le plan somatique, un accroissement des maladies physiques (polymorbidités) et sur le plan psychiatrique une augmentation de la prévalence des troubles neurocognitifs. En effet l'incidence des troubles neurocognitifs augmente avec l'âge. Cette prévalence augmente de manière exponentielle avec le grand âge (à titre d'exemple, la population des personnes de plus de 90 ans présente une prévalence de troubles neurocognitifs supérieure à 40 %⁹) et générera

⁴ Mathers Cd, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3(11):e442.

⁵ Watson, DE., Heppner, P., Roos, N. P., Reid, R. J., Katz, A., 2005, Population-based use of mental health services and patterns of delivery among family physicians, 1992 to 2001, *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 7, 398-406

⁶ Walters, P., Tylee, A., Goldberg, D., 2008, *Psychiatry in Primary Care*, in Murray, R. M., Kendler, K. S., McGuffin, P., Wessely, S., Castle, D. J., eds., *Essential Psychiatry*, Cambridge Medicine, 479-497.

⁷ La santé psychique en Suisse, *Monitoring 2020*, OBSAN, Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter

⁸ OBSAN : <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/symptomes-depressifs>

⁹ Etudes EURODEM et PAQUID

une augmentation importante du nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs, qu'il s'agira de prendre en soins. Sur le plan des morbidités psychiatriques, l'arrivée des « baby-boomers » à l'âge de la retraite amènera un changement des profils et de certaines problématiques, par exemple addictologiques et de troubles de la personnalité.

Enfin, dans une perspective sociologique, la condition psychologique de la personne âgée mérite d'être analysée dans le contexte plus large de l'évolution sociétale et, partant, du rôle que la société contemporaine réserve aux aînés. Les troubles psychiatriques de la personne âgée reflètent en partie un mal-être qui trouve sa source dans le contexte environnant, familial et/ou social. La situation sociale et familiale actuelle, dans laquelle les référentiels traditionnels se voient estompés (proximité familiale, rôle de transmission expérientielle de l'âgé aux jeunes générations), fait que la personne âgée tend de plus en plus à s'identifier à ses défaillances et à subir une perte de rôle social. Ceci génère souffrance psychique et un sentiment de vulnérabilité et inutilité qui contribue à l'isolement et au déficit identitaire. La personne âgée est alors confrontée à l'appréhension du vieillissement, la question de la fin de la vie devient une thématique centrale et s'accompagne de peurs : peur de la déchéance physique et psychique, peur de la souffrance physique, peur de devenir un fardeau pour les proches, peur de mourir seule et isolée. Face à ce ressenti et à l'absence de perspective de partage avec autrui, la personne âgée risque de perdre le sentiment de vivre une vie qui vaut la peine d'être poursuivie. D'ailleurs, la tendance de la société contemporaine à valoriser la réussite, facilite peu l'apprentissage de la perte et de l'échec durant la jeunesse. Ainsi, l'individu qui avance en âge, mûrit et vieillit, doit soudainement face à la « perte » et n'est pas préparé aux douleurs qui accompagnent la vieillesse : deuils, maladies, réduction des interactions sociales et, plus globalement, l'ensemble des expériences qui préparent l'individu à quitter ce monde.

Tous ces aspects sont susceptibles d'engendrer une résignation fatale et contribuent à faire émerger le souhait de terminer son existence. La prévalence de la dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus se situe entre 8 et 16%¹⁰. Dans ce contexte, l'apport de la psychiatrie va plus loin que le soin. La psychiatrie se doit de partager sa connaissance des enjeux intra-psychiques de la condition de la personne âgée dans la société contemporaine et se propose comme accompagnatrice et facilitatrice d'un processus de reconstruction du lien social qui donne sens à l'existence. Les programmes d'accompagnement aux proches aidants et les prestations préconisées dans le chapitre 1.3 dédié à la prévention vont notamment dans ce sens.

0.2.4 Treatment gap

Au niveau global, les systèmes de santé n'ont pas encore réussi à répondre de manière adéquate au fardeau des maladies mentales; l'écart entre le besoin de traitement et la prestation en soins est encore élevé partout dans le monde quelle que soit la gravité des pathologies¹¹. Au niveau mondial la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques ne reçoivent pas de soins¹². Dans les pays à revenu élevé comme la Suisse¹³, le « *treatment gap* » est estimé entre 35% et 50%. Si dans les pays en voie de

¹⁰ Helmer C, Montagnier D, Pérès K. *Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse* 2004

¹¹ Bonsack Ch, Conus Ph, Decrey Wick H. *Collaboration entre médecin de famille et psychiatre pour les problèmes de santé mentale. Rev Med Suisse* 2014;1715-1718.

¹² Thornicroft G. *Most people with mental illness are not treated. Lancet* 2007;370:807-8

¹³ OMS, 2021 *ibidem*

développement ce fossé est lié principalement à un problème d'accessibilité ou de manque de spécialistes, dans les pays à haut revenu (comme la Suisse) il s'agit plutôt d'un problème de stigmatisation de la maladie.

Les coûts associés à l'augmentation des maladies psychiques et à leur stigmatisation, en termes d'accès aux soins, perte de productivité, fardeau pour les familles, morbidité et mortalité sont majeurs et représentent un enjeu non négligeable en matière de politique de santé¹⁴.

Or, le processus de destigmatisation des soins psychiatriques avance avec l'évolution sociétale et la littérature fait état d'un recours accru aux prestations du système de santé en raison de troubles psychiques¹⁵. Les chercheurs voient dans ces résultats une modification de la manière dont les patients ont recours aux soins psychiatriques et de la manière dont les médecins posent les diagnostics, les enregistrent et les communiquent¹⁶. Ce changement culturel d'attitude vis-à-vis de la maladie mentale, promet un effet positif en termes de réduction du *treatment gap*. D'autre part, inévitablement, cela se traduira en une plus grande sollicitation des services de soins psychiatriques.

Face à ces défis, le système de santé mentale doit repenser l'organisation de ses prestations et son *modus operandi*. Il s'agit notamment de poursuivre la transition vers un modèle d'organisation de services équilibré¹⁷ permettant d'absorber l'augmentation des besoins par une répartition de la prise en charge parmi plusieurs acteurs du réseaux socio-sanitaire.

0.2.5 Évolution des troubles psychiques au niveau cantonal

Au niveau de la santé mentale de la population, le Canton de Neuchâtel s'inscrit dans la moyenne Suisse, notamment concernant le taux de suicide, la durée des séjours hospitaliers et le taux d'hospitalisation ; le Canton se situe néanmoins dans la moyenne élevée notamment en termes de symptômes dépressifs, troubles du sommeil, consommation d'alcool et séjours hospitaliers liés à la consommation de substances¹⁸.

D'un point de vue démographique, nous relevons que la population générale du canton est vieillissante et que ce phénomène va se poursuivre et s'amplifier dans les décennies à venir. Notons tout particulièrement que les projections prévoient une augmentation de plus de 42% de la population âgée de plus de 65 ans (de 33'700 habitants à fin 2018 à 48'000 à fin 2040). La hausse sera particulièrement importante au cours de la période 2024-2037 (environ 600 personnes en plus chaque année), avec l'arrivée aux âges de la retraite des générations nées pendant les années '60¹⁹.

Les défis en matière de santé mentale pour le Canton de Neuchâtel correspondent dès lors largement aux enjeux présentées dans les paragraphes précédents.

¹⁴ Santé psychique en Suisse. État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Office fédéral de la santé publique (OFSP), mai 2015.

¹⁵ Jacobi et al., 2017; Jorm et al., 2017; Nübel et al., 2019; OECD/EU, 2018; Schuler et al., 2019

¹⁶ Thom et al., 2019

¹⁷ Thornicroft G, Tansella, M, *The balanced care model : the case for both hospital – and community – based mental healthcare* », *The British Journal of Psychiatry*, 2004.

¹⁸ OBSAN, 2019

¹⁹ <https://www.ne.ch/autorites/DEAS/STAT/population/Documents/PerspPopNE2019-2040.pdf>

0.2.6 Politique en matière de santé mentale.

En 2013, l'OMS a publié un "Plan d'action global pour la santé mentale" promouvant une approche communautaire et multisectorielle des soins psychiatriques ainsi qu'une articulation forte entre les soins primaires et les services spécialisés. Le plan d'action énonçait 4 principaux objectifs :

- leadership et gouvernance efficace dans le domaine de la santé mentale ;
- intégration des services de santé mentale et des services sociaux dans la communauté ;
- promotion de la santé mentale pour tous et prévention des problèmes de santé mentale pour les personnes à risque ;
- approche clinique basée sur des preuves scientifiques par le renforcement de la recherche et des systèmes d'information.

Sur la base de ces recommandations internationales, le CNP a présenté en 2015 des options stratégiques pour la période 2015-2022, s'inscrivant dans la continuité des actions entreprises dès sa création et visant la mise en œuvre dans le canton de Neuchâtel d'une politique de santé mentale moderne basée sur une psychiatrie intégrée de proximité. Les axes stratégiques 2015-22 du CNP ont dès lors porté davantage sur les deux premiers objectifs du plan de l'OMS (gouvernance et intégration dans la communauté) ; il s'agira pour la période 2023-30 de poursuivre les efforts et investir les deux autres domaines susmentionnés (prévention, approche clinique basée sur des preuves scientifiques).

0.2.7 Bilan des options stratégiques du CNP 2015-22

Les options stratégiques, présentées au Conseil d'Etat en 2015, ont été approuvées par le Grand Conseil le 26 janvier 2016. Le bilan de leur mise en œuvre est contrasté. Parmi les principales réalisations on mentionnera la réduction des lits hospitaliers (de 139 lits en 2015 à 113 en 2021), la création des deux Centres de psychiatrie communautaire du littoral et des montagnes (CPCL et CPCPM), ouverts respectivement en 2016 et 2018, le transfert des activités occupationnelles à la Fondation alfaset en 2021 et la fermeture en 2020-21 de 112 lits résidentiels (dont 52 transférés à des partenaires du canton²⁰). Cette dernière opération a été accompagnée par un développement important des activités mobiles de psychiatrie spécialisée à domicile²¹ ou auprès des institutions socio-sanitaires partenaires. D'autres initiatives à orientation communautaire et intégrative sont aussi à mentionner parmi les succès de ces dernières années, notamment le projet « cabinets de groupe » visant la détection et le traitement précoce de troubles psychiatriques au niveau des soins primaires ; le développement de la liaison avec les soins somatiques hospitaliers (RHNe) ainsi que la création d'un Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire.

Malgré l'effort consenti pour soutenir le transfert de compétences au sein de la communauté, la fermeture du site de Perreux a fortement impacté le réseau : un investissement plus important doit être assuré par le CNP dans les prochaines années afin de permettre une prise en charge communautaire des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans ce sens, le CNP devra davantage développer son offre au bénéfice des acteurs clés (institutions d'éducation spécialisée, établissements médico-sociaux, proches-aidants etc.), fluidifier les collaborations interinstitutionnelles et assurer la réactivité nécessaire

²⁰ 17 lits (prise en charge de personnes souffrant de handicap mental) ont été transférés à la Fondation Les PerceNeige en 2021 et 35 lits de psychogériatrie à des EMS (25 à La Sombaille, 10 à la Licorne, 5 au Castel, 5 au Foyer du Bonheur et 5 aux Peupliers)

²¹ 75 patients suivis à domicile par le CNP en accompagnement socio-thérapeutique modulable (moyenne 2021)

en cas de crise et urgences. Ces préoccupations sont intégrées dans les options proposées dans les chapitres 1.2 et 1.3.

Parmi les derniers projets prévus dans les options stratégiques 2015-22 nous mentionnerons la mise sur pied de programmes spécifiques à faible taux d'hospitalisation, que le CNP a lancé en 2021-22 : troubles de la personnalité, troubles anxieux, troubles du comportement alimentaire (TCA) qui sont actuellement à un stade embryonnaire de développement. Les deux derniers programmes, posent des défis particuliers, le premier notamment par son étendue vu la prévalence des troubles anxieux-dépressifs dans la société contemporaine, le deuxième de par sa complexité. Les enjeux spécifiques actuels et futurs sont présentés de manière détaillée dans les chapitres 1.4.4 et 1.4.1.

D'autre part, le CNP a réorienté, voire abandonné certaines options stratégiques prévues dans le plan original. Dans ce sens, le projet de création d'un EMS spécialisé pour les cas complexes a été réorienté au profit du transfert de compétences vers des structures cantonales existantes, jugé plus optimal eu égard aux travaux de la planification médico-sociale (PMS)²².

Deux autres projets ont été abandonnés pour des raisons indépendantes du CNP, en grande partie liées au contexte politique et économique du Canton. Sans affecter de manière substantielle la concrétisation de la vision stratégique globale, ces renoncements ont néanmoins privé le canton de Neuchâtel de prestations qui, de l'avis du CNP, maintiennent encore aujourd'hui toute leur pertinence pour répondre aux problèmes de santé mentale de certains groupes de population particulièrement vulnérables (principalement parmi les jeunes et les personnes âgées). Il s'agit notamment de la création de deux hôpitaux de jour (un pour enfants et un pour adolescents), option de grand intérêt clinique mais financièrement onéreuse, à laquelle le CNP a renoncé au profit d'une collaboration plus étroite avec le Service de protection de l'adulte et de la jeunesse (SPAJ) visant à accompagner la réforme cantonale de désinstitutionalisation. Ce nonobstant, la pertinence d'un dispositif de soins intermédiaire spécialement conçu pour les enfants et les adolescents reste d'actualité et est argumentée dans le chapitre 1.5.4.1.

Un deuxième important projet qui n'a pas pu se concrétiser prévoyait la création d'une unité hospitalière de soins mixtes somato-psychiatriques: le CNP s'est vu contraint de renoncer à cette option stratégique suite à la réorganisation de l'HNE et l'indisponibilité du naissant RHNe à concrétiser un projet d'une telle envergure. Le CNP reste persuadé du bienfondé d'une telle structure dans un double souci de qualité et d'économicité des soins. Les arguments en soutien de cette option sont présentés dans le chapitre 1.7.2.1.

Dernier point, et non des moindres, on citera l'adoption en 2019 du principe des unités hospitalières « ouvertes », conformément aux nouvelles directives médico-éthiques sur les mesures de contrainte en médecine et aux exigences des instances de contrôle (ex. Commission Nationale de Prévention de la Torture). Cette démarche, en soi positive et nécessaire, a mis en évidence les limites du système notamment concernant la prise en charge résidentielle d'une minorité de personnes au profil complexe pour lesquelles ni les institutions de santé, ni les autorités civiles et pénales sont légitimées à prendre des mesures de limitation de la liberté. Cette problématique, par ailleurs présente dans bien d'autres contextes au niveau national et international, devra faire l'objet d'une orientation stratégique politique

²² 35 lits de psychogériatrie ont été transférés à des EMS en 2020-21 (voir note 18)

concertée avec l'ensemble des acteurs de la chaîne pénale et socio-sanitaire. Une orientation stratégique dans ce sens est présentée dans le chapitre 1.6.3.

0.2.8 Orientations internationales 2030 en matière de santé mentale

Les nouvelles orientations de l'OMS en matière de santé mentale, publiées en 2021²³, poursuivent dans la direction lancée par le précédent plan d'action en énonçant 6 grands principes directeurs :

1. Accès aux soins : indépendamment de l'âge, du sexe, du statut socio-économique, de la race, de l'origine ethnique ou de l'orientation sexuelle, et conformément au principe d'équité, les personnes atteintes de troubles mentaux doivent pouvoir accéder à des services socio-sanitaires leur permettent de se rétablir et maintenir un niveau de santé le plus élevé possible. Ce principe, repris sous forme d'objectif par le Conseil fédéral, énonce qu'indépendamment de leur statut socio-économique, « les individus en Suisse vivent dans un environnement favorable à la santé. Ils bénéficient d'un système sanitaire moderne, de grande qualité et financièrement viable²⁴ ».
2. Dignité humaine : les stratégies, actions et interventions de santé mentale pour le traitement, la prévention et la promotion doivent respecter les droits humains.
3. Pratique fondée sur des preuves scientifiques : les stratégies et interventions en santé mentale pour le traitement, la prévention et la promotion doivent être fondés sur des preuves scientifiques et les meilleures pratiques établies dans le domaine. Le renforcement de la recherche en santé mentale doit nourrir l'évolution des pratiques cliniques et favoriser l'amélioration continue.
4. Approche axée sur le parcours de vie : les politiques, plans et services de santé mentale doivent tenir compte des besoins à tous les stades de la vie, y compris la petite enfance, l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte et la vieillesse. Les approches thérapeutiques doivent s'adapter aux besoins évolutifs des patients et suivre la trajectoire de la personne.
5. Autonomisation : les personnes atteintes de troubles mentaux et les handicaps psychosociaux devraient être responsabilisés et impliqués dans le plaidoyer, la politique, la planification, la législation, la prestation de services, le suivi, la recherche et l'évaluation.
6. Approche multisectorielle : une réponse globale et coordonnée pour la santé mentale nécessite un partenariat avec plusieurs secteurs publics tels que la santé, l'éducation, l'emploi, la justice, le logement, le social et d'autres secteurs pertinents y compris le secteur privé.

0.2.9 Balanced care model

Le modèle recommandé par l'OMS pour répondre aux défis susmentionnés, est celui des *soins et services équilibrés*. Ce modèle, adopté par le CNP depuis son origine, fait référence à la fois à un équilibre entre les soins hospitaliers et communautaires et à un équilibre entre toutes les composantes du système de santé²⁵. Cette vision encourage la recherche du meilleur équilibre possible entre un éventail d'approches complémentaires, sur la base de l'évaluation des besoins de la population desservie²⁶. D'une part, il met l'accent sur la provision de services ambulatoires dans un milieu communautaire à

²³ *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030, WHO 2021*

²⁴ *Santé2030 – Politique de la santé – stratégie du conseil fédéral*

²⁵ *The balanced care model for global mental health, Cambridge University Press, G. Thornicroft, M. Tansella, 2012*

²⁶ *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité? OMS, 2003.*

proximité de la population en réservant le traitement hospitalier aux situations de crise (séjours hospitaliers les plus courts possible, disponibles sans délai et seulement lorsque nécessaire). D'autre part, dans une optique de subsidiarité et de répartition de tâches, le modèle des soins équilibrés prône l'idée que différents acteurs du tissu socio-sanitaire interviennent dans l'accompagnement socio-thérapeutique des personnes souffrant de troubles mentaux, selon le degré de complexité de la prise en charge. Le modèle comprend ainsi des dispositifs de spécialisation croissante:

- Soins informels : les soins que l'entourage familial et social apportent à la personne atteinte de trouble psychiques représentent la première réponse aux problèmes de santé mentale.
- Soins de premier recours : pour les personnes atteintes dans leur santé mentale et leurs proches, les médecins de famille et les soins à domicile représentent souvent le premier point de contact avec les soins professionnels. Leur rôle dans la reconnaissance et détection des troubles psychiques est primordial, notamment afin d'en prévenir la chronicisation.
- Services de psychiatrie générale : la détection, le diagnostic et le traitement des maladies mentales moins graves ainsi que la prise en charge des patients dont les symptômes sont faibles à moyens, devraient pouvoir se déployer au travers d'échanges fluides entre les médecins en soins primaires et les spécialistes en santé mentale. Les acteurs privés dans le domaine des soins psychiatriques (psychiatres et psychothérapeutes installés, cliniques privées) peuvent valablement répondre à ce besoin. La présence et l'émergence, y compris à Neuchâtel de nouveaux acteurs privés dans le domaine de la psychiatrie doit être vu comme une opportunité dans ce sens : même s'il s'agit parfois d'établissements privés (ex. Les Toises, Centre Psyché, etc.) qui de par leur taille, activité et positionnement peuvent être perçus comme des menaces, leur présence complète bien la cartographie des prestataires de soins en santé mentale dans le canton. Selon le modèle des soins équilibrés, ces acteurs privés peuvent utilement contribuer à désengorger le service public, encore souvent absorbé par des situations de basse complexité. Leur réponse à cette partie du besoin offre l'opportunité de concentrer les ressources publiques sur le développement des soins spécialisés, plus rares, plus complexe et financièrement plus onéreux.
- Services de psychiatrie spécialisés : les services spécialisés se concentrent sur la prestation de soins aux personnes souffrant de troubles mentaux graves et complexes, nécessitant une prise en charge pluri-professionnelle et des soins aigus y compris de type hospitalier. Ceci implique le traitement des troubles graves selon des normes de qualité élevées découlant de bases factuelles et preuves scientifiques. La complexité des prises en charge, la nécessité du travail en réseau et la coordination entre les différents services socio-sanitaires justifient l'intervention publique dans la surveillance et le financement de ce type de prestations.

A la lumière des éléments ci-dessus, le CNP devra continuer à chercher son positionnement en tant qu'acteur public principalement dans le domaine des soins psychiatriques spécialisés et dans le soutien au réseau socio-sanitaire. Il s'agira pour le CNP, d'une part de développer davantage la qualité de ses prestations de soins spécialisés (soins aigus hospitaliers, hôpitaux de jour, équipes mobiles etc.), d'autre part de développer les partenariats et les collaborations interinstitutionnelles avec les autres acteurs de premier recours (ex. médecins de famille, pédiatres, soins à domicile...), les services de psychiatrie générale présents sur le territoire (psychothérapeutes installés, cliniques privées, EMS psychiatriques etc.)

et les autres acteurs de proximité (institutions d'éducation spécialisée, proches-aidants, établissements d'hébergement social etc.)

0.3 Les valeurs du CNP

Parmi les fondements sur lesquels se construit la vision 2030 du CNP, sont à mentionner les 5 valeurs institutionnelles formalisées par le Conseil d'administration à la suite d'un important travail d'analyse et réflexion réalisé en 2018. Ces 5 valeurs représentent les principes inspirateurs qui ont servi de guide dans la définition de la vision 2030 du CNP. Elles s'articulent autour des 5 thèmes suivants:

- les interactions avec les patients (humanité)
- les relations internes (confiance)
- la collaboration avec les partenaires (ouverture),
- l'adaptation continue à l'environnement (innovation)
- la qualité des prestations (excellence).

Partant, les 5 valeurs sont ainsi définies :

1. **Humanité:** le respect de la dignité humaine est le pilier de notre concept de prise en charge. Nous reconnaissons la personne malade dans sa qualité d'être humain, disposant de ressources personnelles et de volonté autonome. Nous invitons le patient à être acteur de son projet thérapeutique et favorisons sa participation à la prise de décision: à cette fin, nous l'informons de manière utile, neutre et adaptée.
2. **Confiance:** notre collaboration est basée sur la confiance et le respect mutuels. Toutes les fonctions sont nécessaires et contribuent à la mission du CNP en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux. Par la confiance, nous favorisons l'autonomie, l'esprit d'initiative et la responsabilité individuelle. Nous promouvons la confrontation positive et la critique constructive lors des débats internes; nous comptons sur le respect des engagements et l'implémentation des décisions prises.
3. **Ouverture:** nous initions, entretenons et développons des relations de collaboration et partenariat visant la promotion de la santé mentale, la prise en charge et la prévention des troubles psychiques dans le canton. Nous sommes à l'écoute de nos partenaires et proposons des solutions sous forme d'expertise et transfert de compétences. Nous promouvons la collaboration avec le patient, ses proches, la communauté et les entités pertinentes lors de la mise en place des projets thérapeutiques individuels.
4. **Excellence:** nous visons l'excellence des prestations et l'amélioration continue. La satisfaction des patients ainsi que l'adoption de bonnes pratiques reconnues par la communauté scientifique sont la mesure de la qualité des soins prodigués. Nous promouvons le partage d'expériences avec nos homologues à niveau national et international. Nous sommes à la pointe des nouveaux concepts de prise en charge psychiatrique.
5. **Innovation:** face à l'évolution des réalités nous faisons preuve d'agilité, explorons de nouvelles solutions et visons à innover les services délivrés ainsi que les pratiques managériales. Nous accueillons le changement avec enthousiasme et esprit constructif.

La traduction de ces valeurs en processus opérationnels et l'évolution de la culture institutionnelle que cela sous-tend est discutée dans le chapitre 4 dédié à la « gouvernance ».

0.4 Axes stratégiques du CNP 2023-30

En accord avec les valeurs susmentionnées, conformément aux recommandations internationales résumées jusqu'ici et dans le cadre des lignes directrices fédérales, l'ambition du plan stratégique 2023-30 est de conduire le CNP vers une psychiatrie moderne, de « grande qualité » et « financièrement viable »²⁷, basée sur des preuves scientifiques, favorisant le rétablissement dans la communauté et l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques, en collaboration avec les autres partenaires du réseau socio-sanitaire. L'objectif général est ainsi formulé :

En 2030, le CNP est reconnu au niveau cantonal, national et international parmi les institutions de référence en matière d'organisation et prestations de soins psychiatriques spécialisés ainsi que de formation et recherche en santé mentale. Les soins psychiatriques dans le canton de Neuchâtel sont organisés selon le modèle des services équilibrés, ancrés dans le tissu social et pleinement intégrés au système de santé local, basés sur une articulation forte entre les soins primaires et les services spécialisés ainsi que sur la complémentarité et le partenariat entre les secteurs public et privé. Le CNP jouit d'une solidité financière, structurelle et managériale lui permettant d'investir dans l'innovation des pratiques dans tous les domaines relevant de son secteur d'activité.

Le CNP entend présenter à l'Etat sa stratégie institutionnelle 2023-30 selon 4 axes principaux :

1. Clinique
2. Ressources humaines
3. Infrastructures
4. Gouvernance

L'axe n.1 « clinique » a été soumis à consultation des services étatiques concernés et aux partenaires du réseau socio-sanitaire cantonal entre le 25 mars et le 5 mai. La version présentée ci-après intègre les résultats de la consultation. Les axes 2-3-4 sont tributaires du premier et visent à soutenir les orientations cliniques qui y sont proposées.

²⁷ Santé2030 – Politique de la santé – stratégie du conseil fédéral

Axe n.1 – Clinique

Pour la période 2023-30, l'objectif du CNP est de contribuer à la création d'un système de santé mentale capable de garantir des soins psychiatriques de haute qualité et financièrement viables aux personnes souffrant de troubles mentaux dans le canton de Neuchâtel.

Partant du principe que les besoins de la population iront en augmentant et que, tout en restant le principal prestataire de soins psychiatriques spécialisés dans le Canton, le CNP n'est de loin pas le seul acteur actif dans le domaine, l'axe stratégique principal consistera à promouvoir la création d'un véritable réseau socio-sanitaire de santé mentale dans lequel plusieurs acteurs interviennent en complémentarité sur la trajectoire de soins des patients, selon le paradigme du « modèle de soins équilibré ». La stratégie clinique sous-jacente a pour but de diminuer la morbidité et l'invalidité liée aux problèmes de santé mentale et de favoriser l'inclusion sociale.

Pour le CNP il s'agira de développer des partenariats forts avec les acteurs du réseau socio-sanitaire afin de renforcer la complémentarité des interventions et contribuer au développement des capacités de prise en charge communautaire des troubles psychiques par l'ensemble du système socio-sanitaire cantonal.

1.1 Définition de la qualité clinique

Tandis que les premiers 10 ans du CNP ont été principalement consacrés à la construction du dispositif institutionnel au niveau structurel, organisationnel et en matière d'offre de soins, le focus des prochaines années sera davantage orienté sur l'amélioration continue des prestations ainsi que le développement des moyens de mesure et de pilotage de la qualité clinique.

La psychiatrie de haute qualité est une psychiatrie qui :

- est orientée vers le rétablissement et vise une vie accomplie plutôt que la disparition totale des symptômes ;
- respecte les libertés individuelles, les choix et l'autonomie du patient; favorise son *empowerment* et les relations sociales;
- entretient et développe des relations de collaboration et partenariat avec le patient, ses proches, la communauté et l'ensemble du réseau socio-sanitaire ;
- s'appuie sur le modèle de soins équilibrés : soutient les soins de premier recours et le réseau socio-sanitaire local ; offre des prestations de psychiatrie spécialisées et des prises en charge complexes et pluridisciplinaires comprenant également des alternatives à l'hospitalisation
- évolue en fonction des besoins des patients en suivant la trajectoire de la personne plutôt que celle dictées par les structures
- vise l'amélioration continue et l'adoption des bonnes pratiques reconnues par la communauté scientifique, promeut le partage d'expériences à niveau national et international, se maintient à la pointe des nouveaux concepts de prise en charge psychiatrique.

Sur la base ces principes et à la lumière de la politique de santé nationale 2030, il semble nécessaire d'intégrer dans la définition même de « qualité clinique » la notion de viabilité financière. Dans ce sens la définition proposée est la suivante :

La qualité clinique est la capacité des services de santé à satisfaire aux besoins des patients et de la population, selon les connaissances professionnelles du moment, et en fonction des ressources disponibles.

La qualité de la psychiatrie se définit donc sur le plan structurel, des processus et des résultats.

Sur le plan structurel, l'institution doit assurer que les moyens en ressources humaines et matérielles soient conformes aux standards internationaux et adaptés aux ambitions stratégiques. La qualité clinique étant fortement tributaire ces deux aspects, l'axe stratégique n.2 (ressources humaines) et n.3 (infrastructure) y sont entièrement dédiés.

Sur le plan des processus, l'institution devra réussir la traduction opérationnelle des orientations stratégiques en assurant leur déclinaison dans chacune des 5 étapes du processus clinique : admission évaluation, planification, monitoring, clôture. Notamment :

1. Admission : la population cible est constituée par les situations complexes qui ne peuvent pas être suivies par les soins de premier recours et les psychiatres privés. Les exceptions à cette règle peuvent se justifier à des fins de formation du personnel medico-soignant.

2. Evaluation : l'évaluation du patient doit être pluridisciplinaire, coordonnée entre les différentes compétences métier et basée sur des preuves scientifiques.
3. Planification : le projet thérapeutique doit être pluridisciplinaire, élaborée en partenariat avec les patients dans un processus de décision partagée.
4. Monitoring : le suivi de la planification doit prévoir des bilans et des révisions à intervalles réguliers; les dossiers doivent être documentés à temps ainsi que la transmission d'information; la narration doit être informative et structurée. Des protocoles de sécurité doivent être clairement définis.
5. La clôture se réalise en coordination avec les soins de premier recours.

Enfin, sur le plan des résultats, la qualité doit être mesurée, outre que par les indicateurs officiels disponibles (ex. critères ANQ), également par des indicateurs liés étroitement aux objectifs stratégiques institutionnels. Les standards de qualité clinique correspondant aux ambitions institutionnelles doivent dès lors être élaborés sans ambiguïté en amont afin de permettre une mesure objective en aval. Cette mesure doit venir alimenter de manière systématique le processus continu de révision des pratiques, permettant ainsi à l'institution de tendre vers l'excellence des soins.

Les indicateurs de suivi de la qualité clinique doivent, au minimum, inclure les aspects suivants : incidents critiques, violences et agressions; sécurité médicamenteuse ; liste d'attente ; délai d'intervention ; taux d'utilisation inadéquat des lits ; satisfaction des patients, des proches des partenaires et des financeurs et de l'autorité de tutelle (SCSP) ; réputation dans la presse et réseaux sociaux ; avis de la commission contre la torture, de la commission cantonale de santé mentale, de la commission cantonale de contrôle psychiatrique et des autres organes de contrôle.

Pour mettre à disposition ces indicateurs, un système d'information clinique performant est indispensable. La maturité du système d'information clinique du CNP n'est pas suffisamment avancée pour faire face aux défis actuels et futurs dans le contexte de la digitalisation de la société, des attentes des nouvelles générations et des exigences accrues en données structurées à des fins de qualité et de codage. L'introduction d'outils de travail plus intuitifs doit viser une gestion efficace de l'information et intégrer les diverses composantes de l'information clinique (anamnèse, projet de soins pluriprofessionnel, prescription médicamenteuse, données structurées liées aux exigences légales, documents de transmissions vers les soins de premier recours etc.). Ceci est capital à la fois pour la qualité des soins, la sécurité des patients, l'efficacité des processus cliniques et la rétention du personnel. Il s'agit notamment d'accélérer le processus de modernisation du dossier patient informatisé et de poursuivre la numérisation des processus par l'implantation d'un système d'information performant (voir chapitre 4.3 « Systèmes d'information »).

Tenant compte de l'analyse des besoins de la population au niveau cantonal, le CNP entend développer la qualité de ses prestations dans 5 principaux domaines :

1. Le soutien au réseau socio-sanitaire (médecins de premiers recours, institutions médico-sociales et d'hébergement etc.)
2. La prévention des maladies psychiques et des troubles complexes

3. Le développement de programmes spécifiques nécessitant des services de psychiatrie spécialisée (ex. troubles du spectre de l'autisme, troubles du comportement alimentaire, addictions)
4. La prise en charge de populations particulièrement vulnérables (ex. personnes sous justice pénale, migrants)
5. La redéfinition du rôle de l'hôpital et le développement des alternatives à l'hospitalisation

1.2 Soutien au réseau socio-sanitaire et partenariats

Si d'une part la psychiatrie contemporaine vise le maintien du patient dans son milieu de vie, d'autre part les services socio-sanitaires qui assurent le suivi de proximité des personnes souffrant de troubles mentaux (médecins de famille, institutions sociales etc.) doivent être outillés davantage pour faire face à ces troubles, en assurer le traitement au niveau des soins primaires, la détection précoce et l'orientation vers la médecine spécialisée lorsque nécessaire.

Dans l'optique du système de soins équilibrés, l'implantation d'une psychiatrie communautaire dans le Canton de Neuchâtel, implique pour le CNP, en sa qualité d'acteur médical spécialisé, une responsabilité croissante en matière de soutien à la création d'un véritable réseau socio-sanitaire de santé mentale dans lequel plusieurs acteurs devront, dans l'intérêt supérieur du patient, intervenir en complémentarité sur sa trajectoire de soins. Partant du principe de l'interdépendance entre les éléments d'un système complexe, il s'agira de créer les conditions favorables à l'évolution progressive des acteurs du réseau le long du continuum « coexistence - coordination – collaboration - partenariat ». La capacité du CNP à travailler en réseau, à démultiplier les opportunités de collaboration et échange avec les autres éléments du système sera cruciale afin de franchir les différentes étapes de ce processus de maturation. Sont présentés ci-après les principaux domaines de collaboration et partenariats à consolider et développer dans cet esprit.

1.2.1 Médecine de premiers recours (MPR)

Le rapprochement entre la psychiatrie publique et la médecine de premier recours est une exigence, étayée par la littérature scientifique parmi les bonnes pratiques en matière de soins communautaires. En effet, tout particulièrement dans les pays à hauts revenus comme la Suisse, la moitié des consultations médicales pour des troubles psychiatriques sont réalisées par des médecins généralistes²⁸. Plus de la moitié des patients les préfèrent comme premier recours pour l'évaluation (58%) et souhaitent poursuivre les soins psychiatriques avec eux (47%)²⁹. Ceci peut aisément s'expliquer par la connaissance approfondie du contexte de vie de la personne qui permet au médecin de famille de proposer une approche adaptée aux besoins et d'intégrer les soins psychiatriques dans une vision globale du contexte psychosocial et des troubles somatiques associés.

Dans la vision du « modèle de services équilibrés », les soins primaires jouent un rôle central en forte connexion avec les soins spécialisés. Une telle perspective nécessite l'acquisition de compétences en

²⁸ SchurmanRA, MitchellJB, KramerPD. *When doctors listen : Counseling patterns of nonpsychiatrist physicians. Am J Psychiatry 1985*

²⁹ Kovess-MasfetyV, SaragoussiD, Sevilla-DedieuC, . *What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem ? Results from a French survey. BMC Public Health 2007*

santé mentale au niveau des soins primaires pour la détection précoce, l'évaluation et le traitement des troubles psychiatriques plus fréquents (ex. dépression, anxiété). Ceci est par ailleurs une des pistes les plus prometteuses permettant de réduire le *treatment gap* et améliorer l'accès aux soins psychiatriques.

Le principal défi pour les acteurs de psychiatrie spécialisée comme le CNP est donc celui de développer une collaboration étroite avec les soins de premier recours, dans le but d'outiller les médecins généralistes à suivre efficacement, seuls ou avec un appui de deuxième ligne, la plupart des troubles psychiques fréquents. Le concept des soins collaboratifs est double : favoriser l'accès aux soins pour les patients réticents à approcher les services de psychiatrie générale et orienter les patients qui en ont besoin vers les centres de soins psychiatriques spécialisés. L'orientation des patients va en direction du spécialiste pour les situations complexes instables et en direction du généraliste pour les personnes stabilisées. Les modes d'intervention peuvent varier et incluent supervision, formation, consilium, consultation-liaison et case management clinique pour les situations complexes. L'efficacité de la liaison psychiatrique peut être maximisée par une relation psychiatre-généraliste durable, dans un cadre favorisant les échanges informels comme un cabinet de groupe³⁰.

En 2018 le CNP a lancé le projet pilote « cabinets de groupe » proposant l'intégration d'un psychiatre expérimenté au sein de trois cabinets de groupe de médecine générale. Le projet a été étendu à 7 cabinets en 2021, répartis dans les diverses régions géographiques du canton (montagnes, vallées et littoral). Le concept prévoit la présence d'un médecin psychiatre dans le cabinet de groupe, à une fréquence adaptée aux besoins (en principe 1 jour/semaine). La proximité du psychiatre qui vient consulter au sein du cabinet de groupe facilite nettement l'accès des patients aux soins et la mise en place d'un projet thérapeutique. L'immersion dans l'environnement professionnel des médecins de premier recours offre également des possibilités de supervision et intervision, ainsi que des espaces informels d'échange.

De l'avis unanime du CNP et des médecins de premier recours engagés dans le projet, cette modalité de collaboration entre les deux corps de métier représente une réponse intéressante au besoin d'une grande partie de la population ; contribue à créer des cultures de soins partagées et à améliorer ainsi la qualité des prestations offertes aux patients³¹. Ce projet a fait l'objet de plusieurs publications scientifiques et a suscité l'intérêt de différents partenaires y compris hors canton. Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne y est notamment très intéressé et envisage implanter un projet similaire dans le canton de Vaud.

³⁰ FranxG, DixonL, WensingM, PincusH. Implementation strategies for collaborative primary care-mental health models. *Curr Opin Psychiatry* 2013

³¹Projet « cabinets de groupe » : collaboration entre médecine de premier recours et psychiatrie, S. Saillant et al., *Revue Médicale Suisse* 2020

Orientation 2030

Le CNP vise à augmenter la capacité des médecins de premier recours à offrir des soins de qualité pour les troubles psychiatriques fréquents, ainsi qu'à faciliter l'accès aux soins du CNP pour les troubles psychiatriques complexe en période critique. Pour ce faire, le CNP envisage de poursuivre l'implantation du modèle de soins collaboratif « cabinets de groupe » en collaboration avec l'association des médecins de premier recours, l'association des psychiatres et le soutien du canton par le biais de prestation d'intérêt général (PIG). L'objectif secondaire du programme est également celui d'encourager, par l'exemplarité du modèle, la constitution spontanée de cabinets de groupe mixtes somato-psychiatriques, intégrant des médecins psychiatres privés.

Éléments financiers

D'un point de vue financier, le projet n'est pas complètement autoporteur : des PIG (représentant environ 25% des coûts totaux) viennent combler la partie non couverte par le TARMED. La taille définitive du programme est envisagée à un maximum de 30 cabinets de groupe tous âges confondus. Les PIG reconnues pour un cabinet de groupe se montent à CHF 25'000.-. Le business plan intègre une augmentation progressive de la subvention jusqu'à se stabiliser à CHF 750'000.- en 2030.

1.2.2 Institution sociales, EMS et institutions d'éducation spécialisée

Le transfert des activités résidentielles du CNP à des partenaires spécialisés du canton, opéré en 2019-21, le développement ambulatoire avec la correspondante réduction des lits hospitaliers et, plus en général, l'orientation stratégique tendant à prodiguer des soins psychiatriques spécialisés dans le milieu de vie du patient, constituent des démarches dont l'impact sur le réseau sociosanitaire cantonal est important. L'opérationnalisation de la vision communautaire de la psychiatrie a généré une modification quantitative et qualitative des prises en charge non seulement à l'interne du CNP mais aussi à l'externe. Dans ce mouvement, certaines institutions se sont vues octroyer une mission psychiatrique et/ou une augmentation de lits : ceci a impliqué pour elles l'acquisition de nouvelles compétences et parfois même une révision des pratiques pour y intégrer les spécificités inhérentes à la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiques.

La prise en compte de cet impact était partie intégrante de la stratégie 2015-22 du CNP et a été assurée en amont et en aval du processus de mise en œuvre : en amont, le CNP a développé de manière considérable ses activités ambulatoires avant de fermer ses activités résidentielles (le volume des activités ambulatoires a presque doublé entre 2015 et 2021) ; en aval, le CNP a développé un éventail d'activités mobiles au bénéfice des patients et des institutions qui les prennent désormais en charge. Malgré ces efforts, le soutien que le CNP propose actuellement aux partenaires du réseau n'est pas à la hauteur des attentes et est globalement insuffisant en termes quantitatifs et qualitatifs³².

Le développement et le perfectionnement des modes d'intervention sont cruciaux pour assurer dans la durée un traitement de qualité des maladies psychiques, surtout chez les personnes plus précarisées et

³² La consultation des partenaires du réseau sur la première mouture des options stratégiques 2023-30 (réalisée entre le 24 mars et le 5 mai 2022) a mis en évidence l'insatisfaction de plusieurs institutions partenaires vis-à-vis des prestations du CNP. Les principales attentes vis-à-vis du CNP concernent l'amélioration de la qualité du travail en réseau.

moins autonomes. Le CNP a dès lors conceptualisé une offre de prestations spécifique pour les acteurs du réseau responsables de l'hébergement et/ou du suivi socio-éducatif de ces patients. Cette offre comprend une combinaison de 4 types de services adaptables selon les besoins spécifiques de chaque institution. Il s'agit des prestations suivantes :

- Supervision/ formation : l'activité de supervision/formation vise à former, soutenir et orienter le personnel en charge de résidents souffrant de comorbidités psychiatriques. La prestation prévoit un espace régulier lors duquel les participants procèdent à l'analyse d'une situation ou d'un problème spécifique de soins (prestation « anonyme », sans contact direct avec le résident) qui est la base d'un apport théorique. L'intervention est préparée en amont avec une proposition de cas par l'institution partenaire. La fréquence de l'intervention est convenue entre les parties et formalisée par une convention de collaboration qui règle également toutes les autres modalités (facturation, logistique etc). Ces prestations sont facturées à l'institution selon le tarif horaire officiel, majoré des frais effectifs supportés par le CNP.
- Liaison : en parallèle aux prestations de supervision/formation, le CNP peut intervenir dans la gestion de situations complexes (soit les situations de soins nécessitant des compétences complémentaires à celles de l'équipe soignante en charge du résident). Cette intervention est réalisée dans un délai compris entre 24h et 72h à la demande de l'institution partenaire. Elle a le but de procéder à une évaluation psychiatrique du résident avec le médecin somaticien et/ou de l'équipe interdisciplinaire (consilium) à des fins diagnostics ou d'adaptation de la prise en charge. Ces prestations sont facturées au résident selon le tarif TARMED.
- Suivi ambulatoire : en fonction des besoins du patient, si l'activité de liaison fait émerger le besoin d'un suivi (plus de 4 consultations) le CNP propose un traitement ambulatoire au sein des centres de psychiatrie communautaires du Littoral et des Montagnes (CPCL-CPCM)
- Urgences : en cas de besoin d'intervention urgente (moins de 24 heures), l'institution fait appel au Centre d'urgences psychiatriques du CNP (CUP) du Littoral ou des Montagnes qui assure le service d'urgences psychiatriques pour tout âge.

Ces modalités d'intervention, en développement depuis 2020-21, ont rapidement trouvé écho auprès du réseau : la demande est présente et pressante. Dans les années à venir, ces prestations seront développées et étendues à l'ensemble des institutions partenaires prenant en charge des personnes atteintes dans leur santé mentale (institutions sociales d'hébergement, établissements médico-sociaux pour adultes et personnes âgées et institutions d'éducation spécialisée pour enfants). La collaboration étroite avec les services de l'Etat responsables de ces domaines (notamment SAHA, SCSP, SPAJ) sera fondamentale afin d'assurer une orientation stratégique commune et répondre de manière efficace et efficiente aux besoins de la population. Ceci sera particulièrement vrai dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence : il s'agira en effet d'accompagner le mouvement important de désinstitutionnalisation envisagé par le SPAJ et d'adapter l'offre en pédopsychiatrie en conséquence. La diminution progressive des places en institutions au bénéfice de solutions intermédiaires (ex. renforcement de l'offre ambulatoire, placements dans des familles d'accueil) exigera au CNPea un changement de paradigme, nécessitant la redéfinition des prestations de pédopsychiatrie auprès des institutions et un renforcement de l'offre ambulatoire.

Orientation 2030

Le CNP vise à soutenir les capacités des institutions socio-sanitaires à favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dont elles ont la charge. Pour ce faire, le CNP envisage de renforcer son offre de formation continue à destination du réseau, ainsi que ses prestations de supervision et consultation-liaison directement auprès des institutions, tout en facilitant l'accès aux soins ambulatoires, urgents ou hospitalier du CNP pour les situations complexes en période critique.

Éléments financiers

Les prestations de formation et supervision seront entièrement refacturées aux institutions aux coûts complets. Il est fondamental que les partenaires du réseau soient financés pour accéder à ces prestations. Le CNP renonce de ce fait à la subvention PIG reçue jusqu'à présent, notamment pour les institutions spécialisées pour mineurs.

1.2.3 Soins somatiques

La collaboration de la psychiatrie avec les soins somatiques s'est vue renforcée ces dernières années et représente un aspect important dans la mise en place d'un réseau de soins en santé mentale construit sur le concept de « trajectoire du patient ». Les collaborations entre la psychiatrie et les soins somatiques sont particulièrement importantes dans le domaine des soins à domicile (NOMAD) et dans le domaine des soins somatiques aigus (RHNe) notamment pour la prise en charge de situations complexes et polymorbides.

Malgré les importants changements organisationnels intervenus au niveau institutionnel au CNP et au RHNe ces dernières années, les opportunités de partenariats opérationnels entre les deux institutions se sont multipliées au fil du temps et ont porté leurs fruits. Nous comptons aujourd'hui nombre de prestations ambulatoires conjointes qui, malgré leurs différents stades de maturation, ont toutes déjà démontré la plus-value clinique de l'approche pluridisciplinaire. Parmi ces collaborations nous relevons ici les prestations suivantes:

- **Centre de l'obésité** : consultation pluridisciplinaire en étroite collaboration avec le département de chirurgie et le service de diététique dans le contexte des évaluations pré-, péri et post-opératoire pour le by-pass gastrique.
- **Centre du sommeil** : consultation pluridisciplinaire pour évaluation et prise en charge des troubles du sommeil en collaboration avec le service de pneumologie et neurologie.
- **Programme de réadaptation respiratoire** : pour patients souffrant d'insuffisances respiratoires chroniques, en collaboration avec le service de pneumologie et les physiothérapeutes.
- **Centre du sein** : consultation pluridisciplinaire pour les femmes souffrant de cancer du sein.
- **Psycho-oncologie et soins palliatifs** : consultation pluridisciplinaire pour les patients atteints du cancer ou en fin de vie.
- **Programme de réadaptation cardio-vasculaire** : pour patients après un infarctus du myocarde : en collaboration avec le service de cardiologie.

- **Consultation de sexologie (et questions de genre)** : consultation commune avec le service de gynécologie.
- **Consultation de l'infertilité** : consultation pluridisciplinaire en collaboration avec le service de gynécologie.
- **Troubles du comportement alimentaire** : prise en charge ambulatoire en collaboration avec le département de médecine interne et le service de diététique.
- **Clinique mémoire** : consultation commune en cours de réalisation entre les services de neurologie, gériatrie, neuropsychologie et psychiatrie de l'âge avancé, prévoyant une porte d'entrée unique RHNe-CNP.

Au-delà des programmes ambulatoires susmentionnés, les synergies opérationnelles avec RHNe intègrent également l'activité de liaison du CNP auprès des unités hospitalières somatiques, notamment l'unité de gériatrie aiguë, la pédiatrie, la maternité ainsi que les centres de médecine physique et réadaptation du RHNe. Le CNP fournit par ailleurs également un soutien aux équipes soignantes et médicales du RHNe par de multiples supervisions notamment pour les professionnels des services de médecine interne, soins intensifs, oncologie et chirurgie.

À citer enfin le bon fonctionnement du Centre des Urgences Psychiatriques (CUP) implanté au sein des structures du RHNe à Pourtalès et à la Chaux de Fonds, facilitant les interventions conjointes lors d'urgences somatiques et psychiatriques. Dans le domaine des urgences est également à souligner la collaboration avec le Service mobile d'urgences et réanimation, par l'intégration d'un infirmier du CNP dans le véhicule du SMUR.

La consolidation et le développement des synergies entre le CNP et le RHNe doivent être encouragés au niveau stratégique, tant dans le domaine ambulatoire que dans le secteur hospitalier. Les enjeux spécifiques relatifs au volet hospitalier, en particulier concernant la prise en charge psychiatrique des enfants et des personnes âgées sont présentés et discutés dans les chapitre 1.7.2.2 et 1.7.2.1.

Dans le domaine des soins à domicile, le développement de compétences en psychiatrie de la part de NOMAD représente une évolution naturelle face à l'augmentation des troubles psychiques, notamment chez la population âgée. Dans l'optique du développement d'un réseau cantonal de santé mentale, organisé selon le modèle des soins équilibré, la présence d'un acteur de soins psychiatriques de première ligne représente une force pour l'ensemble du système. L'apport de NOMAD en matière de détection, évaluation et accompagnement des patients dans leur trajectoire de soins s'inscrit parfaitement dans la réponse systémique aux problèmes de santé mentale et fait de NOMAD un partenaire privilégié pour le CNP.

Dans les années à venir il s'agira de renforcer le partenariat entre les deux institutions afin de construire une articulation forte des processus de soins dans l'intérêt supérieur du patient. Un concept commun de prise en charge définissant les critères et modalités d'intervention respectifs (première et deuxième ligne) dans le partage d'un même projet thérapeutique, paraît indispensable afin d'assurer la continuité de la trajectoire de soins des patients. Par ailleurs, comme pour l'ensemble des partenaires du réseau, le CNP en sa qualité d'intervenant de deuxième ligne s'engage à mettre à disposition des professionnels de NOMAD des prestations de supervision et formation.

Orientation 2030

Le CNP vise à consolider le rapprochement avec le RHNE (tout particulièrement dans le domaine de la liaison, urgences et des consultations ambulatoires pluridisciplinaires) et NOMAD (développement de processus de soins partagé).

Éléments financiers

Le renforcement des programmes de liaison psychosomatique entraîne une augmentation de la facturation ambulatoire ainsi que de la dotation. Le système de tarification en vigueur (TarMed) est utilisé comme base de calcul tant pour la facturation des prestations aux patients que pour la facturation des activités de liaison auprès des institutions partenaires (ex. RHNe). De ce fait, comme toutes les consultations ambulatoires d'une certaine intensité, ces prestations génèrent des PIG. Ce financement est inclus dans le montant de 2 millions supplémentaires intégré dans le Business Plan (BP) sous la rubrique « PIG ambulatoires » (voir chapitre 4.5.3.4).

1.3 Prévention

Au sens littéral, la prévention est le fait d'agir pour empêcher qu'un évènement indésirable ne se produise. Au niveau des stratégies nationales³³ et internationales³⁴ en matière de santé, le terme « prévention » fait référence à l'ensemble des actions permettant d'empêcher ou retarder l'apparition d'une maladie ou en atténuer les conséquences. Dans ce sens, l'ensemble des prestations du CNP pourrait être englobée dans cette définition dans la mesure où elles visent à prévenir les souffrances humaines engendrées par les troubles psychiques. Il convient alors de préciser le périmètre couvert par le terme « prévention » appliqué aux prestations du CNP. L'OMS distingue 3 niveaux de prévention :

- La prévention primaire a pour objectif d'éviter les maladies. Elle vise à maintenir des contextes de vie favorables à la santé, à améliorer les compétences en matière de santé et d'autres facteurs de protection, et à réduire les facteurs de risque.
- La prévention secondaire est axée sur la détection et l'intervention précoces en cas de danger concret et/ou de premiers signes de maladie et se concentre sur les groupes à risque.
- La prévention tertiaire vise à éviter la chronicité et les dommages consécutifs et à améliorer la qualité de vie des personnes déjà malades.

Dans la pratique, il est difficile d'établir une distinction claire entre les différents types de prévention : les trois niveaux coexistent souvent dans la prestation de soins. Les recommandations de l'OFSP³⁵ en matière de prévention dans le domaine des soins s'orientent en effet vers des approches globales et intégrées qui viennent compléter le traitement afin d'obtenir le meilleur bénéfice possible pour les personnes concernées. L'approche préconisée vise à intégrer des interventions préventives dans le traitement et le conseil et se fonde sur une approche biopsychosociale. D'une part, les mesures de

³³ Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles 2017-2024

³⁴ Glossaire de la promotion de la santé, OMS 1999

³⁵ Prévention dans le domaine des soins. Approche et activités. OFSP mai 2021

prévention aident les personnes concernées à stabiliser ou améliorer leur santé et à renforcer leurs ressources ; d'autre part, elles favorisent les conditions environnementales nécessaires à cet effet.

La stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles définit son objectif 2024 comme suit: «Davantage de personnes restent en bonne santé ou bénéficient d'une qualité de vie élevée en dépit d'une maladie chronique. Moins de personnes souffrent de maladies non transmissibles évitables ou décèdent prématurément. Quel que soit leur statut socio-économique, les personnes sont encouragées à adopter un mode de vie sain dans un environnement propice à la santé».

La prévention dans le domaine de la santé mentale peut dès lors être identifiée comme l'ensemble des activités permettant d'éviter, retarder ou réduire les conséquences des maladies psychiques et contribuer à la création d'un environnement propice à la santé mentale, par l'amélioration de la qualité de vie des personnes concernées. Le but étant de réduire leur besoin de traitement et, par conséquent, limiter les coûts des soins de santé³⁶.

Par cette vision holistique de la prévention, l'OFSP encourage et soutient la mise en réseau entre le domaine de la santé, le secteur social et la collectivité. Dans ce contexte très large, il s'agit pour le CNP d'opérer des choix et identifier des priorités afin de proposer, pour le Canton de Neuchâtel, une offre préventive adaptée aux besoins de la population, réaliste par rapport aux moyens potentiellement disponibles et cohérente vis-à-vis objectifs de la stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé 2022-26³⁷. Dans ce sens, le CNP se profile en tant que partenaire naturel de l'Office de promotion et de prévention de la santé du canton de Neuchâtel, pour toute action visant la destigmatisation de la psychiatrie et la promotion d'une nouvelle approche à la santé mentale comme partie essentielle de la santé de l'individu. Au-delà des collaborations avec l'Office dans le domaine de la prévention primaire, le CNP estime nécessaire de s'investir davantage au niveau de la prévention secondaire et tertiaire pour répondre aux besoins de la population à risque et améliorer la qualité de vie des malades chroniques et de leurs familles. L'attention du CNP s'est alors focalisée sur deux grands axes: le soutien aux proches et l'éducation thérapeutique.

1.3.1 Proches aidants et familles

Le paradigme du « rétablissement », pilier de la psychiatrie moderne, encourage une vision holistique du soin psychiatrique en intégrant dans le processus de prise en charge l'entourage social du patient. Les proches jouent en effet un rôle majeur non seulement dans la détection rapide de la décompensation psychique mais aussi, plus globalement, dans l'évolution de l'état pathologique des patients et peuvent faciliter (ou entraver) leur rétablissement³⁸.

Si d'une part les proches aidants sont reconnus comme « un pilier de la société en général et du système de santé en particulier »³⁹, il est tout aussi démontré que l'impact sur leur état physique, psychique ne peut être négligé. Selon les études 44% des proches aidants en Suisse sont affectés dans leur vie quotidienne par leurs tâches d'assistance et environ le 30% des personnes aidées sont concernées par

³⁶ *ibidem*

³⁷ *En particulier les chapitres 4.1.2 (santé mentale), 4.5.1 (système scolaire de santé) et 4.5.2 (autonomie en matière de santé de populations spécifiques)*

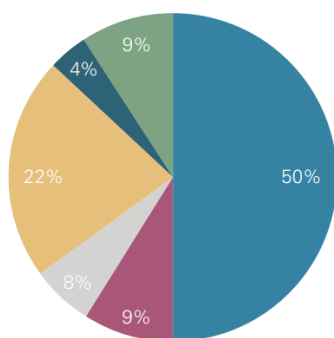
³⁸ *Place of family in recovery models for those with a mental illness, Reupert, Maybery, Cox, & Scott Stokes, 2015; Family influence in recovery from severe mental illness, Aldersey M., Whitley R., Community ment Health, 2015*

³⁹ *Rapport de synthèse, Programme de promotion « Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020 », OFSP*

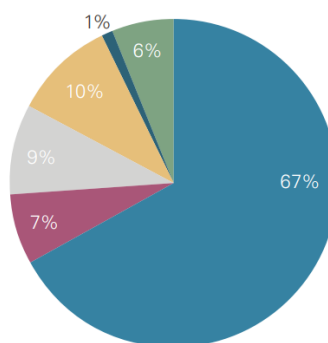
un problème psychique⁴⁰.

Les familles et, tout particulièrement, les proches aidants confrontés quotidiennement aux répercussions sociales, psychologiques et familiales des troubles psychiatriques sévères, doivent par ailleurs faire face aux phénomènes de stigmatisation vis-à-vis de la pathologie mentale, émanant de l'environnement : ceci peut se traduire en isolement social et venir perturber les dynamiques internes, entraînant des tensions dans les relations de la cellule familiale, un sentiment d'impuissance et perte d'espoir. Il n'est pas rare que la santé des proches et leur bien-être s'en trouvent impactés. Il a été constaté, dans la revue de littérature⁴¹ que les proches aidants des personnes affectées par des troubles psychiques sévères ont notamment un faible niveau de santé (dépression, anxiété, douleurs physiques, troubles du sommeil, difficultés à nouer des relations sentimentales), éprouvent des émotions douloureuses et subissent une baisse de leur qualité de vie⁴².

Problèmes de santé de la personne aidée
Proches aidants de 16 ans ou plus



Problèmes de santé de la personne aidée
Proches aidants de moins de 16 ans



- Problèmes physiques (maladie, accident, handicap ou grand âge)
- Problèmes cognitifs (démence, etc.)
- Problèmes psychiques (dépression, etc.)
- Deux problèmes combinés (cognitif et psychique / psychique et physique / physique et cognitif)
- Trois problèmes combinés (physique, cognitif et psychique)
- Autres problèmes ou aucune donnée

Source : Données d'Otto et al. 2019. Enquête auprès de la population B01a. Enfants N = 389 / adultes N = 2036
Graphique OFSP, 2020

Il apparaît alors fondamental de s'intéresser à la santé psychique des proches et s'interroger sur leurs besoins spécifiques notamment en matière d'information⁴³ (sur la maladie, le traitement et les services disponibles), soutien psychologique et conseil sur la manière d'agir face aux symptômes⁴⁴. Les études internationales ont notamment confirmé les effets bénéfiques des programmes de soutien

⁴⁰ Otto et al. *Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population (B01a) 2019*.

⁴¹ A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. Lobban et al. 2013; *Recent Developments in Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice*, Lucksted et al. 2012

⁴² *Quality of Life and Social Isolation Among Caregivers of Adults with Schizophrenia: Policy and Outcomes*. Community Ment Health J, Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O'Hanlon, B., & Harvey, C., 2015

⁴³ *Positive and Inclusive? Effective Ways for Professionals to Involve Carers in Information Sharing*. Pinfold, V., Farmer, P., Rapaport, J., Bellringer, S., Huxley, P., Murray, J., Waitere, S., 2004

⁴⁴ *Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study*, Sin, J., Moore, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N., *Early Interv Psychiatry*, 2012

psychologique aux proches aidants de patients souffrant de troubles psychiques sévères⁴⁵, d'addictions et double diagnostics⁴⁶.

Situation cantonale

Depuis quelques années le programme Profamille propose à Neuchâtel un parcours psychoéducatif pour les familles de personnes souffrant de schizophrénie. Le programme consiste en une formation de 14 séances réparties sur une année et est organisé par l'AFS (Association des familles et amis de personnes souffrant de schizophrénie Berne-Neuchâtel) en collaboration avec le Réseau santé mental de Bienne et le CNP.

Au-delà de cette louable initiative spécifiquement conçue pour les patients schizophrènes, le Canton ne dispose pas d'un réel dispositif de soins apte à garantir un soutien professionnel spécifique et un accompagnement psychologique adapté aux familles et proches aidants des patients atteints de troubles psychiatriques sévères. De tels dispositifs ont vu le jour dans d'autres cantons et ont démontré leur efficacité notamment sur le bien-être, l'optimisme, la qualité de vie et le fonctionnement social et professionnel des proches aidants⁴⁷.

Sur la base des évidences scientifiques existantes, le CNP propose la création d'une prestation spécifiquement conçue pour offrir un soutien psychologique professionnel aux familles de patients souffrant de troubles psychiques sévères, en particulier : psychoses débutantes, schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions sévères et troubles en lien avec les consommations de substances. L'intérêt clinique de prendre en soins les proches aidants est évident et a une portée double : d'une part cela permet de réduire les émotions douloureuses des proches (par exemple lors de l'annonce du diagnostic) et les outiller face à la maladie, et d'autre part améliore le suivi à long terme du patient, notamment en terme de compliance médicamenteuse et responsabilisation.

Ce type de prestation s'inscrit par ailleurs dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique promus par l'OFSP qui soulignent notamment l'importance de l'implication des proches : « *Les proches sont parfois tout autant concernés que les patients. Dans le cadre des programmes, avec le soutien de professionnels et en accord avec le patient, ils sont en mesure de mieux accompagner les patients à long terme, sans s'épuiser eux-mêmes. Les proches représentent une ressource importante pour un programme et peuvent apporter des perspectives complémentaires.*⁴⁸ ». Le renforcement des compétences en matière de santé et d'autogestion des personnes malades et de leurs proches est reconnue au niveau national comme une priorité stratégique⁴⁹.

⁴⁵ The schizophrenia care management program for family caregivers of Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* Chien, W. T., & Lee, I. Y. (2010) - The outcome of family interventions for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *Int J Soc Psychiatry*, Koolae, A. K., & Etemadi, A. (2010) - Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012); Tas, C., Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia — A randomized pilot study. *Psychiatry Research*, Danaci, A. E., Cubukcuoglu, Z., & Brüne, M. (2012).

⁴⁶ A randomized controlled trial of family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophr Bull*, Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., Feldman, J. (2013).

⁴⁷ Approche pour cibler le soutien auprès des proches aidants de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, Rexhaj, S., Leclerc, C., Bonsack, C., Favrod J., *Annales Médico-psychologiques* (2017) - Feasibility and Accessibility of a Tailored Intervention for Informal Caregivers of People with Severe Psychiatric Disorders: a Pilot Study., Rexhaj, S., Leclerc, C., Bonsack, C., Golay, P., Favrod, J., *Front Psychiatry*, 2017.

⁴⁸ Standards et critères de qualité applicables aux programmes de promotion à l'autogestion dans le cadre de processus d'éducation thérapeutique du patient (ETP), Guide à l'intention des responsables des programmes, OFSP avril 2021

⁴⁹ Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles 2017-2024

À l'image des programmes existants⁵⁰ le CNP propose une prestation consistant en un nombre limité de séances entre un professionnel de santé et le/les proche(s), ayant pour but d'offrir un soutien psychologique sur mesure intégrant l'évaluation des besoins, l'orientation, information, techniques d'analyse des problèmes et des ressources, gestion des émotions douloureuses, acquisition de connaissance relatives à une pathologie spécifique. Les principaux objectifs visés sont :

- Soutien individualisé aux proches aidants
- Meilleure compréhension de la maladie par les proches, leur permettant de devenir des ressources dans l'accompagnement et le soutien des patients
- Implication des proches comme partenaires dans l'accompagnement et prise en soin
- Destigmatisation de la psychiatrie
- Contribution au maintien de la personne soignée dans son milieu
- Accompagnement dans un changement de posture (conscience et développement personnel)
- Amélioration des relations entre les proches et les professionnels

Orientation 2030

Le CNP propose la mise en place d'un programme d'intervention précoce brève pour les proches de patients souffrant de troubles psychiques sévères permettant de leur apporter un soutien psychologique lors de moments clé tels que l'annonce du diagnostic et faciliter leur participation au processus de rétablissement des patients.

Éléments financiers

Ce type de prestation (offre de soins aux proches des patients) n'est pas couverte par la LAMal et reste donc entièrement tributaire d'un financement cantonal. Le BP intègre un besoin de financement de CHF 250'000.- basé sur une estimation de 160 familles bénéficiaires. Le montant est inclus sous la rubrique « prévention » du BP.

1.3.2 Formation et éducation thérapeutique

Parmi les objectifs de la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles, apparaît le développement des offres de formation à destination des professionnels du domaine santé-social ainsi que les formations adressées aux patients et leurs proches. Les programmes d'éducation thérapeutique sont ainsi fortement encouragés. Le renforcement des compétences en matière de santé mentale chez les personnes directement ou indirectement concernés par la maladie, vise notamment l'autogestion et la participation active du patient et ses proches au parcours de soins⁵¹.

Deux pistes principales sont envisagées par le CNP pour s'inscrire dans l'esprit promu par les stratégies nationales précitées: d'une part il s'agirait de développer de formations ouvertes au public (soutien à la prévention primaire), d'autre part d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les programmes cliniques

⁵⁰ Programme « Ensemble » créé par Shyhrete Rexhaj et Jérôme Favrod, professeurs à l'Institut et Haute école de la santé La Source, Lausanne.

⁵¹ Stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles 2017-2024

du CNP (prévention secondaire et tertiaire).

1.3.2.1 Formation au public

Dans le premier cas, il s'agirait de soutenir les objectifs de l'Office cantonal de promotion et de prévention de la santé par une offre pédagogique destinée à un public non spécialiste, tout en proposant un contenu qui dépasserait la simple « sensibilisation ». Cela prendrait la forme de séances de formation ouvertes au public (ex. conférences-débat, 5à7 santé mentale etc.), proposées avec une certaine régularité (ex. 3-4 fois par année) sur des sujets d'actualité concernant la santé mentale selon une agenda thématique prédéfinie avec l'Office et/ou d'autres acteurs actifs dans le domaine de la prévention (ex. ANAAP).

Orientation 2030

Formations ouvertes au public : le CNP propose la mise en place d'une offre de formation en santé mentale adressée à un public directement ou indirectement concerné par les maladies psychiques dans le but de soutenir les objectifs de la stratégie cantonale de prévention et promotion de la santé 2022-26. L'offre est à développer en étroite collaboration avec les acteurs cantonaux déjà actifs dans ce domaine (Office de la promotion de la santé et de la prévention, ANAAP etc.).

Éléments financiers

La prestation de n'est pas couverte par la LAMal et reste donc entièrement tributaire d'un financement cantonal afin d'être proposée gratuitement au public concerné. Le besoin, estimé à CHF 40'000., est inclus sous la rubrique « prévention » du BP.

1.3.2.1 Education thérapeutique

La deuxième piste proposée, l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la pratique clinique, s'inscrit plus directement dans un but de prévention secondaire et tertiaire en lien étroit avec la mission du CNP et le développement stratégique des compétences décrit au chapitre 2.2.1 concernant les pratiques infirmières avancées.

D'après l'OMS⁵² « L'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées (...) Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et les traitements, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. »

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un modèle d'éducation et d'accompagnement des personnes vivant avec une ou plusieurs maladies chroniques. Fondée sur le partenariat avec les personnes concernées – patients et/ou proches – l'ETP renforce les compétences en santé des patients,

⁵² Rapport OMS-Europe, 1998

leur motivation à se soigner et leur qualité de vie. L'ETP ne se résume pas à la transmission d'informations, mais comprend des modalités pédagogiques variées favorisant l'acquisition de compétences d'auto-soin et d'adaptation à la maladie.

L'étoile des « 5 santés », outil proposé par l'OMS et fréquemment utilisé en éducation thérapeutique, définit la santé comme un équilibre entre santé physique, psychologique, vie sexuelle, vie affective et vie sociale. L'approche soignante, dite « personnalisée et globale », se situera à toutes les étapes de la vie du patient, sera redéfinie régulièrement en fonction de l'évolution des besoins y compris en lien avec les éventuelles pathologies somatiques associées et s'inscrira au long cours.

Dans cette même ligne, convaincu de l'impact de la qualité de l'accompagnement proposé au patient et à ses proches dès l'annonce du diagnostic et au long cours, le CNP développera des programmes d'éducation thérapeutique sur le modèle de ceux déjà existants en psychiatrie dans de nombreux pays (Québec, France,..) et déjà fortement implantés en Suisse romande dans le domaine des soins somatiques, notamment au CHUV et aux HUG. Notons à ce propos l'ouverture en 2020 à Genève d'un «Centre hospitalo-universitaire d'éducation thérapeutique du patient» sur la base d'une approche pratiquée depuis 1975.

En tant qu'outil au service du rétablissement l'ETP prend pleinement sa place dans la pratique clinique du CNP. L'ETP nécessite que les soignants acquièrent des compétences particulières grâce à un enseignement structuré et systématique, comme pour toute autre technique de soins. Cet objectif pédagogique sera intégré dans l'axe de développement de l'Institut de Formation et Recherche en Santé mentale (IFRSM) proposé dans les chapitres 2.3 et 2.4 en partenariat avec la Haute Ecole Arc Santé.

Orientation 2030

Le CNP propose d'intégrer l'éducation thérapeutique dans les programmes cliniques du CNP en lien étroit avec sa mission et le développement stratégique des compétences décrit au chapitre 2.1.1 concernant les pratiques infirmières avancées.

Éléments financiers

Le Business plan intègre un besoin de financement de CHF 400'000.- nécessaire à doter l'institution des compétences spécialisées dans le domaine (mise en place et suivi de qualité de processus cliniques d'éducation thérapeutique). Le montant est inclus sous la rubrique « prévention » du BP.

1.4 Programmes spécifiques pour le traitement de troubles complexes

Afin de garantir des soins de qualité et financièrement viables, au sein d'un système inspiré au modèle des soins équilibrés, le CNP entend développer des programmes spécialisés pour des populations cible spécifiques selon les recommandations nationales et internationales (ex. troubles du spectre de l'autisme, psychoses débutantes, addictions). Lorsque le bassin de population du canton de Neuchâtel n'est pas suffisant pour développer le volet hospitalier de ces prises en charge, le CNP cherche des collaborations extra-cantoniales (ex. troubles du comportement alimentaire, mesures pénales).

1.4.1 Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire (TCA) sont des atteintes psychiatriques sévères souvent stigmatisées nécessitant des soins spécifiques spécialisés en coordination entre les différents acteurs de santé publique impliqués. Les TCA concernent surtout l'anorexie mentale, la boulimie et troubles hyperphagiques avec obésité⁵³. Ces pathologies ont d'importantes conséquences tant psychiques que somatiques, en lien notamment avec le jeune âge d'apparition des troubles (préadolescence, adolescence, jeune adulte)⁵⁴.

De manière générale, la boulimie est moins sévère que l'anorexie mentale et les enjeux de la prise en charge moins complexes. Par ailleurs, la boulimie (sans comorbidités) peut être plus facilement prise en charge par les soins primaires, avec un appui ponctuel notamment de professionnels du champ de la santé mentale. Les enjeux de prise en charge et la complexité de la coordination des différents acteurs impliqués, font de ces troubles un enjeu majeur de santé publique. Enfin, la coordination entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie est fondamentale dans cette perspective.

Epidémiologie

La prévalence de l'anorexie mentale se retrouve chez environ 0,3 des hommes et 1% des femmes⁵⁵, la boulimie étant plus fréquente (2-4%) mais également moins sévère en terme d'atteinte somatique et de mortalité. Extrapolé à la population du canton de Neuchâtel (environ 180 000 habitants), nous pouvons estimer à environ 1000 le nombre de patients souffrant d'anorexie (environ 850 femmes et 150 hommes). La population adolescente est d'avantage touchée par ces troubles (1-2% pour l'anorexie et 2-8% pour la boulimie). Les femmes sont très majoritairement impactées. Les comorbidités les plus souvent rencontrées sont le trouble dépressif, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité ainsi que les toxicodépendances⁵⁶. L'anorexie mentale fait partie des pathologies psychiatriques les plus préoccupantes, en raison notamment de la mortalité qui est comprise entre 5 et 15%, soit par dénutrition soit suite à un geste suicidaire⁵⁷.

L'évolution montre une normalisation du poids et du comportement alimentaire dans environ la moitié des cas avec une guérison attendue pour autant que le traitement ait eu lieu de manière précoce, alors qu'une chronicisation se retrouve dans 25% des cas et une péjoration de la symptomatologie se constate dans environ 25% des cas⁵⁸.

Approche thérapeutique

Compte tenu de l'âge d'apparition du trouble qui se situe très souvent durant l'adolescence, la prise en charge doit s'articuler en étroite collaboration entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte. La prise en charge est majoritairement ambulatoire, même si des hospitalisations sont nécessaires pour

⁵³ Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*, 2010

⁵⁴ Chamay-Weber C, Narring F, Michaud PA. Partial eating disorders among adolescents: A review, *Adolesc Health*, 2005

⁵⁵ Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406-14 - Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*. 2015 Dec;2(12):1099-111.

⁵⁶ Gebhard S., Dorogi Y., Stiefel F., Giusti V., Laget J., Michaud P., Stagno D., Lanz M., Schmidt D., Chaubert C. M. (2011). 'Anorexie mentale et boulimie : l'expérience vaudoise d'une prise en charge interdisciplinaire', *Rev Med Suisse* 2011; volume -3. no. 282, 381 - 384 doi

⁵⁷ Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: Lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 2000; 355:721-2.

⁵⁸ Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1284-93.

certaines patients et à certains stades de la maladie dans le contexte de décompensations somatiques importantes ou de décompensations psychiatriques majeures.

La guérison de l'anorexie mentale est déterminée par une modification du fonctionnement psychique et la récupération pondérale. La normalisation pondérale ne peut pas à elle seule représenter la guérison et c'est la résolution du conflit intrapsychique qui amène à une normalisation durable du comportement alimentaire. Afin de parvenir à cet objectif thérapeutique, il est nécessaire d'effectuer une prise en charge pluridisciplinaire qui intègre les problématiques somatiques et psychiatriques. Non seulement il est nécessaire que ces patients puissent bénéficier d'une évaluation initiale approfondie tant somatique que psychiatrique, mais également qu'ils puissent construire une alliance thérapeutique de confiance avec une équipe soignante, compte tenu du fréquent drop-out des patients. L'articulation entre les différentes disciplines impliquées est primordiale afin d'assurer la cohérence de la prise en charge et la sécurité des patientes (risque de complications somatiques et psychiatriques). L'équipe pluridisciplinaire est composée de spécialistes en psychiatrie/pédopsychiatrie, psychothérapie, diététique, médecine interne générale, pédiatrie, endocrinologie, endocrinologie pédiatrique et nutrition.

A l'instar d'autres maladies psychiatriques, la précocité de la prise en charge est déterminante, donc il serait important idéalement de traiter ces patients dès l'apparition des premiers symptômes. La prise en charge a d'autant plus de chance d'atteindre une visée curative si elle est entreprise durant les trois premières années de la maladie.

Situation cantonale

À Neuchâtel, le mandat de prise en charge des TCA comprenait historiquement trois pôles : pôle somatique à l'hôpital de la Béroche, pôle somatique aigu au site de Pourtalès et pôle psychiatrique hospitalier à Préfargier. Suite à la fermeture du site de la Béroche en 2016, l'évolution de la prise en charge des TCA dans le canton est resté incertain.

De manière générale, parmi les praticiens installés (médecins de premier recours et psychiatres), il existe très peu d'intérêt à investir ce domaine. Au vu de la complexité de la prise en charge et du coût que cela engendre, le service public est en effet naturellement mieux placé pour recevoir ce mandat.

Le CNP a lancé un programme spécifique de soins TCA en 2020 avec des ressources limitées. La mise en place opérationnelle consiste en quatre volets : prise en charge ambulatoire par le CNP, prise en charge hospitalière somatique au sein de RHNE, prise en charge hospitalière psychiatrique au sein du CNP, prise en charge hospitalière spécialisée hors canton. Concernant ce dernier point, nous relevons que le canton de Neuchâtel a une population trop réduite pour disposer de sa propre unité d'hospitalisation, compte tenu du dispositif hautement spécialisé exigé pour le traitement hospitalier spécifique des TCA. En Suisse romande, le centre Abc, entité du service de psychiatrie de liaison du DP-CHUV, comprend une unité hospitalière de 16 lits (dont 4 pour des adolescents) sur le site des EHNv de St-Loup dans le canton de Vaud. Elle regroupe sur un même lieu les soins psychiatriques spécialisés et les soins continus de médecine. Cette unité de soins est à disposition de 3 cantons romands avec lesquels une convention de collaboration a été élaborée : VD, JU et FR.

Cette collaboration étant en cours de renégociation, il serait fortement souhaitable que le canton de Neuchâtel puisse étroitement collaborer avec cette structure à l'avenir, de manière à améliorer et faciliter l'accès aux soins des citoyens neuchâtelois frappés par ces pathologies.

Options stratégiques

→ **OPTION 1** : *développement d'un programme spécialisé dans la prise en charge ambulatoire des TCA et partenariat proactif avec le centre Abc supra cantonal pour les hospitalisations.*

L'avantage de cette option réside dans l'opportunité de pouvoir s'appuyer sur un centre ayant déjà une expérience pluriannuelle dans le traitement hospitalier spécialisé des TCA et éviter des investissements importants dans un domaine où les besoins pourraient valablement être couverts via un partenariat avec une structure existante. En effet, malgré la forte demande dans le canton de Neuchâtel pour développer des soins spécialisés en TCA, le bassin de population n'est pas suffisant pour justifier l'ouverture d'une unité hospitalière. Le CNP propose plutôt de développer des interventions de psychiatrie mobile spécialisées au sein du département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin d'intervenir directement dans les familles ou dans les institutions où se trouvent les personnes souffrant de troubles alimentaires débutants.

→ **OPTION 2** : *ouverture d'une unité hospitalière spécialisée pour le traitement des TCA.*

Afin d'en assurer la viabilité financière (minimum 7-8 lits), cette unité hospitalière hautement spécialisée devrait couvrir une région élargie (ex BEJUNE). L'unité verrait le jour dans le nouvel hôpital de Préfargier (horizon 2028-30), les soins somatiques continus seraient assurés par des équipes de RHNe dans les locaux du CNP par la voie d'une convention de collaboration. Les défis liés à cette option sont de nature financière (coûts importants liés à la taille réduite de l'unité et à la longue durée des séjours typiques de ce genre de prise en charge) et de disponibilité de compétences spécialisées : le recrutement de spécialistes est une difficulté à ne pas sous-estimer compte tenu aussi de la proximité avec le centre vaudois qui compte, parmi les facteurs d'attractivité, le rattachement universitaire.

→ **Le CNP privilégie l'option n.1**

Éléments financiers

Le Business plan prend en compte l'augmentation progressive de cette activité effectuée par une équipe pluridisciplinaire stabilisée à 11 EPT dès 2027 répartie entre les départements de l'enfant et adolescent et des adultes. Il s'agit de prestations intensives prodiguées à la fois dans les centres ambulatoires et directement dans le milieu par des équipes mobiles. Les coûts n'étant que partiellement couverts par les caisses maladies (TarMed), la subvention étatique nécessaire pour cette activité est estimée à CHF 900'000.-.

1.4.2 Addictions

1.4.2.1 Epidémiologie

Les addictions aux substances psychoactives constituent un véritable enjeu de santé publique. Elles sont à l'origine de handicaps, de nombreux problèmes familiaux et professionnels, d'actes de violence et de précarité générant une souffrance et un coût social et médical majeur.

L'addiction est un « trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de substances » qui couvre :

- les conduites de consommation de substances psychoactives, quel que soit le statut légal de la substance⁵⁹
- les addictions dites comportementales (ou addictions sans drogue) qui comprennent le jeu pathologique, les troubles des conduites alimentaires, les cyberaddictions, etc.

En Suisse, de nombreuses personnes consomment des substances psychoactives, même si la plupart s'en tiennent à une consommation à faible risque. Neuf personnes sur dix boivent de l'alcool, une personne sur quatre fume et un demi-million de personnes disent avoir consommé du cannabis. Aujourd'hui, les principales difficultés chez les jeunes concernent l'ivresse ponctuelle, les jeux en ligne, le tabagisme et la consommation de nouvelles substances psychoactives. Les problèmes en lien avec l'alcool et l'abus de médicaments tendent à s'accroître avec l'âge, pour se transformer parfois en consommation chronique. Les chiffres concernant les héroïnomanes et les consommateurs de cocaïne se sont stabilisés depuis le milieu des années 2000. Des estimations concernant le nombre de personnes dépendantes indiquent qu'en réalité seule une fraction d'entre elles suit un traitement. Étant donné que la plupart des gens consultent leur médecin de famille au moins une fois par an, il faudrait renforcer les compétences et le rôle de ces acteurs de premier recours dans le repérage précoce des maladies liées aux addictions.⁶⁰ Les médecins de famille diagnostiquent un grand nombre de dépendances: dans un cas sur six, leurs diagnostics psychiatriques concernent un problème lié à l'alcool.⁶¹

1.4.2.2 Politique nationale

La politique nationale des addictions est basée sur un modèle de quatre piliers :

1. La promotion de la santé, la prévention et la détection précoce. Ce pilier englobe les mesures de promotion générale de la santé ainsi que les mesures de prévention comportementale y compris le repérage précoce consistant à détecter au plus tôt les signes précurseurs de problèmes d'addictions.
2. La thérapie et le conseil. Ce pilier englobe le conseil et le traitement psychosocial ou médical dans le secteur ambulatoire ou résidentiel et d'autres offres comme l'entraide (par exemple les

⁵⁹ selon la dixième version de la Classification internationale des maladies de l'OMS, plus connue sous le nom de CIM-10 (diagnostics F1).

⁶⁰ Stratégie nationale Addiction 2017-2024

⁶¹ Sturny/Schuler (2012) : *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in ambulanten Praxen der Schweiz – Monitoring 2007*. Obsan, p. 8 ; 50.

- Alcooliques anonymes), le suivi postcure et l'aide bénévole. Les traitements avec prescription de produits de substitution et le sevrage tabagique en font également partie.
3. La réduction des dommages et des risques. Ce champ d'action vise à limiter les risques et les dommages pour la santé et l'intégration sociale des personnes concernées et de faciliter leur transition vers un traitement. Sur le plan social, la réduction des risques a pour but de diminuer les conséquences négatives de l'addiction pour la société, en évitant par exemple les accidents ou les actes de violence.
 4. La régulation et exécution de la loi. Ce champ d'action porte sur le développement et la mise en œuvre d'un cadre légal visant à restreindre l'accessibilité et la disponibilité des substances psychoactives ainsi que leur attractivité ou à freiner certains comportements.

La politique nationale insiste sur la nécessité d'une coordination efficace entre tous les acteurs intervenant dans le domaine des addictions et le développement de formes appropriées de coopération obligatoire entre les partenaires de différents domaines pour définir des bases stratégiques communes. Une meilleure coordination doit aussi permettre une utilisation mieux ciblée et plus efficace des ressources.

Un autre aspect central mis en avant par la stratégie nationale sur les addictions réside dans la formation et le perfectionnement des professionnels du domaine. Cela concerne en particulier les professions médicales, le travail social et la sociothérapie. La question de l'addiction doit également être abordée dans la formation et le perfectionnement des professionnels appartenant à d'autres systèmes concernés comme l'assurance invalidité, l'assurance-chômage, la justice et la police. Les professionnels de ces différents domaines doivent être sensibilisés aux besoins particuliers des personnes dépendantes et des groupes vulnérables.

1.4.2.3 *Situation cantonale*

Dans le canton de Neuchâtel le mandat relatif au traitement, la promotion, la prévention et la détection précoce des addictions est attribué à la Fondation Addiction Neuchâtel (FAN). Le diagnostic et le traitement médical sont assurés par des médecins psychiatres engagés par la FAN.

Le CNP pour sa part assure également une partie des soins, en particulier pour :

- l'accueil de crise et d'urgence, fourni dans le cadre du Centre d'urgences psychiatriques – CUP ;
- l'hospitalisation, assurée à Préfargier ;
- les situations présentant un double diagnostic (addiction + un deuxième trouble psychiatrique) ;
- le traitement des personnes sous mesure pénale, assuré par le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire (SMPP).

D'autres acteurs interviennent également dans le domaine sanitaire lié aux addictions, notamment :

- les médecins de premier recours (détection précoce, traitements addictologiques au niveau des soins primaires, orientation patients et familles) ;
- RHNe (traitement des comorbidités somatiques liées aux addictions (ex. HIV, hépatite) ;
- les psychiatres et psychothérapeutes privés.

La vision stratégique et la coordination de l'ensemble des acteurs sont assurées par la Commission Cantonale Addiction, entité consultative du Conseil d'Etat, qui intègre en son sein les représentants

experts des quatre piliers de la politique nationale susmentionnée (promotion/prévention/détection précoce - thérapie et le conseil, réduction dommages et risques - régulation et exécution de la loi).

D'un point de vue du traitement thérapeutique (2^{ème} pilier de la politique nationale), les personnes souffrant d'un trouble addictif à Neuchâtel sont de facto traitées et suivies par deux institutions principales : la FAN et le CNP. L'expérience de ces dernières années montre quelques limites tant sur le plan clinique que sur le plan de l'efficacité.

Sur le plan clinique, en l'absence de spécialistes du domaine des addictions au sein du CNP, il est difficile pour l'institution psychiatrique de prendre en charge de façon optimale les situations complexes qui lui sont attribuées. Les situations de double diagnostic notamment nécessiterait non seulement un suivi parallèle (aspect psychiatrique au CNP et aspect addictologie à la FAN), mais plutôt une véritable intégration des approches qu'il est difficile d'effectuer entre deux institutions ; ceci, surtout si une des deux institutions (le CNP) est dépourvue de compétences spécialisées en addictologie. Les patients plus complexes ont tendance à privilégier un seul suivi, amenant à des situations où soit les soins du CNP restent incomplets en raison de l'absence de compétences spécifiques en addictologie, soit la FAN se retrouve à suivre des personnes présentant des troubles psychiatriques sévères, sans une véritable intégration des deux approches. De plus, presque par définition, de nombreuses personnes présentant une addiction ne sont pas au stade de volontairement accepter un suivi visant à diminuer leur consommation. Ainsi, dans les centres psychiatriques qui ont un service addictologie interne, une mission importante des spécialistes en addiction consiste à sensibiliser les soignants à l'approche addictologique notamment par la mise en place de formations internes et l'implantation de bonnes pratiques cliniques auprès des soignants psychiatriques pour que ceux-ci puissent adopter des attitudes optimales visant amener les personnes à accepter la nécessité d'un suivi en addictologie.

Afin d'améliorer la prise en soins des personnes suivies par le CNP qui ont un problème d'addiction, il est indispensable pour le CNP de pouvoir compter sur des spécialistes en addictologie (au minimum un somaticien et un psychiatre spécialisé en addictologie). La tâche de ces spécialistes serait non seulement la consultation directe auprès des patients, mais également la formation des intervenants du CNP au domaine de l'addictologie et un soutien à l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques cliniques en lien avec l'addiction. Or, des spécialistes du domaine sont rares, pénurie probablement aggravée par le fait que l'addictologie est une spécialité de la psychiatrie depuis quelques années seulement et qu'il existe peu d'établissements formateurs. La formation dans les autres cantons romands est assurée par les institutions psychiatriques, mais en absence de mission dans le domaine de l'addictologie, le CNP n'est pas en mesure de développer cette formation.

Ainsi, une option pourrait être la mise à disposition par la FAN de consultants spécialisés auprès du CNP, notamment un consultant psychiatre spécialisé en addiction, ainsi qu'un interniste généraliste spécialisé en addictologie. Les spécialistes de la FAN pourraient ainsi non seulement réaliser des consultations au CNP, mais aussi veiller à la formation des soignants du CNP, soutenir le CNP dans l'élaboration et la mise en œuvre de bonne pratique clinique dans le domaine de l'addictologie.

Ceci contribuerait également à consolider une culture de soins commune en addictologie pour l'ensemble du Canton.

L'option alternative consisterait à développer un service d'addictologie au sein du CNP afin d'assurer la qualité des prises en charge qui lui incombent (hospitalisation, urgences, mesures pénales) et la formation nécessaire. Il s'agirait donc pour le CNP de recruter des spécialistes en addiction.

Dans un cas comme d'ans l'autre il conviendrait que la part de mission attribuée au du CNP dans le domaine des addictions soit intégrée dans son contrat de prestation avec l'Etat.

Options stratégiques

→ **OPTION 1** : mise à disposition de spécialistes en addiction par la FAN

Cette option permettrait d'assurer un traitement des addictions au sein du CNP par des spécialistes de la FAN. Elle permettrait en outre d'assurer la formation des soignants du CNP au domaine de l'addiction favorisant ainsi la consolidation d'une communauté de pratiques au sein du canton. La mission de formation des spécialistes en addiction ainsi que le soutien aux médecins de premier recours devraient explicitement être intégrés dans le mandat de la FAN afin d'en garantir la qualité clinique.

→ **OPTION 2** : recrutement de spécialistes en addictologie au sein du CNP

Cette option consisterait à doter le CNP de compétences internes spécialisées dans le traitement des dépendances. Outre le diagnostic et le suivi des situations complexes, l'hospitalisation et la crise, le service assurerait également la formation de psychiatres spécialistes en addiction et un soutien fort aux médecins de premier recours.

→ **Le CNP privilégie l'option n.1, mais reste ouvert à l'option n.2**

Éléments financiers

Option 1 : le business plan intègre 2 consultants de la FAN (2x0.5 EPT) pour un coût estimé de 250.000 CHF dès l'année 2024. S'agissant de prestations non rémunérées par le TARPSY (interventions durant hospitalisation et formation au personnel CNP) un financement cantonal spécifique est prévu dans le business plan.

Option 2 : le CNP devrait engager un médecin somaticien et un psychiatre spécialisé à 50% (2x0.5EPT). De plus, afin d'assurer le soutien aux médecins de premier recours un 0.5 EPT supplémentaire serait nécessaire. Le coût global estimé serait dès lors de 400'000.

1.4.3 Troubles du spectre de l'autisme

Les troubles du spectre de l'autisme sont des troubles envahissants du développement qui se manifestent souvent dès la petite enfance et qui persistent toute la vie. Les personnes souffrant d'un trouble autistique perçoivent leur environnement de manière altérée. Elles ont beaucoup de difficultés à ressentir et décoder les émotions des autres ainsi qu'à entrer en communication avec elles. Elles tendent à éviter les contacts et à se passionner pour un domaine en particulier. Il est difficile pour elles de s'adapter à la nouveauté et elles apprécient que le quotidien soit toujours prédictible et rythmé par des rituels.

Actuellement, les recherches épidémiologiques attestent une prévalence d'environ 1 % de personnes atteintes d'un TSA (MacKay, 2016). Le diagnostic, la détection précoce et l'intervention intensive dès l'âge préscolaire ont une efficacité démontrée et peuvent notamment augmenter les compétences cognitives et adaptatives de l'enfant et ainsi diminuer significativement les aides nécessaires subséquentes (scolarisation spécialisée, formation AI, soins spécifiques...).

Or, selon le rapport du Conseil fédéral publié en 2018⁶², la qualité de la prise en charge au niveau national est à améliorer. La situation actuelle en Suisse est caractérisée par la présence de nombreux acteurs différents au niveau des cantons et des communes, une densité médicale variant selon les régions, une diversité de structures et un manque général d'offres appropriées. Le Conseil fédéral a par ailleurs invité les cantons à dresser un inventaire de la situation au niveau local et à encourager la mise en œuvre des mesures concrètes recommandées dans le rapport de 2018.

Des travaux d'envergure ont été menés au niveau national pour définir un modèle de financement permettant le développement des interventions précoces en autisme et assurer une réglementation claire du financement entre la Confédération et les cantons. Un rapport final a été livré en juin 2022⁶³ : le modèle de financement commun cantons-OFAS retenu se base sur le modèle des « conventions-programmes » (voir paragraphe 1.4.3.2).

1.4.3.1 Situation cantonale

Au niveau du canton de Neuchâtel, avec 1600 naissances par année et une prévalence des TSA en constante augmentation (actuellement de 0.9 à 1,2%⁶⁴), nous devons compter en moyenne 17 nouveaux cas par année, le spectre étant relativement large avec des situations qui peuvent être qualifiées de légères, moyennes ou sévères.

Dans le cadre de l'intervention précoce en autisme, un modèle d'intervention précoce intensive (dit IPI) est progressivement mis en place avec des moyens planifiés au niveau de l'Office de l'éducation spécialisée. Ce programme s'adresse aux enfants concernés par un diagnostic d'autisme infantile, qui concerne environ 0.4% de la population, soit 6 à 7 enfants en moyenne par année pour le Canton de Neuchâtel.

À Neuchâtel, la stratégie cantonale en matière de pédagogie spécialisée prévoit que « *L'intervention*

⁶² Rapport sur les troubles du spectre de l'autisme : mesures à prendre en Suisse pour améliorer la pose de diagnostic, le traitement et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme, adopté le 17.10.2018 (dernière modification 29.05.2019)

⁶³ Interventions précoces intensives auprès d'enfants atteints d'autisme infantile: Développement de modèles de financement, OFAS juin 2022

⁶⁴ Compagnon C. Mieux connaître la prévalence des troubles du spectre de l'autisme (TSA), mais aussi les conditions de vie des personnes présentant un TSA, un défi pour notre politique publique. Bull Epidemiol Hebd. 2020;(6-7):126-7
http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/6-7/2020_6-7_0.html

précoce en autisme, placée sous la responsabilité de la Fondation Les Perce-Neige, est développée en étroite collaboration avec le CNPea qui assure une vision médicale ».

Les attentes formulées vis-à-vis du CNP dans la stratégie cantonale précitée sont aujourd'hui que partiellement remplies. Alors que depuis 2015, la Fondation Les Perce Neige, par leur centre ACPA⁶⁵, assure la prise en charge socio-éducative des IPI, le diagnostic et l'évaluation médicale sont réalisés par le CNP dans les locaux de l'ACPA de manière largement insuffisante et cliniquement insatisfaisante (seul un 0.05 EPT est actuellement dédié à ce dossier).

Le CADEM⁶⁶ du CNP, à présent concentré sur le diagnostic et le traitement des TSA touchant enfants et adolescents doit en effet encore se développer pour y intégrer la dimension de l'âge préscolaire et adulte et assurer ainsi la continuité des soins tout au long du parcours de vie du patient. Les compétences spécialisées doivent être renforcées afin de garantir la qualité clinique des diagnostics et, en conséquence, les interventions précoces intensives de la Fondation Les Perce Neige et le suivi médical de la part du CNP. Les défis en termes de formation et recrutement de personnel médical spécialisé sont importants.

Le travail de diagnostic est actuellement réalisé en articulation avec la neuropédiatrie de RHNe : ce partenariat est fondamental afin d'assurer la maîtrise médicale sur le diagnostic et le contrôle de la qualité clinique lors de l'intervention précoce : il s'agit de facteurs particulièrement importants afin d'assurer tant la supervision et la formation des professionnels, que la coordination entre les divers services médicaux impliqués.

D'autre part le partenariat avec la Fondation Les Perce Neige est fondamental pour la mise en place des interventions précoces intensives, pour lesquelles la prise en charge socio-éducative et pédagogique sont d'importance cruciale.

Un rôle important dans la chaîne de prise en charge précoce des TSA appartient à la médecine de premier recours : les pédiatres sont souvent les premiers intervenants potentiellement aptes à signaler de manière précoce la suspicion d'un TSA. Il est indispensable que les pédiatres puissent bénéficier de l'accompagnement d'un service de médecine spécialisée (psychiatrie, neuro pédiatrie etc) capable de les « outiller » pour identifier les premiers signaux d'un TSA et agir en conséquence.

Bien qu'une collaboration entre ces divers acteurs du Canton existe, celle-ci n'est pas encore suffisamment coordonnée pour garantir aux enfants et adolescents neuchâtelois un diagnostic précis et des interventions précoces pour tous les âges. Aussi, le parcours de l'enfant entre les différentes structures est compliqué par leur sectorisation. Une répartition claire des compétences et des responsabilités mériterait d'être améliorée dans le sens de la littérature⁶⁷ qui souligne l'importance d'une coordination intersectorielle et d'une gouvernance commune pour l'intervention précoce intensive en matière de TSA.

1.4.3.2 Développements futurs

Le Canton de Neuchâtel a besoin de créer un modèle d'intervention précoce intensive (IPI) permettant de répondre aux standards attendus selon les recommandations du Conseil fédéral⁶⁸. Ci-après sont

⁶⁵ Accueil et consultation précoce en autisme (entité de la Fondation Les Perce Neige)

⁶⁶ CADEM : centre de l'autisme et du développement mental (entité du CNP)

⁶⁷ Liesen & al. (2018)

⁶⁸ Ibidem, Rapport sur les troubles du spectre de l'autisme

présentées les principales recommandations du CF, ainsi que les orientations possibles au niveau du canton de Neuchâtel. À la fin du chapitre sont résumées les options stratégiques proposées.

Recommandation 1 : création d'un « centre spécialisé dans la pose de diagnostics d'autisme », compétent et suffisamment doté en personnel pour couvrir les besoins.

Le CNP est concerné en premier chef par la mise en œuvre de cette recommandation : cela présuppose d'élargir l'offre en matière de diagnostic pour répondre aux besoins et raccourcir les délais d'attente. Dans ce but, les effectifs (médecins et psychologues) seront renforcés au sein du CADEM afin de satisfaire les besoins diagnostics dans le canton pour tous les âges.

Recommandation 2 : le diagnostic devrait être suivi d'un conseil et d'un accompagnement par un centre de compétences, suffisamment doté en personnel pour assumer la tâche de formation sur le dépistage des TSA et de sensibilisation pour les parents et les personnes concernées (coaching parental, soutien psychologique pour comprendre et accepter le diagnostic, conseils professionnels pour identifier les possibilités adéquates en matière d'éducation précoce, identifier une école appropriée, gérer les comportements difficiles, trouver des solutions de formation, d'emploi et de logement adéquates). Au niveau du CNP ce travail d'accompagnement fait partie des missions du CADEM pour les autres âges et pourrait tout naturellement être réalisé pour les enfants en âge préscolaire.

- ➔ Option1 : le CNP reprend ce mandat de conseil et accompagnement en élargissant sa mission au-delà du diagnostic précoce en intégrant la fonction d'accompagnement, conseil e formation.
- ➔ Option2 : la mission du CNP se limite au diagnostic et cette mission est attribuée à la Fondation les Perce Neige dans le cadre du mandat qui lui est reconnu par la stratégie cantonale d'éducation spécialisée

Recommandation 3 : accès à des programmes d'intervention précoce intensive (IPI), fondés sur des données probantes, pour chaque enfant diagnostiqué pendant la période préscolaire.

Du fait de la plasticité cérébrale élevée des enfants en bas âge, une intervention précoce intensive peut prévenir l'apparition ultérieure de symptômes associés, tels qu'un comportement destructif, l'automutilation ou une anxiété excessive. Plusieurs études internationales montrent qu'une certaine intensité des interventions doit être garantie pour que les enfants puissent développer leurs capacités intellectuelles, linguistiques et d'apprentissage et que les signes distinctifs de l'autisme s'atténuent (Dawson, 2008). Or, les dispositions légales en vigueur sur les plans fédéral et cantonal ne sont pas adaptées au financement de l'intervention précoce intensive, car ces thérapies se caractérisent notamment par une large combinaison de méthodes. Les professionnels intervenants sont des pédopsychiatres, des psychologues, des ergothérapeutes, des infirmiers, des logopédistes, des psychomotriciens, des éducateurs et enseignants spécialisés qui combinent des éléments de leur propre discipline avec les méthodes de l'intervention précoce. Tandis que les prestations pour le premier groupe de professionnels (médicaux et paramédicaux) sont financées par l'AI, les professionnels du second groupe (socio-éducatif) relèvent de la compétence des cantons. C'est pourquoi leur financement suscite souvent des conflits de compétences et place les centres de thérapie face à d'importants défis administratifs.

Le Conseil fédéral a ainsi chargé le DFI d'évaluer comment réaliser un modèle de coûts pour l'intervention précoce intensive. Un rapport a été publié en juin 2022 sur le sujet : il prévoit notamment que pour bénéficier du soutien de la Confédération, chaque canton négocie une convention-programme

avec l'OFAS. Dans ce contexte, la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), avec l'accord de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) et de la Conférence suisse des directeurs de la santé (CDS), s'est vue attribuer la mission de négocier avec la Confédération une convention-programme-cadre. La convention-programme-cadre servira de modèle pour la convention-programme que chaque canton signera avec l'OFAS.

Alors que dans le domaine pédagogique de telles conventions-programmes existent déjà - notamment la CDIP connaît ce type d'outil dans le cadre du financement de la formation continue (CDIP-SEFRI) - la LAI ne prévoit pas une telle possibilité de cofinancement (canton-confédération) et devra être modifiée.

Au vu des délais nécessaires pour une telle modification législative, dans l'intervalle, l'OFAS a prévu de réviser l'ordonnance actuelle afin de garantir la continuité de l'offre et permettre à de nouveaux centres de voir le jour.

L'ordonnance de l'OFAS⁶⁹ jusqu'ici en vigueur (qui prévoit un forfait de 45'000,- par enfant pris en charge dans un dispositif reconnu par l'OFAS), clarifiait de manière transitoire les conditions auxquelles les fournisseurs de prestations peuvent pratiquer l'intervention précoce intensive. Selon cette ordonnance, le prestataire de l'IPI doit notamment proposer une méthode d'intervention précoce intensive selon des critères de qualité prédéfinis et doit entre autres:

- être rattaché à une institution de droit public;
- être dirigé par un médecin spécialiste en neuropédiatrie ou en psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence ou, à défaut, les mesures médicales qu'il fournit doivent être supervisées par un médecin spécialiste de ces disciplines;
- disposer d'un système de gestion de la qualité;
- avoir un personnel composé à 30 % au moins de personnel médical et 30 % au moins de personnel pédago-thérapeutique.

La révision de cette ordonnance entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2023 pour une durée limitée, le temps que les modifications légales susmentionnées prennent effet.

Si les conditions de l'actuelle ordonnance sont confirmées, dans le canton de Neuchâtel seul deux institutions pourraient répondre aux exigences de l'OFAS (institutions de droit public dirigées par un médecin spécialiste en neuropédiatrie ou pédopsychiatrie) : RHNE et CNP. Néanmoins, aucune des deux institutions de par sa mission éminemment médicale n'a pour l'heure de compétences, ni de mandat, pour déployer la part de prestation socio-éducative de l'IPI. La stratégie cantonale de pédagogie spécialisée prévoit par ailleurs que l'intervention précoce en autisme (dont l'IPI fait partie) soit dévolue à la Fondation Les Perce Neiges et que le CNP y apporte sa compétence éminemment médicale (diagnostic et suivi médical de l'IPI). Par contre, si les conditions précitées sont assouplies dans la nouvelle ordonnance, le canton de Neuchâtel pourrait poursuivre l'orientation prise en 2018 et confirmer le mandat à la Fondation des Perce Neige conformément à la stratégie cantonale de pédagogie spécialisée. De cette manière, la Fondation les Perce Neige assumerait la responsabilité des IPI en s'appuyant sur les compétences médicales du CNP éminemment pour les aspects liés au diagnostic et au suivi médical et psychologique. Cette option semble la voie plus naturelle au vu des orientations déjà validées par le Canton ; l'alternative nécessiterait que le CNP assume la responsabilité de l'IPI et délègue aux PN les interventions paramédicales (enseignants spécialisés, ergothérapeutes,

⁶⁹ Ordonnance de l'OFAS sur le projet pilote « Intervention précoce intensive auprès des enfants atteints d'autisme infantile » du 17 octobre 2018

logopédistes, psychomotriciens etc). À relever que la variété de modèles organisationnels existants dans les divers cantons démontre une certaine flexibilité vis-à-vis des critères énumérés ci-dessus. Nous partons ainsi du principe que la mise en œuvre de la stratégie cantonale telle que prévue en 2018 serait admise par la nouvelle ordonnance de l'OFAS.

Dans un cas comme dans l'autre, une convention de collaboration entre le CNP et la Fondation Les Perce Neige et l'élaboration d'un concept commun de prise en charge restent indispensables pour assurer une vision holistique et coordonnée et permettre au canton de Neuchâtel d'accéder aux financements fédéraux (forfaits par cas) prévus pour les TSA concernés (soit 6-7 enfants par année). L'élaboration d'un concept cantonal de prise en charge de l'autisme est le premier pas pour assurer une réponse efficace et une trajectoire lisible pour les enfants atteints de TSA et leurs familles.

Options stratégiques

Conformément à la stratégie cantonale d'éducation spécialisée, et pour autant que les critères de l'ordonnance OFAS soient assouplis, la Fondation les Perce Neige assume la responsabilité de l'IPI et s'appuie sur le CNP pour la réalisation des diagnostics et le suivi médical des TSA. Les deux institutions sont liées par une convention de collaboration selon un concept de prise en charge commun. Les prestations médicales et psychologiques sont prodiguées sous la responsabilité clinique et institutionnelle du CNP, qui est responsable de la qualité clinique des diagnostics et des IPI. Le CNP se charge également de la formation et supervision de ses propres professionnels, ainsi que du soutien au réseau de soins de premier recours (ex. pédiatres). En ce qui concerne le financement des prestations du CNP, deux options sont possibles selon le CNP:

OPTION 1 financement direct

Les financements de la Confédération sont répartis par le Canton entre les Perce Neige et le CNP : le financement destiné à la prestation médicale (y compris formation et supervision) est attribué au CNP via le SCSP. Le financement destiné à la prestation pédagogique et socio-éducative est attribué à la Fondation les Perce Neige par l'OES.

OPTION 2 financement indirect

Le Canton attribue la totalité du financement de la Confédération à l'OES. Le CNP facture les prestations médicales à la Fondation Les Perce Neige aux coûts complets. La formation et supervision du réseau de premier recours, attribuée au CNP, est financée par le Canton.

→ **Le CNP privilégie l'option n.1, tout en restant ouvert à l'option n.2 ou à tout autre mécanisme de financement**

Eléments financiers

Indépendamment de l'option privilégiée, le CADEM du CNP doit compter équipe constituée de 2.9 EPT (0.5 EPT médecin et 2.4 EPT psychologues) afin de garantir des prestations de qualité pour 17 nouveaux cas par année, dont 6-7 cas nécessitant l'IPI. Le coût annuel total est estimé à 544'000.- dont une partie sera financée par la Confédération, une partie par le TARMED et une partie par des PIG ambulatoires. Le mécanisme de financement n'étant pas encore établi, le montant est intégré tel quel dans le BP dans la rubrique « TSA ».

1.4.4 Troubles anxieux

Les troubles anxieux représentent un ensemble d'atteintes psychiatriques et peuvent être très invalidants en terme de souffrance, impact fonctionnel et qualité de vie. Les troubles anxieux les plus fréquents sont le trouble panique avec ou sans agoraphobie (attaques de panique avec ou sans anxiété dans le contexte d'une foule ou d'un espace clos), le trouble anxieux généralisé (TAG, inquiétude excessive et chronique), la phobie sociale (crainte majeure de se retrouver avec un grand nombre de personnes et de prendre la parole en public), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC, trouble mêlant des idées obsédantes intrusives avec des comportements compulsifs destinés à maîtriser les pensées), l'état de stress post-traumatique (ESPT, symptômes multiples faisant suite à un événement potentiellement traumatisant).

1.4.4.1 Epidémiologie

Les troubles anxieux sont les maladies psychiatriques les plus fréquentes, particulièrement parmi la population dans les pays à haut revenu. La prévalence des différents troubles anxieux sur la vie entière peut atteindre jusqu'à 30% de la population âgée entre 18 et 65 ans⁷⁰, avec une variabilité importante en raison de multiples facteurs (notamment âge, sexe, variable culturelle, aspects socio-économiques, méthode de récolte des données, type de questionnaires). On constate une légère surreprésentation féminine qui varie cependant en fonction du trouble concerné. La prévalence des différents troubles anxieux est donc difficile à chiffrer, mais nous pouvons faire mention des estimations suivantes issues de multiples études^{71,72,73,74,75} :

Trouble panique	1.6-5.2%
Trouble anxieux généralisé (TAG)	2.8-6.2%
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	2-3%
Phobie sociale	2.8-8%

⁷⁰ Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychol Med*. 2013 May;43(5):897-910. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):327-35.

⁷¹ Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17(3):327-35.

⁷² Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):357-376.

⁷³ Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19

⁷⁴ Stein DJ, Costa DLC, Lochner C, Miguel EC, Reddy YCJ, Shavitt RG, van den Heuvel OA, Simpson HB. Obsessive-compulsive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Aug 1;5(1):52.

⁷⁵ Fontenelle LF, Mendlowicz MV & Versiani M The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 30, 327–337 (2006).

Les troubles anxieux sont souvent confondus d'une part avec des symptômes physiques et d'autre part avec d'autres troubles psychiatriques (dont notamment le trouble dépressif majeur), ce qui explique le retard diagnostique fréquent et par conséquent un délai important avant l'introduction d'un traitement spécifique et efficace. La réaction aiguë à un facteur de stress et l'état de stress post-traumatique/ESPT occupent une place particulière dans le spectre des troubles anxieux, car ce sont les seuls troubles pour lesquels une étiologie précise est identifiée, en l'occurrence un événement potentiellement traumatisant⁷⁶, mettant la victime face à une « confrontation inopinée avec le réel de la mort »⁷⁷. La réaction aiguë à un facteur de stress est présente chez environ 10-20% des victimes alors que l'ESPT chez environ 5-8%⁷⁸.

Par ailleurs, la pandémie COVID-19 a engendré, selon les premières études disponibles, un impact important sur la santé mentale, majorant de manière significative la présence de symptômes anxieux⁷⁹, dont il est cependant encore difficile d'estimer l'impact réel sur les années à venir. En termes de vision stratégique, il est difficile de se projeter en l'absence de données scientifiques fiables disponibles, mais il s'agit d'un aspect à monitorer avec attention.

1.4.4.2 Modalités thérapeutiques

La précocité de diagnostic et la rapidité d'introduction du traitement sont des aspects centraux de la prise en charge des troubles anxieux. Les modalités thérapeutiques reconnues efficaces sont les suivantes: psychoéducation, pharmacothérapie ciblée et progressive (notamment au moyen d'antidépresseurs), psychothérapies d'orientation cognitivo-comportementale (TCC) et approches groupales. Les traitements impliquent une prise en charge conséquente avec un traitement pharmacologique de longue durée (minimum 1-2 ans). Des approches plus spécifiques existent pour les différents troubles. Les méthodes thérapeutiques telles que l'hypnose et l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sont efficaces dans le contexte du traitement de l'ESPT.

La psychiatrie et ses modalités thérapeutiques se sont largement développées et spécialisées ces vingt dernières années : dans ce contexte, la prise en charge des troubles anxieux est devenue un champ spécifique de la psychiatrie.

1.4.4.1 Proposition du CNP

Un certain nombre de cantons suisses se sont dotés depuis plusieurs années de programmes spécifiques de soins ciblés sur ces troubles, qui nécessitent une formation approfondie et des compétences ad hoc. La mission de l'institution psychiatrique publique est d'offrir à la population un panel de soins correspondant aux standards actuels de qualité, en complémentarité avec le réseau des acteurs privés présents sur le territoire, ce d'autant plus que la prévalence de ces troubles est importante.

Le CNP a développé, depuis 2019, un programme spécifique de soins pour les troubles anxieux. Ce

⁷⁶ Événement extraordinaire qui menace l'intégrité physique, sexuelle ou psychologique d'un individu. Cet événement est décrit comme potentiellement traumatisant car il ne va pas engendrer des symptômes chez toute personne impliquée.

⁷⁷ F. Lebigot, J. Lacan

⁷⁸ Vaiva 2001, Kessler 1995 & 2005, Stein 1997, Breslau 1998

⁷⁹ Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020 Sept. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020 Dec.

programme s'inscrit pleinement dans le modèle de soins équilibré : d'une part il favorise l'aide psychiatrique au réseau sanitaire de premier recours et d'autre part il offre une prestation de soins hautement spécifique à la population la plus sévèrement impactée par les troubles anxieux. Le programme propose un *setting* adapté en deux formats complémentaires: d'une part une prise en charge groupale particulièrement adaptée à la phobie sociale et au trouble anxieux généralisé et d'autre part une prise en charge individuelle.

Le programme offre également des prestations de soins ciblées sur le psychotraumatisme, telles que l'EMDR ou l'approche centrée sur les compétences. De plus, le CNP a développé ses compétences dans ce domaine depuis quelques années, en raison d'une part du mandat attribué au CNP de coordonner le CARE-team du canton, et d'autre part en raison de l'importance de cette problématique dans le canton du fait de la présence du centre fédéral d'accueil des requérants d'asile.

Orientation stratégique

Consolidation du programme spécifique sur les troubles anxieux, en particulier les volets concernant le soutien au réseau de soins primaires et la prestation CNP hautement spécialisée destinée à la prise en charge des cas les plus sévères.

Éléments financiers

Le renforcement de la prise en charge de troubles anxieux entraîne une augmentation de la facturation ambulatoire ainsi que de la dotation. De ce fait, comme toutes les consultations ambulatoires d'une certaine intensité, ces prestations génèrent des PIG. Ce financement est inclus dans le montant de 2 millions supplémentaires intégré dans BP sous la rubrique « PIG ambulatoires » (voir chapitre 4.5.3.4).

1.4.5 Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère et persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par l'activité. La cause exacte est inconnue, mais elle est probablement multifactorielle, impliquant hérédité, modifications des taux des neurotransmetteurs, altération des fonctions neuroendocrines et des facteurs psychosociaux. Le diagnostic repose sur l'anamnèse. Le traitement comprend habituellement les médicaments et/ou la psychothérapie⁸⁰.

Les troubles dépressifs peuvent survenir à tout âge, mais se développent généralement entre le milieu de l'adolescence, au cours de la vingtaine ou de la trentaine. En consultation de médecine générale, près de 30% des patients signalent des symptômes dépressifs, mais moins de 10% d'entre eux présentent une dépression majeure.

La prévalence annuelle de la dépression est environ de 6,5% en Suisse et le risque d'être atteint d'un

⁸⁰ William Coryell, MD, University of Iowa Carver College of Medicine, aout 2021

état dépressif au moins une fois au cours de la vie est de 16.6%. La durée moyenne d'un épisode dépressif est de 4 à 6 mois, et se prolonge en cas d'absence de traitement. La maladie dépressive débute en moyenne à l'âge de 30 ans, présente un caractère récidivant avec 50% de rechute à 2 ans, 85% sur toute la vie et le risque de chronicité est de 20%.

La dépression s'associe souvent avec d'autres troubles somatiques et psychiatriques. Les femmes et les personnes d'un milieu socio-économique défavorisé semblent plus à risque.

L'étiologie du trouble dépressif dépend d'interactions complexes entre vulnérabilité génétique, modifications des systèmes de régulation du stress et influences environnementales diverses.

Parmi les facteurs de risque sont à relever la présence d'autres affections psychiatriques (en particulier anxiété et abus de substances) ou d'une maladie somatique grave ou chronique.

La dépression est la première cause de suicide. Des tentatives précédentes constituent le principal facteur de risque de suicide avéré. Il est donc capital de rechercher et d'estimer le risque suicidaire d'un patient dépressif.

Orientation stratégique

Le CNP ne prévoit pas le développement d'un programme spécifique dans ce domaine, la grande majorité des troubles dépressifs étant pris en charge par les médecins de premiers recours et psychiatres installés. Le CNP concentrera ses efforts sur le soutien au réseau de soins primaires et sur l'intervention spécialisée en cas d'hospitalisation pour troubles dépressifs sévères accompagnés d'un risque de suicide ou de comportement auto et/ou hetero-agressifs.

Éléments financiers

Impact négligeable sur le financement PIG.

1.5 Alternatives à l'hospitalisation

Dans la poursuite des efforts de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, la logique du concept de rétablissement encourage le passage progressif d'une organisation des soins centrée sur l'hôpital vers une organisation des soins axée sur le lieu de vie de la personne. L'éventail des alternatives à l'hospitalisation devrait dès lors s'élargir à l'horizon 2030. Par « alternative à l'hospitalisation » le CNP entend l'ensemble des activités qui en amont et en aval de la crise permettent de prévenir et éviter un séjour stationnaire à l'hôpital psychiatrique.

Ces dernières années, le CNP a réalisé des efforts considérables pour trouver des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique qui soient sûres et qui correspondent à une pratique psychiatrique moderne ambulatoire. Ces efforts ont porté sur des alternatives en amont et aval de l'hospitalisation psychiatrique, ainsi que sur les alternatives à l'hébergement psychiatrique. En amont, le Centre des urgences psychiatriques (CUP) réalise un travail important pour éviter des hospitalisations inappropriées. Les hospitalisations sont rigoureusement planifiées dès l'admission du patient pour éviter les journées en surplus. Enfin, des alternatives à l'hébergement en institution ont été

développées notamment avec le projet pilote d'accompagnement socio-thérapeutique à domicile et les équipes mobiles intervenant dans les institutions partenaires. Ces mesures ont eu pour résultat de diminuer le nombre et la durée des séjours hospitaliers et le taux d'occupation. Le dispositif ambulatoire sera renforcé dans les années à venir. Ceci amènera, progressivement à réduire la capacité hospitalière (voir chapitre 1.7.1)

1.5.1 Equipes mobiles

Sous le terme générique d'« équipes mobiles » le CNP réunit l'ensemble des interventions pluridisciplinaires dans le milieu de vie du patient (domicile, établissement médico-sociaux, institutions sociales et socio-éducatives etc.) visant à traiter les situations complexes, maintenir le lien thérapeutique notamment durant les moments délicats qui suivent le séjour hospitalier⁸¹.

Ce terme générique comprend les prestations de soins prodiguées aux patients (facturées au patient) ainsi que les prestations de formation/liaison/conseil auprès des institutions partenaires (facturées aux institutions). Aujourd'hui le CNP alloue globalement environ 20 EPT aux équipes mobiles pluridisciplinaires œuvrant dans les institutions partenaires et environ 15 EPT aux équipes mobiles intervenant à domicile avec le programme d'accompagnement socio-thérapeutique décrit ci-dessous. Il existe principalement trois types d'équipe mobile de psychiatrie qui permettent d'offrir des alternatives à l'hospitalisation : les équipes de résolution de crise, les équipes de suivi intensif dans le milieu, et les équipes de transition.

Les équipes de résolution de crise s'adressent à une population très large d'urgences psychiatriques, surtout pour des troubles psychiatriques fréquents (ex. anxiété ou dépression). Ce type d'intervention serait à Neuchâtel redondant avec les interventions du CUP ; ces dispositifs sont par ailleurs moins solidement basés sur des preuves scientifiques et plus complexes à mettre en œuvre.

Le deuxième modèle, le suivi intensif dans le milieu, s'adresse à des personnes souffrant souvent de psychose et difficiles à engager dans les soins, qui font des séjours répétés à l'hôpital, présentent des troubles du comportement dans la communauté et voient leur santé et leur situation sociale se dégrader rapidement. Ces patients sont en nombre limité mais consomment des ressources importantes : selon la littérature il s'agit de 5 % des patients, qui occupent 30 % des lits. Le CNP promeut le développement de ce modèle, moins gourmand en ressources et potentiellement plus efficient, complémentaire aux structures existantes et déjà expérimenté avec succès dans le canton de Vaud.

Le troisième type d'équipes mobiles, dites de « transition », accompagnent les sorties des unités hospitalières et assurent la continuité des soins entre l'hospitalier et l'ambulatoire. Le CNP a développé ce type de dispositif depuis quelques années et entend maintenir cette prestation, l'expérience ayant démontré sa pertinence clinique.

⁸¹ Une étude réalisée en 2002 à Lausanne (Bonsack & coll.) montrait que 50% des patients hospitalisés une première fois pour une crise psychotique ne se rendait pas à leur premier entretien chez le psychiatre. Il est primordial dans ces situations d'offrir un suivi en allant à la rencontre des personnes afin de ne pas rompre la continuité des soins. L'infirmier à domicile joue alors un rôle important dans ce système. Il devient un fil rouge entre la personne concernée par la maladie, la famille, le traitement et les autres acteurs du réseau.

1.5.2 Accompagnement socio-thérapeutique modulable à domicile

Le projet "d'accompagnement socio-thérapeutique modulable à domicile" s'inscrit dans le concept du « rétablissement » et a été lancé en 2020-21 en concomitance avec la fermeture des structures résidentielles du CNP. Ce programme vise à offrir un accompagnement socio-éducatif et des soins individualisés d'intensité modulable à l'égard de personnes vivant à domicile, et souffrant de troubles mentaux complexes et persistants.

C'est avec l'équipe accompagnante que le bénéficiaire se réapproprie son propre espace de vie, qu'il reconstruit son propre rôle au sein de la société, qu'il évolue et crée de nouvelles relations sociales. Le résultat est une meilleure qualité de vie et moins de recours à des hospitalisations.

Le programme s'adresse à des personnes :

- présentant une instabilité psychopathologique, des crises fréquentes et des hospitalisations répétées mais avec un niveau d'autonomie leur permettant de ne pas devoir être accompagnées 24h/24h et 7/7j.
- avec un profil dit "déficientaire" présentant des liens affectifs insuffisants, une pauvreté du réseau social, voir une dépendance fonctionnelle mais avec un niveau d'autonomie leur permettant de ne pas devoir être accompagnées 24h/24h et 7/7j.

Les niveaux d'accompagnement sont modulables selon l'état psychopathologique, le niveau du comportement adaptatif (soins personnel, autonomie, etc.), et des habiletés sociales des patients. La discontinuité de la présence de professionnels, la nuit ou les weekends, laisse un espace d'initiative au bénéficiaire, qui paraît nécessaire à son rétablissement. L'accompagnement doit être donc modulable et évolutif.

Dans son budget 2022 le CNP a alloué à cette prestation une équipe d'environ 15 EPT pour 85 bénéficiaires. Ce projet, actuellement en phase pilote, a été lancé avec le soutien résolu de l'Etat. Les modalités de financement sont actuellement en phase d'élaboration en collaboration étroite avec le Service cantonal de la santé publique. Parmi les bases légales qui pourraient donner assise à ce projet pionnier nous évoquons la future loi cantonale sur l'accompagnement à domicile.

1.5.3 Home treatment

Parmi les « alternatives à l'hospitalisation », la forme la plus extrême de soins décentralisés est l'hospitalisation à domicile (*home treatment*). L'hospitalisation à domicile est une proposition de traitement, sur une base volontaire, à la personne atteinte de maladie mentale aiguë directement à son domicile en alternative à l'hospitalisation. Plusieurs expériences dans ce domaine ont vu le jour en Suisse ces dernières années. Au Tessin notamment, comme en Suisse allemande, des projets pilote sont en cours et prévoient le traitement des maladies mentales aiguës au domicile du patient comme alternative à l'hospitalisation. Cette offre de soins propose typiquement une prise en charge pluridisciplinaire (médecin psychiatre, infirmier spécialisé, psychologue, assistant social) et la construction d'un projet thérapeutique partagé avec le patient et son entourage familial comprenant :

- des visites médico-infirmières et entretiens à domicile
- un traitement médicamenteux
- psychoéducation à destination de la personne et de la famille

- contrôles et examens somatiques
- thérapies à médiation non verbales
- accompagnement social et socio-éducatif au besoin
- projet de transition partagé avec les proches-aidants

La prise en charge s'effectue avec des visites à domicile quotidiennes jusqu'à la résolution de la crise. Bien qu'il n'existe très peu de recul sur ce type de prise en charge (des projets pilote sont en cours au Tessin et à Zurich), les premiers retours d'expériences indiquent que les programmes sont bien tolérés par les patients, améliorent l'adhésion au traitement et diminuent la contrainte.

L'hospitalisation à domicile nécessite certes des ressources importantes, mais elle permet également de réduire, voire d'éviter, les séjours hospitaliers en alliant ainsi l'amélioration de la qualité des soins à une économie des coûts de la santé.

Le « home treatment » demande l'identification d'un modèle de financement alternatif tant à celui de l'hôpital traditionnel qu'à celui du traitement ambulatoire, par exemple par la reconnaissance d'un forfait journalier co-financé par les assurances et l'état, comme dans certains des projets pilote d'autres cantons.

1.5.4 Hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour, ci-après HJ, proposent des traitements ambulatoires à des personnes présentant des troubles psychiques importants mais pouvant bénéficier d'un niveau d'autonomie fonctionnelle (propre ou avec l'aide d'un tiers) suffisant pour vivre à domicile. Ils sont à présent organisés par tranches d'âge et par localisation géographique : actuellement le CNP exploite 4 hôpitaux de jour ainsi distribués dans le Canton:

- un HJ pour l'adulte dans les locaux du CPCM, à la Chaux de Fonds
- un HJ pour l'adulte dans les locaux du bâtiment B, à Préfargier
- un HJ pour l'âge avancé dans les locaux du CPCM à la Chaux de Fonds
- un HJ pour l'âge avancé dans les locaux du CPCL à Neuchâtel

Le suivi proposé est de type intensif (tous les jours de la semaine) ou semi-intensif (plusieurs jours par semaine). Modelé sur la notion de milieu thérapeutique⁸² et favorisant l'approche de travail à la fois individuelle et groupale, l'HJ offre des services complets de diagnostic et de traitement, intégrés et pluridisciplinaires (médecin, infirmier, psychologue, assistant social, ergothérapeute etc.) dans un cadre flexible et modulable. Vu sa caractéristique de soin intensif ou semi-intensif, l'HJ s'adresse à des patients en situation de crise et offre un cadre thérapeutique sécurisant comme alternative ou en amont et aval de l'hospitalisation. Dans une vision holistique de la personne, le profil des usagers doit intégrer des aspects psychopathologiques (diagnostic), psychosociaux et existentiels.

Les objectifs de ce type de structure peuvent être résumés de la manière suivante :

- garantir un accès facile et des soins de santé mentale de qualité aux personnes ;
- être une alternative à l'hospitalisation ;

⁸² *États limites en institution: une psychothérapie par « l'environnement »*, Michel Botbol 2006

- offrir, dans un cadre ambulatoire, un programme intensif et semi-intensif d'activités thérapeutiques (évaluation, suivi et traitement, dans tous les aspects : psychopathologique, somatique, économique et social) ;
- favoriser le maintien et l'intégration dans la communauté.
- restaurer/maintenir un fonctionnement satisfaisant pour les personnes ;
- développer/maintenir leurs capacités au moyen d'une démarche thérapeutique (ce qui leur permettra de faire face à d'autres crises) ;
- favoriser leur réinsertion/ maintien dans leur milieu de vie ;
- proposer des interventions individuelles de nature médicale, infirmière, sociale, éducative et, éventuellement, pédagogique (ex. jeunes en formation) ;
- offrir des activités de groupe afin d'acquérir et de remobiliser des compétences.

L'indication de suivi en HJ est en principe posée par un médecin du CNP (même si la demande peut émaner d'un tiers – par exemple un psychiatre de ville). Dans certains cas, un entretien de préadmission peut être nécessaire (notamment pour les personnes qui ne sont pas traitées déjà au sein de différentes structures du CNP). En cas de suivi, sont définis avec le patient : les objectifs, les moyens d'intervention (fréquence, type) et la durée.

Dans ce type de prise en charge, intervient 1 médecin et (au minimum) 1 infirmier référents, voire un éducateur et, selon les besoins du personnel paramédical (ergothérapeute, psychomotricien etc.). Un bilan est réalisé régulièrement afin d'évaluer l'atteinte des objectifs et apporter les adaptations nécessaires. Le fonctionnement clinique est fondé sur des échanges soutenus au sujet des patients, et sur une coordination constante entre les différents membres de l'équipe, le patient lui-même et son réseau (formel et informel). La famille et les proches font partie du traitement : des rencontres sont prévues pour inclure dans le traitement les personnes significatives.

Dans le développement futur de la psychiatrie communautaire, ce type de prise en charge intensive continuera à avoir sa pertinence clinique. La dimension et l'articulation logistique de telles structures pourrait être adaptée, au fur et à mesure du développement des autres alternatives à l'hospitalisation.

1.5.4.1 Hôpitaux de jour pour enfants et adolescents

L'expression de la souffrance psychique et de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents est une préoccupation croissante dans nos sociétés modernes. Les observations cliniques du CNP, corroborées par les données statistiques officielles, font état d'une augmentation massive des situations de crises. En Suisse, entre 2012 et 2018, le recours aux soins psychiatriques, tant ambulatoires que stationnaires a augmenté chez les enfants et les adolescents : le taux de patients âgés de 0 à 18 ans traités en cabinets psychiatriques-psychothérapeutiques a progressé de 42,7%. Le domaine stationnaire a lui aussi enregistré une hausse marquée (+27,7%) du taux d'hospitalisation durant la même période⁸³. L'unité hospitalière du CNP a enregistré un taux d'occupation de 111% en moyenne sur l'année 2021 avec des pics de 125%.

Cette souffrance se traduit en pathologies psychiatriques (dépression, troubles du comportement alimentaire, troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, anxiété chronique, troubles

⁸³ La santé psychique en Suisse, *Monitoring 2020*, OBSAN

du spectre de l'autisme) et peut engendrer, si elle n'est pas diagnostiquée et traitée à temps, des conséquences sociales (ex. rupture scolaire) et psychiatriques graves (ex. toxicomanie, suicide). Or, nombre de ces pathologies aux origines multiples, bio-psycho-sociales, ne sont prises en charge que trop tardivement du fait de la réticence des adolescents à consulter.

Des études récentes en Suisse⁸⁴ ont mis en exergue des lacunes concernant l'offre clinique institutionnelle, estimée insuffisante tant dans le domaine stationnaire que dans celui des hôpitaux de jour. Les recommandations vont dans le sens d'encourager les offres de traitements psychiatriques intermédiaires⁸⁵, dont font aussi partie les services psychiatriques itinérants (ex. visites à domicile). Les auteurs montrent que l'offre de soins pour les enfants et adolescents est lacunaire, ce qui se manifeste notamment, dans toutes les régions, par de longs délais d'attente ainsi que par des pénuries d'offres et de personnel psychiatrique et psychothérapeutique⁸⁶.

Avec une persistance des crises suicidaires, l'apparition de phénomènes massifs de déscolarisation sous forme de refus scolaire, d'exclusions pour des motifs comportementaux sous-tendu par une souffrance psychique, les nouvelles pathologies liées à la migration, la désintégration des familles et leurs conséquences délétères, deux catégories de population infanto-juvénile sont particulièrement touchées : les plus jeunes et les adolescents.

Au-delà des prises en charge traditionnelles telles que la psychothérapie individuelle et groupale, de nouvelles formes de prise en charge ont montré leur intérêt et leur pertinence. Il s'agit de prises en charge collaboratives, associant les différents acteurs de l'enfance et de l'adolescence (issus du domaine social, éducatif et du soin pédopsychiatrique) dans des dispositifs variés, allant de l'accueil bas-seuil à des soins de haute technicité (ex. EMDR, psychodrame). La particularité de ces dispositifs est un accueil sur des temps partiels, plus longs que la simple séance psychothérapeutique, avec plusieurs acteurs offrant ainsi une prise en charge globale : sociale et familiale, scolaire, psychologique.

Ces modèles sont tout à fait singuliers et particuliers à la pédopsychiatrie ; ils proposent essentiellement des soins intégratifs et pluri-professionnels, construits en articulation avec les acteurs de l'enfance en danger et les familles. Ces structures sont aussi le lieu de départ et de coordination des équipes mobiles telles que le CNP les a articulées dans la filière Urgence-Crise-Liaison du CNPea.

Sur la base de ces constats, le CNP, avec la collaboration des services de l'Etat concernés, et en veillant à la coordination avec l'offre des institutions d'éducation spécialisée, entend orienter les prestations à l'intention des enfants et adolescents de sorte à favoriser l'accès aux soins, permettre la continuité de la scolarisation et offrir des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique pour les enfants et les adolescents. En ce sens, le CNP souligne la pertinence des propositions déjà soumises dans ce domaine pour la période 2015-22 (abandonnées par manque de financement) et préconise de compléter l'offre ambulatoire existante par la création :

⁸⁴ *La situation de prise en charge de personnes concernées par les maladies psychiques en Suisse, Stocker et al, OFSP 2018*

⁸⁵ *La santé psychique en Suisse, Monitoring 2020, OBSAN*

⁸⁶ *La situation de prise en charge de personnes concernées par les maladies psychiques en Suisse*

- d'une structure pour les enfants de 3 à 7 ans, déscolarisés ou inscolarisables, non intégrés socialement, sous forme d'un accueil thérapeutique à temps partiel, construite en collaboration avec d'autres acteurs de l'enfance en souffrance.
- d'une structure pour adolescents, (de type « maison des adolescents ») destinée à l'accueil et le soin selon modalités variables : de la consultation unique à plusieurs prises en soins groupales par semaine.

Ces deux structures d'accueil, à situer de préférence en ville, doivent permettre une prise en charge globale, par une équipe pluridisciplinaire. L'objectif est de pouvoir intégrer les composantes pédopsychiatriques, psychologiques, éducatives, scolaires, familiales et sociales de manière individualisée dans la prise en charge. Les usagers pourront bénéficier d'un traitement individuel pédopsychiatrique et psychothérapeutique, avec des classes à petits effectifs, une offre scolaire spécialisée individualisée, et d'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 y serait de quelques semaines à quelques mois.

Orientation stratégique

Le CNP projette d'ici à 2030 de développer des alternatives en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation.

Vu l'augmentation des besoins en santé mentale attendue pour les années 23-30, ces alternatives auront une importance cruciale : cela permettra au CNP de maintenir une capacité hospitalière limitée à 100 lits tout en répondant au besoin.

Est également préconisée la création de structures permettant de combler les lacunes identifiées dans la trajectoire de soins des enfants et des adolescents. Ceci se traduit plus spécifiquement par la création d'un hôpital de jour pour adolescents et par la contribution du CNP à un éventuel projet de structure d'accueil des plus jeunes enfants, à développer avec d'autres acteurs du Canton.

Eléments financiers

Equipes mobiles

Le coût non couvert par les caisses maladie est estimé à CHF 80'000.- par infirmier mobile.

Le BP intègre une augmentation progressive des équipes mobiles de 18 EPT, soit un financement PIG de CHF 1'400'000.- supplémentaires (total 2.3 millions en 2030).

N.B. La croissance attendue sera partiellement financée par une diminution progressive d'autres prestations (ex. hôpitaux de jour, lits hospitaliers).

Accompagnement socio-thérapeutiques modulable

Le BP intègre un coût total de 2.2 millions partiellement couvert par un financement cantonal de CHF 1.443.000.-. Le solde étant actuellement financé par le forfait ASA (730.-/mois par cas) il est inclus

parmi les recettes sous la rubrique « produits envers les patients ». Un mandat est en cours à la Santé Publique pour plausibiliser le modèle de financement.

Hospitalisation à domicile (Home Treatment)

Le BP intègre l'hypothèse d'un financement de la prestation inspirée du modèle hospitalier avec une part facturée aux caisses maladie (à hauteur de 45%) et la différence à charge de l'Etat. Le total estimé à terme est de CHF 1'775'000. Il s'agira de suivre entre 12 et 15 patients par mois tous départements confondus.

Hôpitaux de jour ad2 et âa

Le BP intègre les 4 structures existantes en 2022 avec un financement total du Canton de 3 millions. L'articulation logistique de telles structures pourrait être redimensionnée, au fur et à mesure du développement des autres alternatives à l'hospitalisation (notamment les équipes mobiles). Le financement est estimé à terme à 2 millions.

Hôpital de jour pour adolescents

Le BP intègre les coûts d'un hôpital de jour pour adolescents dimensionné pour y accueillir 10 patients par jour (début de l'activité en 2026). Un encadrement 1:1 est nécessaire pour ce genre de structure. Des locaux adéquats et spécifiques supplémentaires seront nécessaires. Le financement cantonal nécessaire est estimé à CHF 1'408'000.- par année.

1.6 Populations vulnérables et accès aux soins de qualité

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont particulièrement vulnérables dans certaines situations ou périodes de la vie : début des troubles, sortie d'hôpital ou de prison, perte d'emploi ou de logement, migration. Durant ces moments critiques, les risques sont importants d'une dégradation de la santé physique et psychique, d'une utilisation inappropriée des soins urgents et hospitaliers, de troubles du comportement, d'addiction, d'exclusion sociale, voire de suicide. Pour offrir des soins de qualité financièrement viables dans ces périodes d'extrême vulnérabilité, le CNP a pour stratégie de développer des interventions de psychiatrie mobile pluridisciplinaires, de façon à intervenir pour des situations complexes sur le lieu où elle se trouvent durant les périodes critiques, et faciliter la transition vers le réseau médico-social de premier recours une fois rétablies.

1.6.1 Psychiatrie pénitentiaire

La stratégie globale du CNP concernant les soins en santé mentale en milieu pénitentiaire consiste à se focaliser sur les soins psychiatriques et à déléguer à d'autres partenaires les soins somatiques. Compte tenu du bassin de population du canton de Neuchâtel, le CNP propose de développer des modalités de case management intensif de transition, collaborer avec les unités extra cantonales existantes telles que Curabilis pour les situations complexes et poursuivre l'hospitalisation psychiatrique standard du CNP pour les situations aiguës dont les risques sont gérables dans ce cadre.

1.6.1.1 SMPP

Le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaire (SMPP) a vu le jour le 1er octobre 2015 et fait partie de la filière de psychiatrie légale du CNP. Un contrat de prestation entre le CNP et le SPNE règle son activité. Les missions qui lui sont attribuées sont les suivantes :

- assurer sans distinction de race, de religion, de culture ou de genre, le suivi médical des personnes détenues (qu'elles soient prévenues ou condamnées), dès leur entrée en détention et jusqu'à leur sortie ;
- assurer aux personnes détenues, en collaboration avec les structures cantonales de santé, un accès aux soins 24h/24h, équivalent à celui de la population en général, en favorisant autant que possible des soins de proximité ;
- assurer la prise en charge des mesures thérapeutiques prévues par le code pénal dans le but de prévenir la récidive et de favoriser la réinsertion, en tenant compte des principes régissant l'exécution des sanctions pénales en Suisse approuvés par la CCDJP le 13 novembre 2014 ;
- assurer l'accès aux traitements basés sur la substitution pour les personnes détenues souffrant d'une addiction ;
- offrir une prise en charge intégrée selon une causalité circulaire des facteurs tant biologiques, psychologiques que socio-environnementaux dans l'apparition et l'évolution des maladies somatiques et/ou des maladies en santé mentale ;
- promouvoir la santé des personnes détenues et du personnel des établissements pénitentiaires (éducation pour la santé, environnement favorable).

La création du SMPP avait donc pour but de garantir l'accès aux soins des personnes en situation d'incarcération et l'indépendance des soins vis-à-vis de l'autorité pénitentiaire. Cet objectif est aujourd'hui atteint. Le système, devrait toutefois évoluer sur la base des constats issus de ces premières années d'expérience. Parmi les principaux points critiques du système, nous relevons le rôle central attribué au CNP dans des domaines hors du périmètre de sa mission institutionnelle (notamment les soins somatiques et la prévention de maladies infectieuses).

À relever, tout particulièrement, que les prestations somatiques représentent, selon les chiffres du SPNE, 70% des soins prodigués aux personnes détenues et que la prévention et la promotion de la santé est un aspect important qui couvre, là aussi, très majoritairement les soins somatiques (maladies chroniques type hépatites, diabète, HTA, douleurs musculo-squelettiques, maladies infectieuses et transmissibles). Seul une partie minime des activités de prévention peut être considérée liée à des troubles psychiques (ex. prévention des addictions).

Un deuxième aspect à relever est la discordance entre le système actuel et le principe selon lequel l'accès aux soins pour la population détenue devrait être équivalent à celui de la population en général ». Si l'idée de base est de reproduire en milieu carcéral des conditions d'accès aux soins équivalentes à celle de la société, les soins primaires devraient être placés en première ligne et les soins spécialisés devraient intervenir dans les cas qui véritablement le requièrent. La place attribuée à la psychiatrie dans le système de soins en détention est disproportionnée par rapport aux besoins (70% soins primaires – 30% soins psychiatriques). D'autres acteurs de la santé devraient intervenir dans la prise en charge somatique des personnes détenues afin de leur assurer « un accès aux soins 24h/24h,

en collaboration avec les structures cantonales de santé ». Un dialogue dans ce sens a été initié avec le Service cantonal de la santé publique (SCSP) et le Service pénitentiaire neuchâtelois (SPNE) en juin 2019: la réflexion, qui a intégré également le RHNe ainsi que le médecin cantonal, englobe la question plus large de l'accès aux soins par les populations vulnérables (détenus, migrants, sans papiers...) et la pertinence pour le canton de créer un service de médecine communautaire.

Options stratégiques

- ➔ **OPTION 1** : un contrat de prestations SCSP-SPNE définit les prestations en soins nécessaires en milieu carcéral. Le SCSP mandate différents prestataires à intervenir dans les établissements pénitentiaires selon la mission qui leur est spécifique. Dans ce contexte le CNP assume la responsabilité des soins psychiatriques spécialisés, en intervenant sur un mode ambulatoire par des équipes mobiles comme pour tout autre institution partenaire. Le mandat de soins somatiques et de prévention des maladies sexuellement transmissibles est confié par l'État à un partenaire qui dispose de ces compétences (ex. RHNe ou la société neuchâteloise des médecins de premier recours).
- ➔ **OPTION 2** : création d'un service cantonal de médecine communautaire pour la prise en charge des populations vulnérables (détenus, migrants, sans papiers) vis-à-vis duquel le CNP serait lié par un contrat de prestations.
- ➔ **OPTION 3** : statu quo avec financement adapté.

Le CNP privilégie l'option n.1

Éléments financiers

Le CNP reçoit actuellement une subvention de 1.2 millions afin de couvrir les prestations médicales non prises en charge par les caisses maladie. Cette subvention ne couvre pas le surcoût lié au recrutement et à la gestion des ressources médicales somatiques.

Dans le BP le financement reste stable à 1.2 millions : d'une part cela intègre une augmentation des besoins en santé mentale, d'autre part une diminution des coûts liés à la gestion des soins somatiques qui seraient attribués à un autre prestataire (option 1).

Si l'option 1 n'était pas retenue, au profit du statu quo, un financement supplémentaire de CHF 100'000.- serait nécessaire pour couvrir les surcoûts administratifs et doter le CNP des compétences nécessaires dans des domaines étrangers à sa mission (ex. consultant en prévention des maladies transmissibles).

Mesures thérapeutiques institutionnelles

Dans le cadre de la prise en charge psychiatrique des personnes privées de liberté, une mention à part méritent les prestations dans le domaine des soins contraints en particulier l'article 59 CP. Le code pénal

suisse prévoit en effet que lorsqu'une personne commet un acte punissable en relation avec une maladie psychique, le juge peut ordonner un traitement thérapeutique en institution en lieu et place d'une peine. « Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures ». Cependant, lorsqu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions, l'art.59 CP dispose, à son alinéa 3, que « le traitement s'effectue dans un établissement fermé (...). Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al. 2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié ».

Or, pour les personnes du premier groupe (pour lesquelles le risque de fuite et de récidive est réduit), il s'agit d'identifier un placement une institution sociale, socio-éducative, médico-sociale ou un appartement avec encadrement sur la base des besoins spécifiques de la personne concernée. Les soins psychiatriques spécialisés sont prodigués par le CNP sur un mode ambulatoire à domicile ou en institution par des équipes mobiles, ou alors dans une des consultations ambulatoires du CNP selon le degré d'autonomie de la personne.

Jusqu'à juin 2020, le CNP réservait dans ses structures résidentielles 5 places pour les personnes soumises à un traitement thérapeutique institutionnel en milieu ouvert au sens de l'art 59 (à noter qu'au fil des années ces 5 lits ont été globalement sous-occupés). Le CNP ayant définitivement fermé ses structures d'hébergement en 2020 et cette mission ayant été transférée à des partenaires du canton, il le besoin a été absorbé par les institutions présentes dans le canton, notamment les EMS psychiatriques pour adultes (Vert-Bois, Foyer du Parc etc) et pour l'âge avancé (Sombaille, Licorne, Castel etc). Le CNP développe le soutien nécessaire à outiller ces institutions pour la prise en charge psychiatrique de base et intervient en deuxième ligne avec ses prestations mobiles pour prodiguer des soins psychiatriques spécialisés (voir chapitre 1.2.2)

La création d'une institution psychiatrique spécifique pour la prise en charge des personnes sous art. 59 en milieu ouvert n'est pas souhaitable : pour ces personnes, dont l'objectif thérapeutique premier est le rétablissement, une institution de ce type serait fortement stigmatisante et représenterait un frein à la réinsertion sociale. D'autre part, à part le fait d'être soumis à une mesure pénale, ces personnes n'auraient aucun critère de prise en charge commun, leurs profils pouvant largement différer (du jeune adulte avec trouble de la personnalité, à la personne âgée souffrant d'une atteinte neurodégénérative) ainsi que leurs besoins spécifiques (traitement psychiatrique, soins somatiques, accompagnement socio-thérapeutique etc). Il semble beaucoup plus utile que le système dispose de différentes institutions aptes à recevoir des profils différents selon leurs pathologies et leur âge.

Une logique différente s'applique aux personnes du deuxième groupe, pour lesquelles il existe un risque de récidive et/ou un risque de fuite. Dans ces cas le code pénal dispose que le soin doit être effectué dans un établissement fermé, sécurisé. Concrètement, le seul établissement fermé d'exécution des mesures thérapeutiques en Suisse romande est Curabilis à Genève. Ouvert en 2014 avec une vocation concordataire, il compte 77 places, ayant pour but de dispenser des soins psychiatriques aux personnes sous mesure pénale. Curabilis comprend également une unité hospitalière de psychiatrie pénitentiaire (UHPP) de 15 places, qui accueille des personnes détenues nécessitant des soins et traitements

hospitaliers psychiatriques aigus. À noter que malgré sa gouvernance bicéphale (direction opérationnelle conjointe pénitentiaire et médicale) Curabilis est de facto placé sous la surveillance de l'Office cantonal de la détention. Curabilis n'arrivant toutefois pas à satisfaire l'ensemble des demandes des cantons romands, une grande partie des personnes sous art.59 alinéa 3 se retrouvent de facto à exécuter leur mesure thérapeutique en milieu carcéral.

Or, en prison, les personnes souffrant psychiquement et astreintes à des soins font l'objet d'une prise en charge identique à celles des personnes détenues purgeant des peines privatives de liberté. Leur comportement est dès lors interprété selon un prisme principalement disciplinaire et criminologique ; la lecture psychopathologique et les soins psychiatriques viennent s'adjoindre de manière « postiche » à une prise en charge avant tout pénitentiaire, dans un milieu qui n'est pas conçu pour les soins et qui est notoirement pathogène⁸⁷. L'établissement pénitentiaire, en soi, ne peut fournir le niveau et la qualité de soins nécessaires quand il s'agit de pathologies psychiatriques sévères et/ou chroniques. Les soignants y sont souvent en nombre insuffisant pour des suivis à visée curative, lesquels nécessitent accompagnement de proximité, disponibilité et variété de médias thérapeutiques.

Ces limitations inhérentes au fonctionnement carcéral favorisent la dépendance institutionnelle et la chronicisation des troubles mentaux. Il s'agit du même reproche que l'on faisait à l'asile psychiatrique quand l'enfermement au long cours y prévalait. La prison péjore souvent les troubles mentaux, quand elle n'en favorise pas l'éclosion, de par le stress inhérent à la situation judiciaire et ses enjeux, la faible autonomie, l'isolement social, la vie permanente dans un milieu cloisonné et routinier. À cela s'ajoute l'environnement criminogène et la double stigmatisation que subissent les malades psychiques en prison (« fous » et « criminels »), l'assujettissement aux rituels de la hiérarchie clanique de la communauté des co-détenus, qui en font des sujets particulièrement vulnérables et victimisés, souvent objet de violence⁸⁸, y compris violence sexuelle⁸⁹. Cette victimisation est un facteur, parmi d'autres, favorisant l'apparition ou la chronicisation de troubles psychiques et augmentant le risque pour le patient de devenir à son tour violent⁹⁰, par réaction, par imitation ou par péjoration de son état psychique, dans un sens diamétralement opposé à l'objectif recherché.

Enfin, le maintien de malades mentaux en prison est problématique à la lumière des recommandations internationales, notamment les règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus qui dispose : « Les personnes qui ne sont pas tenues pénalement responsables, ou chez lesquelles un handicap mental ou une autre affection grave est détectée ultérieurement, et dont l'état serait aggravé par le séjour en prison, ne doivent pas être détenues dans une prison et des dispositions doivent être prises pour les transférer aussitôt que possible dans un service de santé mentale »⁹¹. Cette règle n'est pas appliquée en Suisse romande, sauf pour de courts séjours psychiatriques hospitaliers, destinés à

⁸⁷ La prison, un lieu de soins? Anne Lecu 2013 *Les Belles Lettres Médecine et sciences humaines*

⁸⁸ Daquin JC, Daigle LE. *Mental disorder and victimisation in prison: Examining the role of mental health treatment. Crim Behav Ment Health.* 2017 Aug 31.

⁸⁹ Wolff N, Jing Shi. *Contextualization of physical and sexual assault in male prisons: incidents and their aftermath. J Correct Health Care.* 2009;15(1):58-82. doi:10.1177/1078345808326622

⁹⁰ Sariaslan A, Lichtenstein P, Larsson H, Fazel S. *Triggers for Violent Criminality in Patients With Psychotic Disorders. JAMA Psychiatry.* 2016 Aug 1;73(8):796-803. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.1349. PMID: 27410165; PMCID: PMC5047356.

⁹¹ Article 109 des normes internationalement reconnues adoptées par l'ONU le 17 décembre 2015, intitulées « Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus » (Règles Nelson Mandela).

traiter la crise, mais pas le trouble mental ou le handicap sous-jacent. Les pratiques actuelles font que des personnes, même reconnues irresponsables par la justice, mais sous mesure art. 59.3, sont placées en prison, parfois pour des années, vu la gravité de leurs troubles, bien au-delà de la peine prévue pour le délit effectivement commis.

Neuchâtel ne fait pas exception : les personnes soumises à l'art 59.3 sont détenues à l'Etablissement d'exécution des peines de Bellevue, leurs conditions de détention étant identiques aux personnes exécutant une peine. Les équipes du CNP prodiguent des soins psychiatriques avec toutes les limites décrites plus haut, inhérentes à ce type d'environnement. En cas de crise aigüe, l'hôpital de Préfargier met à disposition 2 chambres sécurisées pour des courts séjours psychiatriques hospitaliers. À noter que la sécurité est assurée par la présence d'un Securitas mandaté ad hoc et financé par le SPNE. Il s'agit par ailleurs du même système en place à RHNE en cas d'hospitalisation somatique de personnes détenues.

En conclusion, le CNP maintient que l'offre aux personnes sous article 59 CP dans le canton de Neuchâtel est actuellement insatisfaisante du point de vue clinique, ne répond pas aux attentes de la loi et ne permet pas aux personnes concernées d'être soutenues dans leur rétablissement et leur réinsertion sociale.

Options stratégiques

→ **OPTION 1** : création d'une structure psychiatrique sécurisée avec vocation concordataire et prise en charge à visée sociothérapeutique, complémentaire à l'offre de Curabilis. Option coûteuse, dépassée d'un point de vue clinique et dont la mise en œuvre peut s'avérer complexe notamment en matière de gouvernance.

→ **OPTION 2** : *création d'une unité carcérale médicalisée pour mesures à l'EEPB et développement de case management de qualité.*

Pour garantir aux patients sous art.59CP des soins de réhabilitation psychiatrique de qualité et financièrement viables, le CNP propose, comme alternative à la création d'une structure psychiatrique sécurisée, de développer une équipe pluridisciplinaire de case management clinique de transition dont l'activité débute durant la l'incarcération et se poursuit durant trois mois après la sortie afin de garantir la mise en place d'un réseau de soins solide.

→ **Le CNP privilégie l'option n.2**

Eléments financiers

Le BP intègre, dès 2024, 3 EPT infirmiers supplémentaires « case managers » qui, comme les infirmiers des équipes mobiles ont besoin d'un financement spécifique de 3 x CHF 80'000.-

La subvention totale du SPNE reportée dans le BP passe donc à 1.460 dès 2024.

1.6.2 Migrants

Ces dernières années, indépendamment de leur âge, de leur genre et de leur appartenance socioculturelle, des millions de personnes ont fui leur pays, à cause de guerres, catastrophes naturelles ou pour des raisons politiques ou économiques. La migration est l'une des transitions les plus radicales dans la vie d'un être humain; l'environnement habituel et les expériences marquantes de la petite enfance sont abandonnées au profit d'un espoir à combler. La littérature scientifique a régulièrement démontré⁹² que le vécu migratoire peut avoir des effets néfastes sur la santé mentale et provoquer des troubles psychiques. L'attention politique et l'opinion publique sont très largement tournées sur les aspects socio-économiques de la migration et le débat est rarement orienté au vécu psychologique et aux aspects psychopathologiques du phénomène.

Parmi les principaux troubles liés à la migration sont à relever les troubles de l'adaptation, qui se traduisent par un état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant le fonctionnement et les performances sociales. Précaire, sans garanties et menacé d'expulsion, l'immigré vit dans une crainte perpétuelle : il n'est pas étonnant que cette situation soit propice au développement de troubles psychiques. D'autres désordres psychiques et psychologiques sont plus directement liés aux traumatismes du parcours migratoire souvent sillonné d'épisodes de violence extrême et conditions de vie inhumaines. L'état de stress post traumatique, la dépression et le développement de formes de schizophrénie paranoïdes chez les sujets à risque sont des exemples de pathologies les plus fréquentes parmi les migrants⁹³.

Le Canton de Neuchâtel accueille depuis 2018 un centre fédéral de requérant asile (CFA) à Perreux. Même si la présence du CFA n'a pas d'impact sur le nombre de réfugiés qui obtiennent un permis de séjour dans le Canton de Neuchâtel, les besoins en santé mentale des requérants pendant leur séjour au CFA se traduisent en sollicitations régulières des services ambulatoire et d'urgence du CNP. Vu la prévalence très élevée de troubles psychiques parmi cette population, le CNP se doit de développer des prestations conformes aux besoins spécifiques de cette population qui, à bien des égards, sort du périmètre connu de la prise en charge ordinaire institutionnelle.

D'un point de vue clinique, la barrière de la langue pose un défi de taille pour une approche clinique basée sur l'échange verbal et la relation ; de même, la rencontre culturelle entre le soigné et le soignant complexifie la compréhension mutuelle et peut retarder le diagnostic.

D'un point de vue administratif, le profil de certains patients (ex. enfants non accompagnés, adultes sans papiers...) pose des questionnements sur les modalités de saisies administratives des données personnelles inexistantes, incomplètes ou non fiables. Si d'une part l'accès aux soins est garanti à tout le monde (une enveloppe sociale étant prévue expressément pour la couverture des soins prodigués

⁹² Pollock aux U.S.A en 1912, a trouvé que l'incidence de la morbidité des troubles mentaux à New York était deux (2) fois plus élevée chez les personnes étrangères que les autochtones [2] ; Odegaard en 1932 avait trouvé que la population Norvégienne émigrée aux Etats Unis était nettement plus atteinte de troubles psychiques que la population stable en Norvège. [3] Les études de Lasry et Sigal [4] en 1975, Berry et Kim [5] en 1987 aux U.S.A, Tousignant [6] en 1992 au Canada, Aorian [7] en 1993 en Angleterre, l'Inserm [8] en 2001 en France et celle de Zivkovic [9] en Italie en 2004, font apparaître une fréquence de troubles psychiatriques plus élevée chez les sujets émigrés que les sujets natifs. Au Canada en 2002 Joliette, Minh Lan Tran [10] a trouvé que 84% des migrants étaient des utilisateurs réels et/ou potentiels des services de santé mentale. Par ailleurs en 2007, un groupe de chercheurs Canadiens dans une étude intitulée « Santé mentale des demandeurs d'asile et des réfugiés de l'Afrique au sud du Sahara, infectés par le VIH » [11] ont trouvé que la dépression et le stress post traumatique sont courants chez les personnes réfugiées et les demandeurs d'asile de l'Afrique sub-saharienne infectés et affectés par le VIH. En Afrique du sud, en 2007, on estimait à 48% la fréquence des troubles psychiatriques chez les immigrants infectés par le VIH.

⁹³ Baubet T, Moro MR (ed). Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte. Paris : Masson, 2009

aux personnes sans papiers ou insolubles) d'autre part la complexité de ces situations génère un travail administratif conséquent et chronophage.

Outre le défi lié aux compétences internes que le CNP sera appelé à développer, la prise en charge des migrants soulève une importante question de nature financière relative au besoin d'interpréterait en présence pendant les consultations. À défaut d'un financement public spécifique, les prestations seront inefficaces d'un point de vue clinique et inefficaces d'un point de vue économique.

Orientation stratégique

Les soins de qualité aux migrants nécessitent des compétences en psychiatrie transculturelle, des ressources en interprétariat communautaire et des capacités d'intervention directe pour évaluer et agir dans les situations complexes. La stratégie du CNP pour assurer aux migrants souffrant de problèmes de santé mentale complexes des soins de qualité et financièrement viables nécessite :

- le développement de compétences internes d'une sélection de personnel clinique pluridisciplinaire dans des domaines spécifiques à la migration (psychiatrie transculturelle, , travail avec les interprètes, prévention de la fatigue de compassion, psychotrauma, stress post-traumatique etc.)
- le remboursement des prestations d'interprétariat par une subvention publique
- un mandat confié à l'équipe mobile de psychiatrie communautaire pour superviser, évaluer et/ou intervenir dans des situations complexes du centre fédéral avec un financement ad hoc de la part du SEM

Éléments financiers

Le BP intègre le maintien du financement cantonal PIG de CHF 100'000.- lié aux coûts de traduction.

1.6.3 Population précarisée

L'approche communautaire à la santé mentale, l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques dans la vie sociale ainsi que l'adéquation du CNP aux standards normatifs nationaux et internationaux applicables à la limitation de la liberté, fait émerger un défi particulier concernant la prise en charge résidentielle d'une frange de population qui, à mi-chemin entre les enjeux de santé et les enjeux sociaux et de sécurité publique, était autrefois internée en asile.

Il s'agit en effet d'une minorité de personnes socialement précarisées, au profil complexe, présentant un potentiel de dangerosité difficilement mesurable, parfois un diagnostic psychiatrique, pour lesquelles ni les institutions de santé, ni les autorités civiles et pénales ne sont légitimées à prendre des mesures prolongées de limitation de la liberté.

Dans le domaine des soins, en vertu du droit fédéral, toute mesure de contention (ex. surveillance électronique, enfermement, barrières de lit, isolement et traitement sans consentement libre et éclairé) est interdite par principe. Puisqu'il s'agit de mesures qui restreignent la liberté individuelle du patient

et sont susceptibles de porter atteinte à sa dignité, les dérogations à cette interdiction générale sont admises à des conditions très strictes. A titre exceptionnel, une mesure de contention peut en effet être imposée à un patient après consultation avec l'équipe soignante. Il faut pour cela que le comportement du patient présente un danger grave pour sa santé, sa sécurité ou pour celles d'autres personnes ou perturbe gravement la vie communautaire. Il faut aussi que la mesure soit proportionnelle et que d'autres mesures moins restrictives aient échoué. Sous réserve des situations d'urgence, la mesure limitant la liberté de mouvement doit auparavant avoir été discutée avec le patient. Elle ne peut pas se justifier pour des motifs d'économie. Elle doit être documentée et ne peut être imposée que pour une durée limitée. Elle doit faire l'objet de réévaluations pour décider s'il est nécessaire de la maintenir ou si elle peut être levée. Toute mesure de contention doit être consignée dans un protocole. La personne représentant le patient doit être avisée et peut prendre connaissance du protocole en tout temps. Le protocole doit notamment mentionner le nom de la personne ayant pris la décision, le type de mesure, sa durée et son but. En cas de traitement sans consentement, le médecin doit communiquer sa décision par écrit à la personne concernée et à une personne de confiance de son choix (par exemple, membre de sa famille, proche, voire collaborateur d'une organisation de défense de patients ou d'un service social)⁹⁴.

À titre d'exemple, un placement à des fins d'assistance n'est possible qu'à certaines conditions très restrictives selon les dispositions Code civil entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2013 (art. 426 à 429 CC). En vertu de l'art. 426 CC, une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière. Pour la population dont il est question ici, le caractère approprié d'un placement en hôpital psychiatrique est éminemment problématique, lorsqu'elle ne souffre pas d'une pathologie que le CNP peut envisager de traiter.

Le canton de Neuchâtel, a mis en œuvre l'art. 429 al. 1 CC de la manière la plus large possible, en permettant à tous les médecins autorisés à pratiquer de prononcer des placements à des fins d'assistance pour une durée maximale de six semaines (art. 32 de la Loi concernant les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (LAPEA). Cependant, l'obligation, de droit fédéral, de procéder à des contrôles réguliers et de lever le placement dès qu'il n'est plus nécessaire reste applicable.

Aussi, l'adaptation nécessaire des protocoles de l'hôpital de Préfargier aux standards ci-dessus génère, une nécessité accrue de collaboration avec les acteurs de la chaîne pénale et le réseau socio-sanitaire.

Dans l'ensemble, cet état de fait génère une tension, voire une contradiction, entre les dispositions légales de protection des libertés individuelles et les attentes de la société en termes de sécurité. Cette tension se répercute inévitablement sur les acteurs du système (y compris le CNP) appelés à trouver des solutions concertées visant le meilleur équilibre possible entre deux bien juridiques protégés : la liberté individuelle et la sécurité publique.

La réalité montre en effet que le réseau doit faire face à des défis pluridisciplinaires complexes, entremêlant responsabilité pénale, civile et médicale, pour un nombre restreint de citoyens qui de par

⁹⁴ Les mesures de contention et les traitements sans consentement, OFSP, Division Stratégies de la santé, Section Egalité face à la santé, 2020

leurs trajectoires multiples nécessite une action concertée, pragmatique et souvent *sui generis*.

Dans ce sens, la coordination des différentes missions, des différents acteurs et de leurs différentes finalités devient un élément stratégique crucial : la bonne prise en charge de profils aussi complexes ne saurait être une question réglée unilatéralement par l'une ou l'autre institution.

Orientation stratégique

Le CNP propose le renforcement de la collaboration opérationnelle entre les acteurs de la chaîne pénale et socio-sanitaire de manière à d'assurer la réactivité nécessaire dans la prise en charge des situations complexes dans le but d'apporter des réponses concertées et pragmatiques au travers de l'élaboration de processus intégrés d'intervention.

D'autre part, le CNP propose la mise sur pied d'une plateforme stratégique réunissant les instances décisionnelles des institutions concernées dans le but d'élaborer une vision cantonale à soumettre à validation politique, pour la prise en charge coordonnée de cette population dans le moyen et long terme.

1.7 Hôpital

1.7.1 Capacité

La capacité hospitalière de lits psychiatriques en Suisse est en moyenne de 92 lits par 100.000 habitants, avec d'importantes variations entre les cantons des trois régions linguistiques (voir tableau).

Lits hospitaliers psychiatriques par 100.000 habitants (2019)	
Vaud	63
Valais	58
Neuchâtel	65
Genève	67
Jura	17
Fribourg	53
Tessin	86
Zurich	94
Berne	120
Lucerne	69
Schwytz	38
Obwald	72
Glaris	27

Zoug	173
Soleure	57
Bâle	150
Schaffhouse	76
Appenzell	182
Saint-Gall	86
Grisons	146
Argovie	96
Thurgovie	185
Suisse	92

Source OFS

À titre comparatif la moyenne dans l'Union européenne est de 73 lits par 100.000 habitants, également avec de très importantes variations selon les pays (entre 141 lits pour la Belgique, 82 lits en France et 8 lits en l'Italie)⁹⁵.

Le Canton de Neuchâtel se situe légèrement au-dessus de la moyenne des autres cantons romands. À noter qu'au fil des années, notamment en conséquence du développement des activités ambulatoires et mobiles, le taux d'occupation n'a cessé de diminuer. Depuis la dernière diminution de sa capacité hospitalière (de 135 à 113 lits en 2019) le CNP a enregistré un taux moyen de sous-occupation de 94%. L'analyse clinique du phénomène projette cette tendance dans le moyen-long terme comme le résultat du développement massif des activités ambulatoires et ce, malgré les fluctuations contingentes liées aux effets de la pandémie de COVID-19.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	PJ 2022
Lits	217 lits	180 lits	143 lits	143 lits	143 lits	143 lits	139 lits	135 lits	135 lits	135 lits	113 lits	113 lits	113 lits	113 lits
Journées		52'601j	46'528j	45'186j	45'793j	46'311j	47'585j	46'728j	45'784j	40'582j	41'284j	37'082j	38'313j	38'613j
Taux d'occupation		80%	89%	87%	88%	89%	94%	95%	93%	82%	100%	90%	93%	94%

Le virage ambulatoire opéré depuis la création du CNP et le développement des alternatives à l'hospitalisation dont il est fait mention au chapitre 1.5 a eu et aura encore pour résultat de diminuer le nombre et la durée des séjours hospitaliers et le taux d'occupation. Par conséquent, pour les années à venir, il est projeté d'adapter la capacité hospitalière à la réalité du Canton, par la fermeture d'une unité hospitalière (environ 13 lits adultes) et l'adaptation progressive de l'offre stationnaire aux taux effectifs d'hospitalisation.

1.7.2 Organisation clinique

Parmi les principes définissant la qualité clinique (voit chapitre 1.1), figure la capacité de l'institution psychiatrique « d'évoluer en fonction des besoins des patients en suivant la trajectoire de la personne plutôt que celle dictées par les structures ». Or, actuellement l'organisation clinique et la gestion des lits hospitaliers au CNP est réalisée selon le critère de l'âge des patients : le CNP dispose ainsi de 7 unités

⁹⁵ eurostat, 2019

hospitalières : une unité pour les adolescents (8 lits), 2 unités de l'âge avancé (17 et 18 lits) et 4 unités pour l'âge adulte (18, 16, 16 et 20 lits).

Il s'agit d'une organisation clinique traditionnelle correspondant à trois grandes spécialisations médicales (psychiatrie de l'âge avancé, pédopsychiatrie, psychiatrie de l'adulte). Il conviendrait cependant de questionner l'adaptation de ce modèle organisationnel aux besoins de la clinique actuelle et future. La subdivision des unités hospitalières selon le (seul) critère de l'âge est par ailleurs souvent dépassée dans la pratique quotidienne par une toujours plus grande perméabilité trans-âges entre les unités. Certaines unités sont par exemple caractérisées par des séjours plus courts que d'autres: ceci s'explique notamment par le type de prise en charge (intensive, de crise) plutôt que par l'âge des patients. Par ailleurs les évolutions sociétales montrent également, de plus en plus, que les frontières traditionnelles liées à l'âge biologique deviennent relativement moins pertinentes pour expliquer les enjeux personnels des individus : l'âge « psychologique » ne correspond pas toujours à l'âge biologique et les enjeux de vie de chaque personne varient sensiblement selon des facteurs qui dépassent largement le critère de l'année de naissance.

Ainsi le CNP accueille régulièrement un certain nombre d'adolescents dans les unités de l'adulte pour des raisons cliniques liées notamment à leur état psychophysique ; des personnes de plus de 65 ans sont parfois hospitalisées dans des unités dites de l'adulte lorsque les enjeux cliniques, en dépit de l'âge, ne relèvent pas de la psychogériatrie ; en miroir, des patients de moins de 65 ans souffrant de troubles cognitifs sont accueillis de manière récurrente dans les unités de psychiatrie de l'âge avancé.

Par ailleurs, l'organisation basée sur le critère de l'âge introduit, par définition, le risque de négliger la prise en charge spécifique des problématiques liées à la phase psychiquement délicate de la transition entre les âges (ex. de l'adolescence à l'âge adulte, de l'âge adulte à l'âge avancé). Les études sur la psychiatrie de transition en Suisse font notamment état d'un déficit thérapeutique durant la phase de transition entre l'adolescence et l'âge adulte. Un état des lieux des prestations stationnaires de transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'une part et la psychiatrie de l'adulte d'autre part dressé en 2020⁹⁶ a identifié des lacunes importantes concernant l'offre clinique institutionnelle en matière de psychiatrie de transition.

Sur la base de ces réflexions, la vision 2030 du CNP projette une organisation clinique de l'hôpital axée davantage sur les critères de prise en charge et les typologies de diagnostic, plutôt que sur le critère de l'âge biologique: une organisation basée sur le besoin thérapeutique permettrait aussi de moduler les dotations en fonction de l'intensité des soins et optimiser ainsi l'utilisation des ressources.

Il s'agirait, par exemple, d'imaginer une unité de « psychiatrie générale » et des unités spécialisées destinées à des patients aux besoins particuliers en termes cliniques et d'architecture (ex. jeunes enfants, troubles cognitifs, unité de crise, unités de réhabilitation communautaire).

1.7.2.1 Unité mixte somato-psychiatrique

Une mention particulière mérite le projet de création d'une unité mixte somato-psychiatrique, déjà intégré dans les options stratégiques 2015-22 qui n'a pas pu se réaliser pour des raisons contingentes de nature politique et organisationnelle principalement liées à la transformation de l'hôpital somatique

cantonal et la création du RHNE. La pertinence d'un tel projet visant à regrouper des structures actuellement séparées, somatiques et psychiatriques, permettant une mise en commun facilitée des compétences, est toujours de grande actualité. Les situations cliniques, en particulier concernant l'âge avancé, deviennent de plus en plus complexes et intriquées, nécessitant davantage qu'une addition de prestations délivrées dans des temps et lieux différents. Une unité mixte somato-psychiatrique permettrait aux les patients souffrant de pathologies somatiques et psychiatriques aiguës de bénéficier 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 et des ressources (diminution drastique des trajets en ambulance, résolution de la problématique des lits psychiatriques vides pendant la durée des soins ou examens somatiques à RHNe etc.)

L'unité mixte devrait se situer dans les locaux (actuels ou futurs) de RHNe, ce projet nécessitant une structure hospitalière dotée de plateau technique et une architecture adaptée.

1.7.2.2 *Pédopsychiatrie hospitalière*

Pour des raisons historiques et sociétales, le Canton de Neuchâtel a pris l'option d'attribuer la mission de psychiatrie hospitalière pour les enfants (0-10 ans) à l'hôpital public de soins somatiques. Parmi les raisons de ce choix est à mentionner la préoccupation relative au risque de stigmatisation des enfants en bas âge. Par conséquent, alors que le CNP accueille les adolescents à l'hôpital de Préfargier (unité de 8 lits), les enfants en bas âge présentant des troubles psychiatriques sévères sont hospitalisés auprès du service de pédiatrie de RHNe. Le CNP intervient dans leur prise en charge par le biais des équipes de liaison du département de l'enfance et de l'adolescence (CNPea).

D'un point de vue clinique cette pratique présente des avantages mais également des limites, notamment liés à la coexistence d'enfants souffrant de troubles du comportement (agitation physique et verbale, besoin de mouvement et déambulation) avec des enfants souffrant de maladies somatiques (alités, besoin d'un environnement hypostimulant etc.) et l'impossibilité de prodiguer des soins psychiatriques intensifs nécessitant la présence continue de personnel psychiatrique.

Une réévaluation du périmètre de la mission pédopsychiatrique hospitalière semblerait opportune à la lumière de l'évolution des besoins cliniques de cette population particulière. Une éventuelle reprise de cette mission par le CNP présupposerait de disposer de locaux idoines et devrait être mise en perspective, en lien avec les enjeux architecturaux présentés dans le chapitre 3.2.

Orientation stratégique 2030

Le CNP projette une réduction de la capacité hospitalière à 100 lits afin de l'adapter aux besoins de la population.

Au niveau de la gouvernance clinique, le CNP préconise une organisation hospitalière axée sur les besoins thérapeutiques plutôt que sur le seul critère de l'âge biologique. Ce décloisonnement doit permettre une plus grande perméabilité entre les unités, le développement des programmes cliniques trans-âge et les prises en charge de transition.

Le CNP préconise la délocalisation d'environ 15 lits psychiatriques dans les locaux du RHNe dans le but de créer une unité somato-psychiatrique destinée aux patients souffrant de pathologies mixtes et nécessitant une structure dotée de plateau technique.

Le CNP propose une réévaluation du périmètre de la mission pédopsychiatrique hospitalière et la création d'une unité spécifiquement conçue pour l'hospitalisation psychiatrique des enfants en bas âge.

Éléments financiers

La subvention AOS de l'Etat diminuera d'environ 1.5 millions à la fermeture de 13 lits dès 2024.

1.8 Centre d'expertises

Le CNP pilote depuis plusieurs années un Centre d'expertises dont la mission est la réalisation, sous mandat de la justice ou des assurances sociales, d'évaluations médicales dans les domaines suivants :

- Justice pénale : expertises de responsabilité pénale, expertises de dangerosité
- Justice civile : expertises en lien avec des mesures tutélaires et de privation de liberté à des fins d'assistance ; aptitudes à exercer une profession, aptitude à la conduite, etc.
- Domaine asséculoologique : expertises pour demande de prestations de l'Assurance Invalidité, expertises pour le Tribunal des assurances.

Les expertises pédopsychiatriques sont en voie de développement, mais le nombre de mandats est encore restreint.

Les activités du Centre d'expertises sont effectuées sous la responsabilité de la Direction médicale du CNP qui centralise les demandes et délègue la réalisation des évaluations aux médecins du CNP. Le Centre s'assure que les expertises soient supervisées par du personnel formé en garantissant ainsi la qualité rendue.

Le centre d'expertise du CNP a une certaine renommée pour la qualité de ses expertises, mais il n'existe pas encore une norme (doctrine) institutionnelle assurant une harmonisation méthodologique selon des standards de qualité préfixés.

Le Centre d'expertises doit réaliser en moyenne entre 80 et 100 expertises par année pour satisfaire les exigences de formation postgraduée des psychiatres et psychothérapeutes (5 expertises sont requises pour l'obtention du titre de spécialiste). Les recettes du CNP générées par cette activité se situent autour des CHF 250'000.- par an. Avec le système actuel de rétrocession (50 % à l'expert principal, 30 % au superviseur, 20% au CNP), l'activité est à considérer financièrement neutre pour le CNP.

Le maintien du centre d'expertise est crucial pour le CNP dans sa qualité d'établissement de formation reconnu par l'Institut Suisse de Formation Médicale. Le CNP pose l'ambition de développer le centre d'expertises avec l'objectif de devenir une référence dans l'arc jurassien francophone, notamment par la reconnaissance « Schwerpunkt » de la part de l'ISFM (formation approfondie en psychiatrie forensique nécessitant une activité d'expertises importante associée à une activité en milieu pénitentiaire) et une activité de formation continue pour les experts privés de la région. Dans ce scénario, le CNP cherchera proactivement la collaboration avec le centre homologue du Département de psychiatrie du CHUV dans un but de complémentarité et échange méthodologique. Le maintien et le

développement du Centre d'expertise satisfait également les attentes des mandants (autorités pénales, AI etc.) vu la difficulté à trouver des experts psychiatres hors de l'institution.

Orientation stratégique 2030

Le CNP préconise le développement de son centre d'expertises et son positionnement comme point de référence de l'arc jurassien francophone en collaboration et complémentarité avec le centre homologue du Département de psychiatrie du CHUV.

Éléments financiers

Il s'agit d'une activité autoporteuse.

Axe 2 – Ressources humaines

Attirer, former et retenir du personnel qualifié et des cadres expérimentés pour garantir des soins de qualité et financièrement viables en santé mentale constitue un enjeu majeur. Dans les années à venir, la clause du besoin pour les médecins et les psychologues, le modèle de prescription pour les psychologues, la formation des infirmiers spécialisés risquent d'impacter de manière conséquente la capacité du CNP à maintenir et développer la qualité des prestations. Face à ces défis, la stratégie du CNP consistera à développer une politique ambitieuse en matière de recrutement, gestion des talents et promotion d'une marque employeur axée sur la qualité des prestations et un environnement de travail sain et propice à l'épanouissement professionnel et personnel. Dernier point et non des moindres, le CNP entend profiler, avec le soutien de l'Etat, son institut de formation continue et recherche appliquée en développant la collaboration avec des partenaires universitaires et des hautes écoles. L'objectif est de renforcer l'offre de formation continue en santé mentale adressée au personnel du CNP et aux acteurs du réseau socio-sanitaire du canton de Neuchâtel, tout en contribuant au rayonnement du CNP en tant qu'employeur.

La qualité clinique étant fortement tributaire des compétences et qualifications du personnel médico-soignant, la capacité de l'institution d'attirer, former, retenir et développer des talents devient cruciale. Le recrutement de personnel qualifié est un défi de taille pour toutes les institutions publiques du système sanitaire suisse. Le personnel médical et infirmier est une ressource rare, comme en témoigne le recours massif au recrutement à l'étranger : trois quarts des médecins en formation en Suisse dans le domaine de la psychiatrie adulte ont obtenu leur diplôme de médecin à l'étranger⁹⁷. Selon les projections de l'OBSAN, dans les années à venir la Suisse pourra couvrir ses besoins en psychiatrie et psychothérapie seulement grâce aux médecins spécialistes étrangers. La situation est similaire pour le métier infirmier : au CNP environ 60% du personnel infirmier est étranger.

Dans ce contexte, l'attractivité du CNP vis-à-vis de l'interne et de l'externe dépendra non seulement de la qualité de la formation prodiguée, mais également de la « marque employeur » que le CNP réussira à véhiculer auprès des générations émergentes en termes d'environnement de travail, qualité clinique, progression de carrière, conditions contractuelles, flexibilité, équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

2.1 Professions médicales (médecins et psychologues)

Si les médecins restent la plupart du temps fidèles à leur métier, on relève cependant une tendance à quitter les institutions publiques qui les forment dès l'obtention de leur titre de spécialiste. L'exercice de la profession en milieu privé présente des avantages certains, notamment pour les psychiatres de la génération émergente, en termes de flexibilité du travail. Or, la disponibilité de compétences cliniques spécialisées, nécessaire au développement des activités ambulatoires est cruciale pour que le CNP puisse asseoir son rôle dans le système des soins équilibrés envisagé.

Pour les institutions de soins, et le CNP en particulier, il s'agit donc de repenser le dispositif médical traditionnel, notamment à la lumière des discussions en cours au niveau national (plateforme « Avenir de la profession médicale »⁹⁸) et romand (processus REFORMER⁹⁹) qui prônent une meilleure répartition entre médecins de premiers recours et spécialistes, ainsi qu'une meilleure coordination des parcours de formation postgraduée et la diminution nombre de spécialistes formés.

Repenser la façon de former la génération émergente de médecins psychiatres signifie appliquer les nouveaux modèles pédagogiques basées sur les compétences, qui sont actuellement introduits au niveau des études de médecine. Le recrutement de médecins-cadre étant difficile, il s'agit d'attirer les médecins dès l'obtention de leur diplôme et de leur proposer un parcours de formation qualitativement élevée au sein du CNP, pour leur permettre d'assumer ensuite la relève. Pour ce faire, il est nécessaire de leur proposer un environnement permettant de donner un sens à leur activité professionnelle en équilibre avec leur vie privée, une collaboration stimulante en équipe interprofessionnelle, ainsi que des outils de travail permettant de réduire la charge administrative à son strict minimum. Concrètement, il s'agit de former les médecins cadres à l'encadrement pédagogique en milieu clinique et d'instaurer une culture du feed-back formateur, des processus d'amélioration continue de la

⁹⁷Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse, Rapport OBSAN 4/2022

⁹⁸<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe/plattform-zukunft-aerztliche-bildung.html#1352569802>

⁹⁹ Réorganisation de la FORMation post-graduée en MEdecine en Suisse Romande, Conférence Conférence latine des affaires sanitaires et sociales

formation postgraduée et de conduire ces démarches en étroite collaboration avec les mêmes médecins récemment diplômés.

En ce qui concerne les psychologues, au vu des modifications normatives annoncées, il s'agira de devenir une institution formatrice de psychologues-psychothérapeutes et assumer le risque de les voir quitter dès l'obtention du titre pour s'installer en pratique privée.

Le CNP offre aujourd'hui, via l'IFRSM, une filière de formation postgraduée certifiée pour les psychologues (Séminaire psychanalytique de l'Arc Jurassien – SpsyAJ) et est reconnu comme institut de formation par la Fédération suisse des psychologues (FSP). D'éventuels développements de l'offre de formation pour les psychologues seront à explorer d'entente avec les partenaires intéressés déjà actifs dans le domaine au niveau cantonal ou extra-cantonal.

De façon similaire à la profession médicale, il s'agira de revisiter les parcours de formation pour assurer que les psychologues-psychothérapeutes aient une formation suffisamment solide dans le domaine de la psychiatrie pour assumer leur nouveau rôle. D'autre part, pour l'institution, il s'agit de former des psychologues passionnés par la psychothérapie en milieu institutionnel, voire d'envisager des modifications organisationnelles pour leur attribuer davantage de responsabilités.

La capacité de l'institution de retenir leurs compétences dépendra amplement du parcours de carrière que l'institution saura leur proposer ainsi que des nouvelles modalités de collaboration avec les psychiatres.

Afin de relever ces défis d'envergure, le CNP envisage trois principaux axes d'intervention. Tout d'abord, du côté métier, il s'agit être exemplaire et novateur en matière de qualité de la formation en cours d'emploi au sein des différents départements du CNP. Deuxièmement il s'agira de poursuivre le développement de nouvelles fonctions RH (définition de profils de compétences, gestion des talents et de la relève, formation et développement des compétences, accompagnement au changement et promotion de la marque employeur (voir chapitre 4.2) ; troisièmement, le CNP devra valoriser et investir davantage dans les activités de formation et recherche, permettant d'alimenter le développement de connaissances cliniques et asseoir la légitimité de l'institution auprès des professionnels de la santé mentale (voir chapitre 2.3).

2.2 Soins infirmiers

Le vieillissement de la population, l'importance croissante des soins axés sur les maladies chroniques et les coûts financiers de ceux-ci, exercent une forte pression sur les systèmes de santé appelés à être les plus efficaces possible, avec un rapport coût/efficacité optimal. Face à ces défis, et au vu de la pénurie de médecins décrite au paragraphe précédent, la valorisation des soins infirmiers et leur « empowerment » mérite une attention stratégique particulière. D'autre part, la capacité de retenir et fidéliser les infirmier-ère-s est en effet un facteur crucial pour assurer un niveau élevé et stable de qualité clinique.

L'attractivité du métier infirmier dépend de divers facteurs parmi lesquels on en citera deux en particulier : les possibilités d'évolution au sein de l'institution et la qualité de l'environnement de travail, notamment l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. En effet, le métier infirmier, encore

majoritairement féminin, semble encore subir les conséquences des stéréotypes de genre présents dans la société: nombreuses sont les infirmières qui interrompent leur carrière, fréquemment moins de 5 années après la fin des études par manque de perspectives d'évolution ou afin de concilier vie familiale et vie professionnelle. À ce propos, il est indispensable que le CNP ré-interroge son organisation interne afin de proposer aux infirmier·ere·s, comme d'ailleurs à l'ensemble du personnel, des possibilités d'évolution professionnelle ainsi qu'un meilleur équilibre entre le travail et la vie familiale.

Au niveau des évolutions de carrière, la diversification des profils au sein des équipes soignantes est une piste à privilégier : en sus d'ouvrir des perspectives professionnelles, elle permet le chaînage de compétences selon la complexité des soins dans une perspective d'efficacité clinique et d'économicité. Concernant les infirmier·e·s de base, la formation initiale en Suisse, de niveau ES dans les cantons alémaniques et Tessin ou HES dans les cantons romands, souvent décrite comme « fragmentée » devrait être davantage considérée comme une richesse au sein des équipes dans l'optique d'une intégration d'un ensemble de compétences complémentaires. Pour rappel, alors que les HES financent les stages des leurs étudiants, l'intégration des stagiaires ES pose un défi financier supplémentaire aux institutions. Ceci introduit de facto un biais en faveur des infirmiers HES, malgré la volonté d'assurer une meilleure complémentarité et diversification de compétences.

Au-delà du personnel infirmier diplômé, l'hétérogénéité de profils et des compétences se retrouve également au degré secondaire avec les AFP (Aide en soins et accompagnement- ASA) et CFC (Assistant en soins et santé communautaire – ASSC ou assistant socio-éducatif - ASE).

La variété des profils professionnels dans le domaine des soins, peut ainsi devenir intéressante dans la mesure où elle permet, par une concaténation correcte des compétences au sein d'une équipe, de garantir la qualité des soins tout en maîtrisant les coûts. Par ailleurs, l'hétérogénéité des profils de compétences est à voir comme un atout dans un contexte où les soins en santé mentale s'adressent à une population aux besoins tout aussi hétérogènes. Certains concepts de diversification des profils développés en Suisse alémanique sont à ce sujet une source intéressante d'inspiration et proposent des solutions pragmatiques permettant par ailleurs, de répondre au moins partiellement à la pénurie de personnel infirmier suisse.

Au-delà du rôle traditionnel de l'infirmier·e, des piste d'évolution intéressantes s'ouvrent dans le domaine des pratiques infirmières avancées.

La réalité du marché de l'emploi, les besoins cliniques, et les facteurs socio-économiques présentés dans les chapitres précédents requièrent de plus en plus que les infirmier·e·s soient capables d'œuvrer en pratique avancée, c'est-à-dire capables de développer, implémenter et évaluer des approches cliniques infirmières basées sur des preuves scientifiques, de tester de nouvelles interventions potentiellement plus efficaces et de promouvoir un programme de recherche portant explicitement sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins en contexte d'interdisciplinarité¹⁰⁰.

La littérature scientifique internationale a déjà démontré comment la formation infirmière avancée¹⁰¹

¹⁰⁰ La pratique infirmière avancée, D. Morin M. Eicher, Rev Med Suisse 2012; 8: 1680-1

¹⁰¹ Aiken, Clarke, Cheung, Sloane & Silber, 2003

et l'étroite collaboration interprofessionnelle infirmier·e-médecin¹⁰² permet de développer des partenariats cliniques novateurs allant au-delà des collaborations traditionnelles axées sur la délégation médicale. Le concept de *shared governance*¹⁰³ introduit au CNP en 2020-21 par la formalisation d'un modèle de leadership médico-infirmier, représente un terrain fertile pour le développement futur du métier : il devra continuer à évoluer afin de produire les effets décrits dans la littérature, notamment concernant les « pratiques avancées » en termes de qualité des soins et attractivité de la profession infirmière.

2.2.1 Pratiques infirmières avancées

Le terme « pratiques infirmières avancées » regroupe l'ensemble des professions infirmières qui nécessitent un niveau avancé de pratique et compétences. Le consensus international situe le degré d'études exigées au niveau du Master universitaire¹⁰⁴. L'intégration de ce niveau de compétences au sein des équipes soignantes permet de « maximiser l'utilisation de connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations »¹⁰⁵. Au sein des « pratiques infirmières avancées » on distingue deux grandes familles de fonctions : l'infirmier·e clinicien·ne spécialisé·e (ICS) et d'infirmier·e praticien·ne spécialisé·e (IPS).

2.2.1.1 Infirmier·e clinicien·ne spécialisé·e (ICS)

Les ICS travaillent avec des populations ayant des besoins de soins infirmiers complexes dans une spécialité particulière (ex. psychiatrie). Les ICS exercent un rôle de premier plan dans l'élaboration de guides de pratiques infirmières basés sur des résultats scientifiques probants et assument un rôle conseil auprès des équipes infirmières. Dans ce sens, les ICS agissent comme agents de changement au sein du système de santé pour améliorer l'efficacité, l'efficience, l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins infirmiers. Les ICS travaillent en partenariat avec les autres infirmier·e·s et avec les membres de l'équipe interdisciplinaire pour étendre les bonnes pratiques et assurer le transfert de connaissances. Les ICS détiennent un Master en Sciences infirmières.

2.2.1.2 Infirmier·e praticien·ne spécialisé·e (IPS)

Les IPS exercent en coordination avec le médecin de famille ou le spécialiste au sein d'équipes pluridisciplinaires. Au centre de l'organisation des soins l'un de leurs objectifs principaux est la coordination du parcours du patient notamment dans le domaine des maladies chroniques. Cette organisation a déjà prouvé son bénéfice dans les pays anglo-saxons et au Canada où elle est en place depuis plus de 30 ans¹⁰⁶.

En Suisse, la Loi Fédérale sur les professions de Santé de 2021, rédigées avant 2020, n'avait pas pu intégrer les Pratiques Avancées. Le canton de Vaud est le premier Canton à les avoir introduites dans sa Loi de Santé publique par l'ajout de l'article 124 b. À Neuchâtel, la législation cantonale permet le

¹⁰² Cowan, Shapiro, Hays, Afifi, Vazirani, Wardet al., 2006

¹⁰³ MM Meyers, C. Costanzo, Shared Governance in a Clinic System, Nursing Administration Quarterly, 2015

¹⁰⁴ Delamaire ML, Lafortune G. Nurses in advanced roles : A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. OCDE, 2010.

¹⁰⁵ Odette Doyon, Énoncé de position, AIIC, 2008

¹⁰⁶ DiCenso A, Bryant-Lukosius D. Clinical nurse specialists and nurse practitioners in Canada : A decision support synthesis. Canadian Health Services Research Foundation, 2010

déploiement des pratiques avancées sans modifications ultérieures de la loi, car c'est le Conseil d'Etat qui établit la liste et les conditions d'octroi des autorisations de pratique par voie réglementaire. Partant, une modification de la loi n'est pas nécessaire, la reconnaissance des pratiques avancées peut être introduite par une modification du Règlement concernant l'exercice des professions médicales universitaires et des autres professions de la santé (RSN 801.100).

Les IPS réalisent des entretiens infirmiers et participent à l'amélioration de la prise en charge globale en complétant le suivi médical par une évaluation bio-psycho-sociale du patient, en proposant des programmes d'éducation thérapeutique et des soins, actes ou tests spécifiques.

Ces actes, habituellement propres au rôle médical, sont réalisés par les IPS en toute autonomie, sous réserve d'une autorisation de pratiquer cantonale et d'une convention de partenariat médecin-IPS nominative qui leur permet entre autre de:

- prescrire les traitements pharmacologiques
- évaluer des situations urgentes ou nouvelles
- prévenir et assurer la gestion des complications
- assurer le suivi des conditions de santé complexes
- demander des consultations médicales auprès d'un spécialiste.

Par ailleurs les IPS assurent une coordination de soins et services au niveau du réseau socio-sanitaire, participent à la prévention de la maladie, réalisent des activités de recherche et de formation auprès des équipes infirmières et médicales.

Ce nouveau rôle a toute sa place en milieu psychiatrique, particulièrement en ambulatoire, dans le suivi au long cours des patients. Les IPS détiennent une Maîtrise ès sciences en pratique infirmière spécialisée : en raison de leur formation universitaire supérieure et d'une expérience clinique en milieu spécialisé, les IPS intègrent dans leur pratique une gestion systémique et holistique des cas complexes : ceci contribue à prendre en compte également la survenue de pathologies associées non psychiatriques. A ce jour, au CHUV, par exemple, actuellement 9 IPS sont déjà formés et actifs, 6 sont en cours de formation dont 2 pour le Département de psychiatrie.

Par l'introduction des IPS, l'objectif du CNP sera d'accompagner le développement de la psychiatrie communautaire, de privilégier le maintien à domicile et les actions de prévention. Au niveau RH, une telle organisation aura un impact évident sur l'organisation des soins et la répartition des missions entre médecins et IPS.

2.2.2 Conclusion

Le CNP continuera à encourager la variété des profils et des compétences à intégrer dans les équipes de soins selon les formules issues de l'expérience et des bonnes pratiques. Cette vision se traduira notamment au niveau du recrutement (acquisition de profils de niveau secondaire et tertiaire, y compris infirmiers en pratiques avancées), de la formation (suivi d'apprentis ASSC, ASE, ASA, encouragement à entreprendre les études de master pour IPS et ICS) et de l'organisation (intégration du rôle de l'IPS dans la gouvernance clinique). À noter par ailleurs la position privilégiée du canton de Neuchâtel situé entre l'HES santé sur le Littoral, l'ES de St Imier et le pôle universitaire de Lausanne, proposant l'orientation en santé mentale au sein de la maîtrise universitaire en « sciences en pratique infirmière spécialisée ». De très bonnes relations existent déjà avec ces trois entités : dans les années à venir le partenariat sera développé et renforcé.

2.3 Recherche et formation

Comme mentionné plus haut, la valorisation des activités de formation et recherche est à considérer comme un outil stratégique pour assurer tant la qualité clinique que le rayonnement de l'institution. En ce qui concerne la recherche, la proximité avec l'université de Neuchâtel et l'absence d'autres centres de recherche en santé mentale dans l'arc jurassien apparaissent comme des opportunités pouvant favoriser le positionnement stratégique du CNP dans le domaine de la recherche clinique en santé mentale dans la région. Au niveau cantonal un partenariat naturel s'établit avec l'université de Neuchâtel (particulièrement avec l'institut de droit de la santé) et l'HE-ARC (spécialement le domaine santé). Par ailleurs, des liens existent entre le CNP et les principaux centres universitaires des cantons francophones et le potentiel de collaboration est prometteur. Le CNP a notamment établi une convention de collaboration avec l'université de Fribourg et entretient des liens solides avec le département de psychiatrie du CHUV, la faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne, la faculté d'architecture de Paris.

Le CNP a créé en 2018 une unité de recherche qui a réussi en peu de temps à fédérer les efforts dans ce domaine. Ainsi, un certain nombre d'articles et des présentations scientifiques ont été publiés et/ou sont en cours (cf. annexe). Le CNP a également participé à des projets de recherche d'autres institutions, en créant des liens avec l'université de Neuchâtel, de Fribourg et de Lausanne.

Depuis 2018, l'unité de recherche a fonctionné en modalité « pilote » et en explorant divers thèmes selon les intérêts et les disponibilités des professionnels du CNP, plutôt que sur la base d'un plan de recherche aligné aux objectifs stratégiques de l'institution. Il en résulte aujourd'hui une production scientifique hétéroclite qui ne permet pas encore au CNP de définir clairement les contours de son positionnement en matière de recherche en santé mentale.

En ce qui concerne la formation dans le domaine de la santé mentale, le CNP a une offre importante, que ce soit la formation postgraduée des médecins et psychologues ou la formation continue de l'ensemble des professionnels soignants du CNP. Dès 2022, cet ensemble d'activités, aujourd'hui principalement tournées vers l'interne, sera développé et ouvert aux publics externes pour créer une offre de formation spécifiquement adressée aux acteurs du réseau socio-sanitaire cantonal. Cette évolution est dictée par l'objectif stratégique (voir chapitre 1.2) de poursuivre et pérenniser le transfert de compétences notamment vers les institutions qui ont repris en 2020-21 les activités résidentielles du CNP (EMS, institutions sociales etc.) ainsi que former, accompagner et soutenir les autres acteurs socio-sanitaires qui sont en relation avec des personnes atteintes dans leur santé mentale (médecins de famille, proches aidants, pédiatres, infirmiers scolaires, soins à domicile etc.).

2.3.1 Institut de formation et recherche en santé mentale

La formation et la recherche sont des activités étroitement liées aux prestations cliniques, conçues pour alimenter les compétences des professionnels en psychiatrie (mission de formation attribuée au CNP au sens de l'art.3 LCNP) favoriser le progrès médical et contribuer à une meilleure prise en charge des patients. Afin de garantir la cohabitation fructueuse et la rétro-alimentation continue entre clinique, formation et recherche, le CNP a fait le choix de réunir sous un même chapeau la direction de ces

activités phares. Ainsi, sous l'appellation « Institut de formation et recherche en santé mentale » (IFRSM) ont été regroupées toutes les activités de formation et recherche du CNP (anciennement réparties dans différentes unités administratives sans réelle coordination).

L'IFRSM se positionne ainsi également comme un outil mis à disposition des partenaires du CNP pour accompagner le processus d'implantation de la psychiatrie communautaire dans le canton de Neuchâtel. Le périmètre de l'offre de formation de l'IFRSM comprendra les formations adressées à des publics internes et externes leur permettant d'acquérir des compétences en soins dans le domaine de la santé mentale (cours cliniques en santé mentale pour professionnels de la santé, y.c. les cours de formation structurée postgraduée, colloques, conférences, formations en gouvernance clinique, rétablissement, gestion de la violence, modules de formation sur la tenue du dossier patient, sur la rédaction de rapports/lettres de sortie etc.) et dans l'accompagnement bio-psycho-social du patient et de ses proches (programmes d'éducation thérapeutique, formations aux infirmier-e-s scolaires, formation aux structures sociales, conférences grand public, etc.) .

2.4 Développements futurs

Dans les années à venir, il s'agira de consolider l'activité de recherche clinique, paramédicale et médico-sociale en définissant un programme aligné aux objectifs globaux du CNP et notamment ses principaux axes de stratégie clinique: psychiatrie communautaire, relations sociales, inter-professionnalité, notion de patient-partenaire, coordination des parcours de vie, qualité clinique. Il sied de relever que cette activité de recherche est également essentielle pour l'amélioration des prestations cliniques sur la base des indicateurs de qualité. Ainsi, un accent fort au sein du domaine de la recherche sera mis sur la création d'un registre clinique des patients, une démarche qui facilitera grandement les collaborations avec les institutions universitaires.

Le domaine de recherche sur lequel l'IFRSM entend focaliser son activité d'investigation est celui de la psychiatrie sociale et santé communautaire, avec un accent sur la recherche clinique orientée patient (en contraste avec la recherche de laboratoire) et une approche multidisciplinaire à la notion de santé mentale.

Ci-après sont listées les 8 lignes de recherche, envisagées pour les prochains 5 ans en lien étroit avec les principaux axes de la stratégie 2023-30 du CNP:

1. Rétablissement (patient-partenaire, éducation thérapeutique etc.)
2. Santé mentale et âge avancé
3. Architecture et santé mentale (psychologie environnementale, neurosciences et sciences sociales appliquées à l'architecture).
4. Pédopsychiatrie (éthique en pédopsychiatrie, image corporelle et adolescence etc.)
5. Impact du COVID-19 sur la santé mentale
6. Prévention du suicide
7. Interface entre psychiatrie et soins somatiques (psychiatries et soins primaires, psychosomatique, sommeil etc.)
8. Santé mentale et personnel soignant

Au niveau du contexte neuchâtelois, plusieurs éléments favorisent un positionnement stratégique du CNP dans le domaine de la recherche clinique en psychiatrie sociale et santé communautaire.

Cette axe est notamment favorisé par l'existence d'un institut de droit de la santé de renom à Neuchâtel, la possibilité de collaborer avec des HES dans la région et la possibilité de se distinguer, dans ce domaine, des centres universitaires de recherche. Ces derniers ont en effet tendance à axer une bonne partie de leurs projets sur l'exploitation de technologies de pointe (par exemple la résonance magnétique) ou la pharmacologie, domaines qui sont aussi mieux valorisés du point de vue académique que la recherche en santé communautaire et sociale. L'absence d'une faculté de médecine à Neuchâtel ne doit pas être vu comme un obstacle : s'il est vrai que des médecins motivés par la carrière académique se dirigent naturellement vers les institutions universitaires, une institution psychiatrique comme le CNP a un potentiel d'attraction pour les professionnels très motivés par la clinique, ayant un état d'esprit généraliste et orienté à la recherche clinique. Ce profil étant souvent moins valorisé par les centres universitaires, ceci représente aujourd'hui pour le CNP un potentiel inexploité et une intéressante opportunité de développement.

Les risques liés à l'ambition de développer la recherche au CNP sont relativement faibles, dans la mesure où le développement se réalisera de manière progressive selon une approche incrémentale.

Un financement public ad hoc permettrait de garantir la solidité et l'indépendance nécessaires à asseoir la durabilité et la crédibilité de l'activité de recherche du CNP. Sans financement public, la recherche risque d'être excessivement orientée par les intérêts économiques de potentiels donateurs privés (industrie pharmaceutique par ex.).

C'est sur la base solide d'un financement du Canton, qu'au fil du temps le CNP envisage d'explorer des sources complémentaires de financement spécifiques via des fonds de recherche publics ou privés et la potentielle collaboration avec des entreprises locales.

A noter que la Fondation de Préfargier s'est également démontrée favorable à mettre à disposition une somme pour créer un prix à la recherche en psychiatrie, si le CNP développe ses ambitions dans le domaine. Les axes de recherche 2022-27 ont été présentés au SCSP en 2021 dans un plan quinquennal, avec le but d'en obtenir le financement.

Options stratégiques

→ **OPTION 1** : *formation et recherche en santé mentale complètement financés par l'Etat*

Dans le cadre de la nouvelle politique de santé publique de l'Etat, et plus particulièrement son plan d'action pour la santé mentale, le Canton soutient les activités de formation et recherche de l'IFRSM, notamment par :

- Le financement des activités de recherche du CNP selon le plan quinquennal présenté au SCSP
- La prise en charge de frais de participation des partenaires socio-sanitaires du canton aux formations de l'IFRSM (ex. pédiatres pour la détection précoce de l'autisme, médecins de famille pour la détection des psychoses débutantes etc.)

→ **OPTION 2 : soutien partiel de l'Etat à la formation et la recherche en santé mentale**

L'activité de formation sera principalement tournée vers l'interne, la participation des externes sera possible mais payante. L'activité de recherche se poursuivra selon les financements privés qu'il sera possible d'obtenir.

→ **Le CNP privilégie l'option n.1 et insiste sur la nécessité que l'Etat finance la formation des partenaires du réseau.**

Eléments financiers

Le BP intègre un financement cantonal pour la recherche selon le plan quinquennal de recherche soumis au SCSP en 2021.

	2023	2024	2025	2026	2027
Collaborateurs scientifiques	2 EPT	2 EPT	3 EPT	3 EPT	3 EPT
+ Participation de 0.1EPT collaborateurs du CNP impliqués dans une activité de recherche	1.5 EPT 15 EPT	2.0 EPT 20 EPT	2.5 EPT 25 EPT	2.5 EPT 25 EPT	3.0 EPT 30 EPT
Total EPT dédiés à la recherche	3.5 EPT	4.2 EPT	5.0 EPT	5.2 EPT	6.0 EPT
Total des salaires yc charges sociales	666'516.61	807'818.14	971'305.14	1'020'258.92	1'188'994.05
Charges indirectes	180'759.31	219'080.28	263'417.95	276'694.22	322'455.19
Organisation de conférences, échanges académiques, traitement statistiques et publications	70'000.00	100'000.00	120'000.00	150'000.00	200'000.00
Total coûts de la recherche	917'276	1'126'898	1'354'723	1'446'953	1'711'449

Axe 3 – Infrastructures

A plus de 170 ans depuis la construction de la Maison de santé de Préfargier, la modernisation de l'infrastructure hospitalière du CNP apparaît une nécessité. Le CNP propose une nouvelle vision architecturale du site de Préfargier en adéquation avec les besoins de la psychiatrie actuelle et future, dans le respect de l'héritage historique et culturel du site.

Le CNP poursuit par ailleurs sa stratégie visant à développer les soins ambulatoires dans la cité, au plus proche de la population.

3.1 Préfargier, du XIX siècle à nos jours

La maison de santé de Préfargier, construite en 1848, fût le premier établissement psychiatrique du canton de Neuchâtel. A la fin du 18^{ème} siècle, les malades mentaux étaient encore réputés inguérissables. Rejetés du tissu social, souvent enfermés dans des cachots ou des prisons loin de la société, les plus chanceux d'entre eux étaient accueillis dans les quelques rares asiles ou hospices en Europe.

Le fondateur de Préfargier, Auguste Frédéric de Meuron, entrepreneur et mécène, avait un rêve : celui d'offrir aux nécessitants un lieu propice à la guérison. Grand humaniste et visionnaire, il esquissait déjà l'idée que les espaces et l'architecture servent au rétablissement.

Il consacre alors 5 ans d'effort et d'études en s'entourant des meilleurs architectes, médecins et scientifiques de l'époque, afin de réaliser un lieu d'exception. Selon les propres mots du fondateur : (...) *il faut que l'hospice des aliénés neuchâtelois soit cité comme ce qui se fait de mieux et pour cela nous devons mettre à profit tout ce que se fait jusqu'à présent de plus parfait dans ce genre. J'y mets tout mon amour-propre (...).*

Dans un contexte économique et politique difficile, Auguste Frédéric de Meuron investit à l'époque près d'un million de franc pour un créer un établissement de soins hors du commun destiné à accueillir 100 aliénés. Les célèbres architectes neuchâtelois Louis et Léo Châtelain furent les exécuteurs de plans de Pierre-François-Nicolas Philippon.

Construit en pierre d'Hauterive, sans grilles et sans barreaux, le bâtiment est entouré d'un magnifique parc. Le délicat aménagement du terrain et la végétation qui y a été plantée, comprend notamment de nombreuses espèces exotiques.

Au fil du temps, de nouveaux bâtiments fonctionnels viennent compléter le site et des structures ambulatoires apparaissent aux côtés de l'ancien hôpital. Les dernières constructions s'implantent en 1998. Les extensions des bâtiments et les aménagements du parc qui ont eu lieu durant les 150 ans derniers ont permis de conserver les qualités esthétiques de la prestigieuse façade sud (la Maison de santé de Préfargier a été par ailleurs classée monument historique en 1996), mais ont globalement péjoré les qualités architecturales et esthétiques des édifices historiques et du site dans son ensemble.

Depuis la création du CNP en 2009, des travaux d'adaptation ont été effectués dans la majorité des bâtiments. En 2021, le CNP a réalisé une évaluation de l'état des bâtiments de Préfargier. Cette étude (livrée au SCSP en novembre 2021) a mis en évidence les importantes dégradations de l'état global des bâtisses ainsi que l'obsolescence généralisée au niveau matériel, technique, énergétique et sécuritaire. Au niveau de l'hôpital, les aménagements intérieurs, le manque de lumière naturelle dans certains couloirs, la distribution et la qualité des espaces, l'absence de locaux sanitaires individuels dans les chambres des patients rendent la structure inadéquate aux standards de soins d'un hôpital moderne. Ces aspects ont par ailleurs été relevés par la Commission nationale de prévention de la torture lors de sa dernière visite à Préfargier.

Le budget pour une simple rénovation des bâtiments est estimé à 40 millions de francs. Toutefois, mêmes rénovés, les bâtiments existants ne répondront pas aux besoins cliniques de la psychiatrie

présente et future. Dans le bâtiment principal se trouve encore aujourd'hui l'hôpital psychiatrique. À présent, une question se pose : est-ce que cette prestigieuse bâtisse du XIXe siècle correspond aux besoins et exigences de la psychiatrie d'aujourd'hui et de demain?

La création d'un nouvel hôpital est apparue alors comme une piste à explorer.

3.2 L'hôpital psychiatrique 2030

Envisager la construction d'un hôpital psychiatrique signifie avant tout s'interroger sur sa fonction première : l'accueil, une fonction d'hospitalité qui est singulièrement prégnante dans la psychiatrie. En effet, l'hôpital psychiatrique a toujours eu une double fonction de lieu de soins et de lieu de vie. Longtemps, la maladie pouvait être longue à soigner, rarement guérissable ; aujourd'hui le rapport s'est inversé, il s'agira de séjours plus courts, dont le but est le rétablissement et le retour à la communauté. Le soin psychiatrique présente plusieurs spécificités par rapport aux soins somatiques. Il est avant tout un soin humaniste : aucun plateau technique, aucune machinerie complexe guident les espaces et les circulations. Au contraire, ici l'espace est soignant, pensé comme tel, vécu comme tel. Un espace où interagissent des humains, soignants et soignés, où la technique est remplacée par la rencontre. Nous savons aujourd'hui que le lien social est une partie importante de la réponse thérapeutique aux problèmes de santé psychique. L'hôpital psychiatrique, longtemps conçu comme une structure marginale, austère, loin de la société, doit alors devenir transparent à la ville et s'ouvrir à la cité, pour accueillir les patients mais aussi leurs proches et favoriser le lien social. La perméabilité de la cité et de l'hôpital devient essentielle : que l'hôpital inclue la ville et que la cité y soit présente.

3.2.1 Evidence-based design

Aujourd'hui, les recherches en sciences cognitives, sociales et neurosciences appliquées à l'architecture confirment l'importance des théories que l'architecture soigne, alors avant-gardistes en 1848.

Sous la bannière « l'architecture soignée, soigne », le CNP a fait appel en 2021 à des spécialistes de différents domaines pour mener la réflexion sur le futur de Préfargier: architectes, sociologues, chercheurs en neurosciences appliquées à l'architecture et cliniciens ont travaillé ensemble en 2021 au travers de workshops participatifs comprenant collaborateurs du CNP et patients afin de recueillir les besoins d'espaces et imaginer un nouvel hôpital psychiatrique pour le Canton de Neuchâtel.

L'approche scientifique choisie est celle de l'*evidence-based design*, aujourd'hui la plus utilisée au niveau international pour construire des bâtiments qui répondent réellement aux besoins des futurs patients, familles et personnels des hôpitaux, et qui réduisent la pression économique sur les systèmes de santé. La méthode regroupe des preuves scientifiques issues de la littérature, des études de cas de bâtiments existant ou encore des études dites de « post-occupancy », réalisées sur des bâtiments déjà construits et habités, en interrogeant les habitants pour mesurer l'impact de ces constructions sur la santé. Ces recherches consistent à investiguer les éléments de l'environnement qui favorisent la santé physique et cognitive, le bien-être psychologique et les relations sociales. Parmi les chercheurs les plus connus et les plus cités dans le domaine de la psychologie environnementale, Roger Ulrich, précurseur de l'*evidence based design*, démontre en 1981 que la durée de séjour hospitalier de patients ayant subi la même procédure chirurgicale varie sensiblement (+ -1 jour) selon l'exposition au paysage (vue sur la

nature vs. vue sur une paroi de briques). L'exposition à la lumière naturelle comme facteur impactant la durée des séjours a été ensuite reconfirmée par d'autres études scientifiques¹⁰⁷. Parmi les bonnes pratiques actuelles au niveau européen, nous relevons l'exemple du centre psychiatrique de Ballerup au Danemark dont l'ensemble des espaces bénéficie d'une luminosité naturelle importante, ce qui permet de supporter le rythme circadien et donc le sommeil, et ainsi de réduire les comportements agressifs ou les troubles de l'humeur.

Il a été également prouvé que l'environnement architectural a un impact sur le lien thérapeutique entre les soignants et les patients¹⁰⁸ et contribue ainsi à la qualité clinique.

Aujourd'hui le soin met le patient au centre de son rétablissement. Les tendances en matière de conception architecturale des établissements psychiatriques aujourd'hui encouragent des environnements qui favorisent le rétablissement et permettent aux usagers de participer à la prise de décision de leur traitement.¹⁰⁹ Il est à présent acquis qu'il existe un lien de causalité important entre la conception architecturale des établissements psychiatriques et

- un rétablissement plus rapide après des épisodes aigus de maladie mentale
- une plus grande satisfaction des usagers
- une réduction des séjours hospitaliers
- la diminution de la douleur et de l'anxiété,
- moins d'incidences de violence et d'agression
- la diminution du *turnover* chez les infirmiers et cliniciens¹¹⁰.

Concernant ce dernier point, un aspect important investigué dans ce domaine de recherche concerne la violence et le stress auquel les soignants sont exposés chaque jour et qui mène à des souffrances psychologiques et blessures physiques. Offrir des espaces thérapeutiques et sécurisants est un des défis les plus importants du design des unités psychiatriques¹¹¹. Les agressions physiques sont parmi les problèmes principaux rencontrés dans les hôpitaux psychiatriques. Les études démontrent une diminution jusqu'à 50% du nombre moyen de contentions physiques, ainsi qu'une baisse importante des injections (de 20 % à 13% en l'espace de 2 ans) dans des structures psychiatriques conçues selon les critères architecturaux issus de *l'evidence-based design*.¹¹² Les recherches scientifiques ont également montré que la plupart des agressions et des accidents se passent dans les couloirs lorsqu'ils sont sans fenêtres et non surveillés. Une réponse architecturale à ce constat a été l'introduction du concept de « couloirs habités » ayant démontré un effet très positif sur les comportements sociaux et sur le bien-être général des patients. Les couloirs habités ont été particulièrement mis en évidence parmi les éléments pouvant favoriser des relations sociales positives aux sein des centres psychiatriques tout comme les espaces extérieurs de promenade qui permettent également la rencontre et la socialisation.¹¹³

¹⁰⁷ Benedetti, 2001, Milan, Italie « Morning sunlight reduces length of hospitalization in bipolar depression »

¹⁰⁸ Bauckhaus, 2008; Lynes, 2011

¹⁰⁹ Liddicoat, Badcock, Killackey, 2020, Australie « Principles for designing the built environment of mental health services »

¹¹⁰ Liddicoat, Badcock, Killackey, 2020, Australie « Principles for designing the built environment of mental health services »

¹¹¹ Lundin, 2020, Suède « Can Healing Architecture Increase Safety in the Design of Psychiatric Ward ».

¹¹² Ulrich et al., 2018, Suède « Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior »

¹¹³ Jovanović, Campbell, Priebe 2019, Londres « How to design psychiatric facilities to foster positive social interaction »

Une des plus récentes revues de littératures réalisée sur 35 hôpitaux psychiatriques a reconfirmé en 2021 l'impact de l'environnement sur le recours à l'isolement et à la contention physique des patients¹¹⁴.

Enfin, les recherches se penchent également sur les espaces de pauses des soignants et sur leur impact sur le bien-être et sur la restauration cognitive. Des espaces de pause de qualité influencent positivement le bien-être du personnel de l'hôpital et par extension le rétablissement des patients. Les salles de pause doivent notamment être à proximité des zones de travail mais totalement à l'abri des patients et des familles, offrir des possibilités d'intimité individuelle et de socialisation avec les collègues et l'accès à des espace extérieurs privés (balcons, coursives, patios...).

3.3 Préfargier 2030

Au-delà du bâtiment hospitalier, les édifices et le parc de Préfargier représentent aujourd'hui un joyau dont l'intérêt historique, architectural, archéologique et botanique mérite l'attention des autorités en matière de conservation et valorisation du patrimoine. La beauté et la richesse de Préfargier dépassent ses murs ; le parc, les rives, la faune et la flore exceptionnelle qui s'y trouvent ainsi que l'importance archéologique du site sont un bien précieux pour la communauté et pour le Canton. Concrètement le CNP propose une revalorisation du site par :

- la construction d'un nouvel hôpital selon les standards modernes issus de l'*evidence based design*
- la démolition des édifices défectueux sans valeur architecturale particulière : notamment les bâtiments techniques désaffectés et le bâtiment où se trouvent aujourd'hui les consultations ambulatoires et l'hôpital de jour (qui seraient alors déplacés dans le bâtiment principal en lieu et place des unités hospitalières);
- la rénovation et réaffectation des bâtiments historiques : en particulier la réaffectation du bâtiment principal (pour y loger l'hôpital de jour, des bureaux administratifs, des consultations ambulatoires psychiatriques et pluridisciplinaires en éventuelle collaboration avec d'autres partenaire du domaine de la santé)
- la location des espaces inutilisés à des institutions partenaires ou à des services de l'Etat
- la revalorisation du site de Préfargier en partenariat avec les acteurs du domaine des biens culturels et de la protection de l'environnement.

Dans la vision 2030 proposée par le CNP, Préfargier n'est pas uniquement un hôpital psychiatrique : c'est un lieu qui appartient à la cité, dans lequel on trouve parmi d'autres éléments urbains, un centre de santé mentale. Les projets de déploiement du littoral Est et la construction de l'éco-quartier des Essertons tendent aux mêmes objectifs. L'interaction de tous ces futurs projets, apporteront de nouvelles dynamiques et synergies au canton de Neuchâtel.

¹¹⁴ Oostermeijer et al., 2021, Australie « Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities : a rapid systematic review »

Options stratégiques

→ OPTION 1

Le CNP procède à la construction d'un nouvel hôpital à Préfargier et à la revalorisation du site. Au vu de la valeur historique et architecturale du site, le projet sera attribué par un concours d'architecture et le cahier des charges sera rédigé sur la base des critères issus de *l'evidence-based design* appliqué à l'architecture psychiatrique.

Option 1a

Les bâtiments restent de propriété du CNP (droit de superficie octroyé par la Fondation de Préfargier). À la fin du projet, le CNP loue les locaux non utilisés à des tiers (partenaires du Canton adhérant à la vision « Préfargier 2030 »). La gestion de la location pourrait éventuellement être externalisée.

Option 1b

L'Etat acquiert le droit de superficie (accord entre l'Etat et la Fondation) et loue les locaux au CNP et aux autres potentiels intéressés, gère le site directement ou mandate la gestion du site au CNP. A noter que cette option requiert l'accord de la Fondation de Préfargier.

Option 1c

La fondation de Préfargier reprend la propriété des bâtiments et du site, en assure la gestion et l'exploitation ainsi que la location au CNP et aux autres acteurs intéressés. Cette option semble a priori moins réaliste et souhaitable ; d'une part du fait du manque d'intérêt de la part de la fondation de Préfargier; d'autre part du fait que cela signifierait la restitution à un propriétaire privé d'un patrimoine désormais d'intérêt public.

→ OPTION 2

Les bâtiments actuels de Préfargier n'étant plus adéquats à l'exploitation d'une activité hospitalière, ces activités sont transférées sur un autre site à identifier. La revalorisation et la gestion du site de Préfargier sont reprises par l'Etat en accord avec la fondation de Préfargier. Le CNP devient locataire des locaux administratifs et ambulatoires occupés à Préfargier.

→ Le CNP privilégie l'option n.1a

Eléments financiers

L'investissement total nécessaire pour la construction du nouvel hôpital est évalué à 100 millions y compris la remise à niveau des bâtiments existants.

Le financement de la construction sera assuré à 50% par les fonds propres du CNP (provenant de l'assainissement du bilan et de la recapitalisation). La moitié restante sera financée par le recours à des emprunts bancaires, d'autres bailleurs de fonds voire un crédit de l'Etat.

Les amortissements sont estimés à 3.3 millions pour le nouvel hôpital et 2.2 millions pour les biens déjà existants.

Option : création d'une société immobilière (SI) et TVA

Dans le contexte de la construction du nouvel hôpital, la création d'une société immobilière pourrait être une option financièrement intéressante dans la mesure où cela permettrait de récupérer la TVA (7.7% sur les coûts de construction, démolition et rénovation) et de diminuer ainsi sensiblement les besoins de liquidités nécessaires aux investissements.

Le CNP pourrait dès lors financer une partie des travaux de construction par la TVA. Dans un deuxième temps, les montants de TVA récupérés seront progressivement réintégrés dans le paiement de la location par le CNP à la société immobilière.

Le montage financier, les enjeux politiques et juridiques liés à cette option devront être scrupuleusement analysés afin d'en établir la faisabilité.

3.4 Locaux ambulatoires

Le développement des activités ambulatoires envisagé pour la période 2023-30, ainsi que la création d'un hôpital de jour pour les adolescents exigeront au CNP l'acquisition de nouveaux espaces idoines, localisés de préférence dans le contexte urbain.

Au vu des nombreuses synergies existantes et futures avec les activités ambulatoires d'autres partenaires de la santé neuchâteloise (ex. RHNe, NOMAD) le CNP entend privilégier, dans la mesure du possible, la mutualisation d'espaces communs ou la recherche de locaux à proximité des partenaires.

Orientation stratégique 2030

Le CNP envisage l'ouverture d'un nouveau centre ambulatoire sur le Littoral, l'extension du CPCM à La Chaux de Fonds ainsi que la création d'un hôpital de jour pour adolescents.

Éléments financiers

Le BP intègre, dès 2025, CHF 360'000.- pour la location et aménagement d'un nouveau centre ambulatoire sur le Littoral et l'augmentation de la surface louée au CPCM à la Chaux de Fonds. Dès 2026, CHF 600'000.- supplémentaires sont intégrés dans le BP pour la location de locaux idoines à l'implantation de l'hôpital de jour pour adolescents.

Axe 4 – Gouvernance

Afin de mettre en oeuvre les orientations des trois premiers axes, le CNP doit se doter d'un modèle de gouvernance moderne et évolutif capable de développer des prestations cliniques de qualité avec un niveau d'efficacité constant. La stratégie financière du CNP pour la période 2023-30 consistera à maintenir inaltéré le ratio subventions publiques/recettes tout en garantissant une qualité structurelle correspondante aux standards nationaux et internationaux. Le soutien de l'Etat sera nécessaire pour assainir le bilan et garantir au CNP une réelle autonomie financière.

Le CNP devra investir dans un système d'information apte à produire des données fiables, objectives et documentées afin d'informer utilement les processus décisionnels et permettre la lisibilité et le pilotage des objectifs stratégiques, cliniques et financiers.

Au niveau de son positionnement public le CNP visera l'opérationnalisation de ses valeurs institutionnelles d'humanité, confiance, ouverture, excellence et innovation en encourageant le partenariat avec le réseau, en promouvant la destigmatisation de la psychiatrie et l'évolution d'une culture interne permettant de réduire l'écart entre l'identité institutionnelle souhaitée et l'identité perçue.

4.1 Organisation

Face aux turbulences de l'environnement politique, économique, social, écologique, réglementaire, le CNP comme toute entreprise moderne, est appelé à faire évoluer son organisation vers des modèles plus agiles et dynamiques. Par ailleurs, partant du principe qu'une psychiatrie de haute qualité « évolue en fonction des besoins des patients en suivant la trajectoire de la personne plutôt que celle dictées par les structures » (voir page 15) l'adoption de modèles de gouvernance agile devient un facteur intimement lié à la qualité clinique. L'agilité doit être comprise comme la capacité d'une organisation humaine de s'adapter rapidement aux mutations de l'environnement. Au-delà des modèles idéaltypiques proposés par la littérature actuelle sur le management (entreprise agile, libérée, holocratie, sociocratie etc.), la tendance unanime repose sur quelques principes de base tels que :

- le rôle central de l'humain au sein de l'organisation
- le climat de confiance nécessaire à l'expression du potentiel des individus
- le remplacement du système hiérarchique traditionnel par des modèles de pouvoir diffus et partagé
- le postulat que pour encadrer le fonctionnement de la structure la marge d'autonomie de chacun est garantie par des règles définies collectivement.

Il s'agira donc de s'inspirer de ces structures organisationnelles pour favoriser l'engagement et la motivation du personnel, le sentiment d'appartenance et de sens attribué à la mission. Les retombées positives attendues se mesureront en termes de travail collaboratif, intelligence collective, innovation, créativité et, globalement, par une meilleure performance globale en termes d'atteintes des objectifs et d'efficience.

Le passage d'une forme d'organisation pyramidale classique à un modèle agile et dynamique est cruciale afin de répondre aux défis imposés par les évolutions de l'environnement au niveau macroéconomique et sociétal. En effet, l'arrivée sur le marché du travail de nouvelles générations, les avancées technologiques (intelligence artificielle, réalité augmentée, gamification, blockchain, neurotechnologies etc.) et plus en général l'environnement VUCA –Volatile Uncertain Complex Ambiguous- continueront à poser des défis d'envergure en matière de management, d'évolution des structures organisationnelles, de planification stratégique, développement de partenariats, innovation et gestion des talents. Dans les années à venir le CNP devra davantage développer sa capacité d'adaptation continue à l'évolution des réalités en se dotant d'outils organisationnels, technologiques et intellectuels aptes à appréhender l'environnement VUCA.

L'évolution de la gouvernance devra s'inspirer des modèles présents et futurs issus des sciences du management. Cette évolution repose sur les 5 piliers suivants :

1. **AGILITE** : une institution agile est capable de s'adapter rapidement aux changements inattendus de son environnement, en conservant une continuité stratégique, opérationnelle et humaine. La notion de « continuité » est cruciale, car elle permet d'éviter toute confusion entre « agilité » et « réactivité ». Une entreprise uniquement « réactive » sur le court terme, génère des changements qui s'avèrent souvent délétères sur le long terme en déstabilisant le personnel, ressource primaire de toute institution. Le facteur humain est au centre du management agile : résumé par le manifeste « people over process », l'épanouissement personnel comme principal levier motivationnel, doit être au centre des préoccupations institutionnelles. La culture institutionnelle doit valoriser l'autonomie et la responsabilisation, l'initiative et le droit à l'erreur (voire la prise de risque dans les domaines où le

risque n'est pas dommageable pour le patient). La promotion interne de la culture du changement est fondamentale pour assurer le dynamisme nécessaire à l'acquisition de nouvelles compétences, l'expérimentation, l'apprentissage continu, la fluidité et la modulation des ressources en fonction des besoins de la patientèle et de l'environnement. L'innovation ne peut plus être considérée comme une activité parmi d'autres mais plutôt un *modus vivendi* intrinsèque à toutes les activités de l'institution. Une institution agile est une institution qui :

- Valorise l'humain : processus et outils doivent être mis au service des individus et de leurs interactions
- Promeut l'adaptation continue à l'environnement plutôt que le respect « aveugle » d'un plan directeur
- Privilégie des solutions fonctionnelles, pragmatiques évolutives plutôt qu'exhaustives et figées dans le temps
- Promeut le partenariat fluide (avec le patient et le réseau) plutôt que la contractualisation juridiquement orientée
- Oriente les processus décisionnels sur la base de données fiables, objectives et documentées aptes à permettre la lisibilité des activités en temps réel et l'analyse de l'environnement (*data-driven decision making, evidence-based quality assessment*)

2. VISION STRATEGIQUE : pour une institution agile, la capacité à maintenir un cap stratégique devient cruciale afin de conserver, au fil des changements, le sens de l'action et une communauté d'intentions et de valeurs. L'institution ne doit pas céder à la tentation d'utiliser l'environnement VUCA comme un argument pour dédouaner les cadres de leur fonction de planification stratégique. Une importante prise de conscience concerne la manière même de concevoir le processus de réflexion stratégique. La stratégie institutionnelle ne peut plus être considérée comme un document de planification pluriannuelle imposé par le « haut » à exécuter et opérationnaliser. La « stratégie » devient plutôt une conversation continue sur la raison d'être de l'organisation et ses objectifs. Dans ce sens, lors de la planification des objectifs institutionnels, l'analyse de l'environnement devient essentielle. Les revues des objectifs et de la stratégie seront davantage axées sur l'analyse des inévitables évolutions de l'environnement survenues depuis la définition des objectifs plutôt que sur le taux d'atteinte de ceux-ci. Le monitoring de l'environnement doit se professionnaliser et devenir « data-driven ». Les revues de la stratégie seront alors intégrées au système ordinaire de gestion par la mise à disposition en continu de données aptes à restituer en temps réel les évolutions internes et externes de manière à vérifier l'adéquation des objectifs et de la qualité du service aux attentes des bénéficiaires.

3. DECENTRALISATION : l'agilité exige un mode de gouvernance qui permette à l'organisation de fonctionner efficacement selon un mode auto-organisé caractérisé par des prises de décision distribuées sur l'ensemble de la structure selon différents domaines et les niveaux de responsabilité. Ces modalités de gouvernance, inspirés des modèles sociocratiques, s'appuient sur la liberté et la co-responsabilisation des acteurs, dans une logique d'autonomie de gestion. Faisant confiance à l'humain, le pouvoir de l'intelligence collective est mise au service d'objectifs communs. La prise de décision collégiale par consentement est parmi les principales composantes de ces modalités de

gouvernance. Dans cette optique, chaque responsable d'unité de gestion est membre d'un cercle supérieur de prise de décision et chaque cercle est représenté par une personne dans le cercle de niveau supérieur. Les relations entre les individus à l'intérieur de l'organisation sont définies en termes de responsabilité plutôt qu'en termes de hiérarchie. Le modèle de gouvernance adopté par le CNP en 2019 va dans ce sens : il s'agira d'en soutenir le développement en encourageant davantage la culture institutionnelle et les compétences nécessaires à le faire vivre et évoluer.

4. PARTENARIAT : dans un monde complexe chaque élément entretient de fortes interdépendances avec de nombreux autres éléments du système. La prise de conscience du rôle de l'institution en sa qualité de pièce d'un système complexe est le point de départ pour faire évoluer le positionnement institutionnel vis-à-vis du réseau, dans un continuum menant de la « co-existence » à la « coordination » et « coopération » au « partenariat ». La notion de partenariat s'appliquant tant aux relations interinstitutionnelles et internes, qu'à la relation de l'institution avec la patientèle.

5. DEVELOPPEMENT DURABLE : toute institution ou entreprise qui aujourd'hui projette son modèle de gouvernance vers l'avenir ne peut faire abstraction de la responsabilité sociale qui lui incombe. L'institution de santé aujourd'hui ne se résume pas à la prestation de soin qu'elle offre: elle se définit par la relation qu'elle crée avec ses patients, son personnel, ses partenaires ; elle est fondée sur l'interaction avec l'environnement, y compris lorsque celui-ci est mouvant. De façon générale, il a été prouvé que les soignants bénéficient d'un degré élevé de confiance auprès de la population, ils ont également un certain rôle d'ambassadeurs et d'exemplarité envers la société. D'autre part les attentes des nouvelles générations qui arrivent sur le marché du travail en termes de justice et équité, authenticité relationnelle, responsabilité sociale et protection de l'environnement ne peuvent être négligées. Il paraît alors pertinent et nécessaire d'accorder davantage d'importance à l'intégration de la notion de la responsabilité sociale de l'institution. Parmi les 17 objectifs de développement durable édictés par les Nations Unies (ODD) et déclinés en cibles dans l'agenda 2030 de la Confédération, nombreux sont ceux que le CNP peut reconduire à son identité institutionnelle et intégrer de manière transversale et naturelle dans chacun des axes de la stratégie institutionnelle: bonne santé et bien-être, éducation de qualité, égalité des genres, eau propre, énergie renouvelable, innovation, consommation et production responsables, lutte contre les changements climatiques, vie aquatique et terrestre, respect des libertés individuelles, partenariat en sont des exemples évidents.



4.2 Relations et ressources humaines

Depuis sa création, la fonction RH au CNP a été principalement orientée à la gestion administrative du personnel au détriment d'une approche gestionnaire à visée stratégique. L'administration du personnel au CNP est aujourd'hui une activité rodée, qui devra cependant encore développer davantage l'utilisation des nouvelles technologies et la numérisation des processus afin de pleinement répondre aux défis de l'environnement : l'arrivée des nouvelles générations sur le marché de l'emploi, la dématérialisation de l'information, l'avènement du travail collaboratif, pour citer quelques exemples.

Au-delà des défis liés à l'administration du personnel, une nouvelle réflexion s'impose dans les débats concernant l'évolution de la fonction RH. La littérature indique que le centre des préoccupations en matière de gestion de ressources humaines passera progressivement des « compétences » aux « comportements » (hard skills vs. soft skills). Les problématiques liées à l'éthique, à l'authenticité du rapport à l'autre vont considérablement bouleverser les modèles d'organisation du travail et la dimension relationnelle sera au centre de la performance des organisations.

Le modèle du « capital humain » issu de la théorie économique, et pleinement accepté encore jusqu'au début des années 2000, laisse progressivement la place au modèle du « potentiel humain ». Le personnel n'est plus simplement considéré dans sa dimension économique comme un capital sur lequel investir, mais aussi et surtout dans sa dimension humaine et relationnelle. Les personnes « ont » des ressources, mais elles ne « sont » pas des ressources. L'être humain dispose de moyens, potentiellement inépuisables, qu'il décide de mobiliser et mettre au service d'une organisation. Gérer les ressources humaines signifie alors reconnaître le pouvoir de chacun de mobiliser ses propres ressources. L'être humain vit, donne sens à son action et se développe par la relation qu'il entretient avec son environnement, avec les autres personnes, avec soi-même. Le modèle des "ressources humaines" doit donc laisser progressivement la place au modèle des "relations humaines", car c'est par la relation que l'être humain s'épanouit et réalise pleinement son potentiel. Pour le CNP, il s'agira de faire rapidement évoluer son modèle RH dans ce sens, pour y intégrer cette dimension relationnelle, si importante dans nos interactions personnelles et professionnelles et si chère aux nouvelles générations.

Dans ce contexte, le CNP prône une redéfinition de la mission et de l'organisation de sa fonction RH. Ce mouvement, déjà en partie entamé par l'adoption d'une nouvelle dénomination de la « Direction des *relations* et ressources humaines », consistera à intégrer des nouveaux domaines d'activités stratégiques comprenant le développement de profils de compétences, la gestion des talents et de la relève, le conseil en développement personnel, la formation et le développement d'une culture de leadership commune. Levier de la stratégie institutionnelle, le rôle moteur des relations et ressources humaines au CNP sera décisif pour préparer l'institution aux défis de demain, accompagner le changement, valoriser les compétences et le potentiel humain par un environnement de travail dynamique, source de repères et créateur de sens.

4.3 Systèmes d'information

D'un point de vue général et comme souligné dans le premier axe de ce document, le système d'information de l'institution n'est pas assez développé et ne permet pas aux équipes, tant cliniques qu'administratives, de réaliser un travail efficient et du niveau de qualité visé.

Afin de répondre aux exigences d'excellence, de collaboration et de management, le CNP se doit de posséder des outils adaptés à ses besoins, utilisés de manière contrôlée et conforme par les utilisateurs. La maturité actuelle des systèmes d'information ne permet malheureusement pas l'atteinte de ces objectifs en l'état et de nombreux chantiers vont devoir être entrepris afin de pouvoir parvenir à cette cible qualitative. Les principaux axes d'amélioration concernant les systèmes d'information pour les années à venir sont décrits ci-après.

4.3.1 Evolution du Dossier Patient Informatisé (DIP)

Le DIP du CNP nécessitera des évolutions majeures pour garantir que ses fonctionnalités correspondent aux besoins et répondent aux exigences de qualité clinique, fiabilité des données et collaboration interdisciplinaire.

Le DIP devra permettre de ne créer qu'une fois la donnée et de synchroniser cette dernière avec d'autres bases de données, favorisant ainsi la diminution des charges administratives des cliniciens : les liens devront être automatisés avec la facturation, les laboratoires, la pharmacie, la gestion des lits et des agendas, la comptabilité analytique, le DEP, l'outil de reporting, le codage médical.

Le futur DIP permettra d'extraire aisément les données, de les analyser et de les synthétiser dans des tableaux de bords utiles à l'amélioration clinique, au contrôle des bonnes pratiques et des exigences légales. Il assurera aussi la prescription informatique médicamenteuse en lien avec la gestion du stock et la facturation, jusqu'à la détection de prescriptions erronées.

Dans le même esprit, un ensemble de nouvelles fonctionnalités devront être mises en place dans le but d'assurer que le DIP soit utilisé et utilisable par l'ensemble des cliniciens : afin de soutenir l'évolution des activités mobiles, le DIP devra notamment se munir d'une interface mobile adaptée.

Enfin, dans le but de faciliter et encourager le travail pluridisciplinaire et les synergies au sein du système de santé neuchâtelois, le CNP envisage le remplacement du dossier actuel par une solution plus facilement mutualisable avec RHNe, permettant :

- des échange de données facilité
- la création d'une base de données commune de patients
- la mutualisation des ressources du CIGES et du SIEN

4.3.2 L'amélioration de l'agilité des SI

L'environnement VUCA dans lequel évolue le CNP pose de nombreux défis en terme de systèmes d'information (SI). Ces derniers vont devoir garantir un niveau élevé de flexibilité sans péjorer leur pérennité dans le temps. A ce titre l'organisation humaine et méthodologique autour des SI va devoir elle aussi évoluer pour s'adapter à cet environnement et à la complexité qui en découle en intégrant de nouvelles compétences et méthodes de travail.

De plus, pour soutenir efficacement les activités du CNP, les acteurs impliqués dans la gestion et l'évolution de ses systèmes d'information vont devoir s'organiser afin de garantir un niveau de service élevé tout en garantissant la maîtrise des coûts et des investissements informatiques. Ceci se matérialisera notamment par l'adoption, de la part du CIGES, d'un catalogue évolutif définissant les niveaux de service attendus.

4.3.3 Le soutien à la vision stratégique

Le pilotage des activités étant crucial pour l'atteinte des objectifs définis dans ce document, un effort tout particulier devra être réalisé concernant le déploiement à tous les niveaux de l'institution de tableaux de bords décisionnels et opérationnels. Ces tableaux de bord permettront une analyse fine de l'activité du CNP et, partant, des processus décisionnels basés sur des données fiables. Actuellement très peu est fourni en données structurées et de qualité : le CNP devra investir dans le domaine de l'informatique décisionnelle (*business intelligence*) pour assurer un pilotage stratégique efficace.

Dans ce sens, les systèmes d'information deviendront de plus en plus un outil de gouvernance au service de la stratégie institutionnelle. La numérisation facilitera également la décentralisation en mettant à disposition des équipes de terrain des instruments de suivi de leurs propres objectifs leur permettant ainsi de vérifier en tout temps l'alignement des activités opérationnelles à la stratégie institutionnelle.

4.3.4 Vecteur de décentralisation

Avec la décentralisation progressive des activités de l'institution et une autonomie plus grande de la part des différents services et départements, la responsabilité dans la gestion des projets institutionnels se retrouve elle aussi progressivement transmise de la Direction générale vers différentes unités de gestion. À ce titre, la culture « projet » va devoir se développer et des outils dédiés à la gestion de ces derniers seront à développer afin de permettre aux professionnels impliqués de plus facilement s'organiser et s'approprier leurs nouvelles responsabilités. L'utilisation de ces outils permettra, une fois encore, de piloter plus finement l'évolution de l'institution et renforcer sa gouvernance en supportant plus fortement le métier dans ses besoins.

4.3.5 Partenariat

Le travail en réseau se développant et se trouvant désormais au centre des activités du CNP il devient important de pouvoir faciliter les interactions du personnel de l'institution avec des pairs ou prestataires externes afin de permettre une ouverture et une efficacité maximale. A ce titre la mise en place d'un extranet ouvert aux partenaires de l'institution permettrait de faciliter ces collaborations. Ce dernier pourra prendre la forme d'une plateforme orientée « service » offrant, notamment, le partage de données et statistiques ainsi que la mise à disposition de services collaboratifs de professionnels à

professionnels.

Finalement, en ligne avec la valeur d'excellence, le CNP entend promouvoir la notion de partenariat avec les patients par la mise en place d'un portail web leur permettant l'accès à différents services (gestion des rendez-vous, informations administratives, informations pratiques, téléconsultations etc.). Ces services permettront d'améliorer l'expérience des patients avant, pendant et après leur séjour ou leurs consultations. Il permettra aussi de faciliter les échanges entre les différentes équipes du CNP et les patients.

4.4 Communication

Un aspect qu'il sera nécessaire de soigner tout particulièrement dans les années à venir concerne l'image et le positionnement public du CNP qui traduit, par extension, l'image et la perception de la psychiatrie et les soins en santé mentale. Un important travail est à réaliser par le CNP auprès et avec ses partenaires pour traduire en action l'esprit de collaboration et partenariat qui constitue le fil rouge sous-jacent au modèle des soins équilibrés. La communication publique du CNP devra devenir plus proactive et véhiculer davantage les valeurs institutionnelles d'humanité, confiance, ouverture, excellence et innovation qui font son identité. Dans cet esprit d'ouverture et destigmatisation de la psychiatrie, la narration institutionnelle devra être davantage orientée sur la « santé mentale » plutôt que sur la « maladie mentale ». Ce positionnement pourrait également s'intégrer dans la dénomination de l'institution (ex. « Centre neuchâtelois de santé mentale CNSM » ou, pour souligner davantage l'importance du réseau dans l'orientation communautaire de la psychiatrie, « Réseau neuchâtelois de santé mentale RNSM ».)

Une étude de réputation a été prévue pour 2022-23 afin de mesurer l'écart existant entre l'identité institutionnelle souhaitée et l'identité perçue (par les partenaires, les patients, le personnel, le public). Sur la base des résultats de l'enquête le CNP pourra opérer les ajustements nécessaires au niveau de sa culture institutionnelle et ses méthodes de travail opérationnel. Le *modus pensandi* et le *modus operandi* du CNP devront évoluer à la hauteur des ambitions stratégiques présentées dans ce document. La communication externe et interne sera adaptée en conséquence.

4.5 Finances

4.5.1 Evolution budgétaire et financière du CNP

Le développement de la psychiatrie communautaire et le correspondant virage ambulatoire opéré par le CNP ces dernières années ont généré, comme souhaité, une forte augmentation des activités ambulatoires. À titre illustratif, alors qu'en 2009 le montant des recettes ambulatoires s'élevait à environ la moitié des recettes hospitalières, il représente en 2021 presque le double des recettes hospitalières¹¹⁵ (voir encadrés jaunes, figure1).

¹¹⁵ La ligne « recettes HOSP » comprend uniquement les paiements des assurances. La partie financée part de l'Etat est englobée dans la position « Fin SCSP ».

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Recettes hospitalières	17'489	14'675	12'245	14'437	14'936	16'709	16'776	16'470	16'790	16'312	15'609	12'893	13'943
Recettes ambulatoires y compris HJ	7'828	7'976	10'834	12'120	13'199	14'100	14'940	15'620	16'584	16'572	18'057	18'693	22'277
Recettes EMS-AIP	14'175	14'250	14'897	15'288	15'028	16'009	14'724	14'442	14'292	13'546	11'427	8'502	1'394
Financement SCSP (DFS)	46'863	49'125	46'225	44'625	44'936	44'281	42'988	41'938	42'853	42'887	41'652	43'148	39'518
Financement SMPP	0	0	0	0	0	0	308	1'081	1'290	1'240	1'220	1'220	1'220
Total	86'335	86'026	84'201	86'470	88'099	89'099	89'736	89'551	91'819	89'557	87'965	84'456	78'352

Figure 1 : évolution des recettes du CNP depuis 2009

La structure financière du CNP s'est ainsi fondamentalement modifiée au fil des années : la santé financière de l'institution est désormais fortement dépendante du bon fonctionnement des activités ambulatoires, de leur organisation et de leur financement. Cette nouvelle structure financière, associée à la mission du CNP d'assurer les soins psychiatriques spécialisés en complémentarité avec les médecins de premier recours et les spécialistes privés comporte un risque : une grande partie des missions et des objectifs annoncés dans ce rapport dépendent du soutien financier de l'Etat relatif aux prestations d'intérêt général. En effet, une bonne partie du travail d'accompagnement de la population la plus vulnérable sur le plan de la santé mentale ne peut être rémunérée uniquement par les prestations de l'assurance obligatoire des soins car il comporte, entre autres, un nombre important de déplacements, une intensité de l'accompagnement infirmier dépassant les limites du TARMED, des rendez-vous manqués fréquents et un important travail de liaison et de coordination auprès des partenaires du réseau socio-sanitaire. Par définition, de par sa mission et son positionnement, certaines activités du CNP ne peuvent pas atteindre une situation d'autofinancement complet : si cela était possible, les structures privées offriraient ce type de prestations à la population.

4.5.2 Subventions étatiques

La subvention étatique du DFS a diminué considérablement depuis 2009. Globalement, aujourd'hui le CNP reçoit 13.3 millions de subvention en moins par année, par rapport à 2009.

Tandis que la réduction des subventions AOS et LFinEMS s'explique par la diminution des activités hospitalières (le CNP est passé de 217 lits hospitaliers en 2009 à 113 lits en 2021) et résidentielles (de 148 lits en 2009 à 0 lits en 2021), la diminution des prestations d'intérêt général (PIG) est en lien avec le passage du modèle de financement à couverture de déficit à un modèle de financement à la prestation. Un important travail d'optimisation des ressources et de restructuration a été réalisé dans les années 2019-21 afin d'accompagner ce passage et établir avec le SCSP le catalogue des PIG reconnues.

A noter ici que, depuis sa création, le CNP a développé un bon nombre de prestations (ex. CUP, hôpitaux de jour) sans que le montant des PIG ne soit jamais augmenté, grâce par ailleurs à des économies de ressources dans d'autres secteurs. À relever également que plan pluriannuel de réduction de PIG envisagé en 2013 par l'Etat, ne prenait pas en compte l'impact du futur développement des activités ambulatoires : l'augmentation des soins ambulatoires a généré, depuis, une augmentation naturelle des PIG (correspondant à la part de « prestations ambulatoires non facturables »).

D'autre part le plan de réduction des PIG avait été élaboré sur la base des attentes d'économie de l'Etat vis-à-vis du CNP et était basé sur une estimation sommaire des montants garantis, sans identification précise des prestations à financer (voir figure 2). Ce plan de réduction prévoyait de stabiliser le montant de PIG à 16.1 dès l'année 2022. Cependant, déjà en 2021, lors de l'identification et valorisation des prestations d'intérêt général dans le cadre du groupe de travail conjoint SCSP-CNP, la prépondérance

des activités ambulatoires a fait émerger un manque de financement. Les données ont ensuite confirmé un montant de PIG ambulatoires d'environ 1.9 millions, ce qui a permis de corroborer les estimations du CNP et stabiliser le montant de PIG à 18 millions.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Subvention AOS cantonale					16648	16666	16588	16311	15721	14394	15101	14282	14217
Financement LFinEMS + Astelle					4909	4747	4512	4201	4287	4513	4087	2813	1170
Subvention SAVC + autres					0	0	37	55	64	74	65	53	91
Subvention PIG					23'379	22988	21'871	21'371	20'771	20'300	21'200	21'000	17'500
Subvention AST													625
Subventions extraordinaire (amortissement, Covid, restructuration, ...)	0	4500	0	0	0	0	0	0	2010	3606	1199	5000	5'915
TOTAL subventions et PIG (sans subv. extraordinaires)	46'863	44'625	46'225	44'625	44'936	44'281	42'988	41'938	40'843	39'281	40'453	38'148	33'603

Figure 2 : évolution des subventions du CNP depuis 2009

À relever également que la diminution de la subvention AOS (passée de 16,6 millions en 2013 à 14,2 millions en 2021) n'est pas à considérer comme une économie, mais plutôt comme un transfert de coûts de l'activité hospitalière à l'ambulatoire. Cette diminution de la subvention AOS s'est *de facto* traduite en PIG ambulatoires, car c'est précisément l'augmentation des prestations ambulatoires (notamment les prises en charge intensives) qui a permis la fermeture de lits hospitaliers.

L'adoption d'un modèle de financement à la prestation, exige de la part du CNP une planification pluriannuelle des activités ambulatoires de manière à garantir un alignement anticipé avec budget de l'Etat et un calibrage entre le financement et le volume d'activité.

La prévisibilité de l'activité et du financement deviennent des facteurs cruciaux pour assurer la bonne gouvernance clinique et managériale du CNP à l'avenir.

Le modèle de financement à la prestation s'inspire d'ailleurs du modèle de la subvention AOS : comme la subvention étatique s'adapte au nombre de journées effectives d'hospitalisation, de la même manière la subvention PIG devra s'adapter aux nombre de prestations d'intérêt général effectivement fournies.

4.5.3 Projection financière 2023-30

Les projections financières 2023-30 présentées dans le business plan présenté à la page 95 (ci-après BP) ont été élaborées avec l'appui de PWC, mandaté ad hoc pour accompagner le CNP dans la démarche. Le rapport de PWC est soumis en annexe. Il ressort de l'analyse financière réalisée, que l'EBIDTA doit atteindre 8% pour assurer la viabilité financière du CNP (i.e. couvrir les investissements prévus dans les OS23-30). Le 8% d'EBIDTA correspond par ailleurs à la norme identifiée par PWC pour les hôpitaux suisses. Le business plan démontre que cet objectif est atteint dès 2028 (date hypothétique de la mise en fonction du nouvel hôpital à 100 lits et revalorisation du site de Préfargier)

A noter que les hypothèses suivantes ont été intégrées dans le BP:

- coûts de location de locaux supplémentaires dès 2025 relatifs à l'ouverture d'un centre ambulatoire sur le Littoral et agrandissement du CPCM à la Chaux de Fonds, nécessaires au développement des programmes spécialisés (chapitre 1.4)
- augmentation de l'IPC de 0.8% tous les 5 ans
- augmentation annuelle de la masse salariale de 0.3% due à l'échelon automatique

- externalisation partielle du service d'intendance et diminution des coûts logistiques dès la construction du nouvel hôpital en 2028 (diminution de la consommation énergétique, domotique et automatisation)
- recettes extraordinaires provenant de la location à des tiers des espaces inutilisés à Préfargier après la construction du nouvel hôpital
- investissements nécessaires au remplacement du dossier informatisé du patient par un outil performant adapté aux besoins cliniques
- investissement nécessaire à la construction d'un nouvel hôpital à Préfargier
- diminution de la dotation infirmière hospitalière à 0.85 EPT/lit dès 2024 (0.9 EPT/lit en 2022)
- développement des alternatives à l'hospitalisation dès 2025 y compris financement public correspondant
- création d'hôpitaux de jour pour adolescents en 2026 (avec financement ad hoc)
- développement de prestations de prévention dès 2024 (avec financement ad hoc)
- progression du financement PIG stabilisé à 20.5 millions en 2030 (adaptation au développement des prestations ambulatoires générales)
- développement de programmes ambulatoires spécifiques décrits au chapitre 1.4 (avec financement ad hoc)

Le business plan n'intègre pas:

- l'éventuelle augmentation salariale des infirmiers (fortement revendiquée par les partenaires sociaux, impact estimé à 2 millions)
- l'actuelle inflation sur les coûts des matières premières et l'énergie et l'impact sur la grille salariale en lien avec l'indexation à l'IPC.

Ces deux variables étant politiquement sensibles, le CNP ne saurait décider en la matière sans concertation avec ses autorités de tutelle et un accord sur les modalités de couverture financière.

Dernier point à mentionner concernant les hypothèses sous-jacentes à l'élaboration du BP concerne le poids des recettes ambulatoires. Comme démontré plus haut (chapitre 4.5.2), la santé financière du CNP est désormais fortement dépendante du fonctionnement des activités ambulatoires : ces activités, au cœur des prestations cliniques du CNP représentent 70% de l'ensemble des « produits envers les patients ».

Il est dès lors évident qu'il s'agit d'une variable avec un taux de criticité élevée dont l'impact sur l'EBITDA est important (ex. en 2023 une variation de 1% des recettes ambulatoires génère une variation de 0.4% l'EBITDA. À titre comparatif, une même diminution de 1% de recettes hospitalières réduit l'EBITDA de 0.15%)

Concrètement, en prévoyant dès 2023 un niveau de recettes ambulatoires équivalent à celui du budget 2022, l'évolution du compte d'exploitation présente un EBITDA de 6.4 dès 2023. Voir ci-dessous figure 3.

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Produits d'exploitation	89'549.4	89'515.2	87'809.6	92'876.0	95'199.2	97'322.4	97'833.9	98'313.1
Croissance en %	1.7%	(0.0%)	2.7%	5.8%	2.5%	2.2%	0.5%	0.5%
Charges de personnel et pour biens et services	(79'234.3)	(79'444.0)	(82'071.2)	(85'903.1)	(88'590.5)	(88'548.8)	(88'904.6)	(89'361.5)
EBITDAR	6'315.1	6'071.2	5'738.4	6'972.9	6'608.7	8'773.6	8'929.3	8'951.6
Marge EBITDAR en %	7.4%	7.1%	6.5%	7.5%	6.9%	9.0%	9.1%	9.1%
EBITDA	5'467.4	5'223.6	4'653.4	5'584.1	5'219.9	7'384.8	7'540.5	7'562.8
Marge EBITDA en %	6.4%	6.1%	5.3%	6.0%	5.5%	7.6%	7.7%	7.7%

Figure 3 : projection financières avec cibles de facturation fixes sur la période 2023-30

Or, sachant que les cibles de facturation ambulatoire budgétées en 2022 ne sont pas atteintes et que les estimations projettent un delta d'environ 2.5 millions, la validité du business plan 23-30 apparaît compromise si le facteur de risque lié à l'actuelle volatilité des recettes ambulatoires n'est pas correctement intégré. À relever que les recettes ambulatoires ont enregistré une crue de 3.5 millions entre 2020 et 2021 : l'effort n'a pourtant pas permis de poursuivre la tendance l'année suivante. Le résultat 2022 montre une stabilisation des recettes, plutôt que l'augmentation budgétée.

Deux facteurs principaux, liés à la mutation institutionnelle en cours, expliquent l'écart de recettes ambulatoires entre le budget et les comptes 2022. D'une part, les besoins du terrain ont exigé en 2022 un développement des activités mobiles plus rapide que prévu (notamment la liaison auprès d'institutions partenaires suite à la fermeture du site de Perreux, les suivis de transitions et les consultations dans le milieu). Les ressources nécessaires ayant été transférées depuis l'ambulatoire vers les équipes mobiles où le rendement est significativement plus bas, l'impact négatif sur les recettes ambulatoires a été inévitable. Par ailleurs, les activités de liaison et formation auprès des EMS du canton ne sont à présent pas toujours entièrement facturées aux institutions. Le CNP prévoit à l'avenir de facturer ces prestations aux coûts complets aux institutions (voir chapitre 1.2.2) ; dans l'intervalle, cependant, ces interventions, très demandées et indispensables pour la prévention des crises et des hospitalisations, produisent un déficit croissant.

Une deuxième raison qui explique le niveau insuffisant de recettes ambulatoires est de nature organisationnelle et changement culturel. Pour rappel, des 172 postes supprimés dans le contexte de la fermeture de Perreux, 47 ont été réintégrées en interne pour développer l'ambulatoire : si pour certains le transfert entre travail en hébergement et les consultations ambulatoires s'est opéré sans problème, pour d'autres le changement a été plus difficile à intégrer et se répercute sur des taux de facturation largement en de ça de la cible. D'autre part, au niveau des systèmes d'information, alors que l'année 2022 devait voir la finalisation du projet lié au dossier informatisé du patient, des dysfonctionnements importants de la part du fournisseur ont amené l'institution à devoir renoncer à l'implantation définitive du logiciel. Cet état de fait pèse lourdement sur le travail clinique en rendant certaines tâches administratives excessivement chronophages: l'impact sur la facturation est estimé à plus d'un million (perte de 30 minutes par jour par thérapeute).

Sur la base de ce qui précède, il a semblé peu réaliste de projeter un niveau de facturation ambulatoire optimale dès 2023. Le choix a dès lors été fait d'intégrer dans le BP une progression réaliste des recettes ambulatoires pour les années 2023-27 (figure 4).

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Produits d'exploitation	83'529.1	83'999.9	86'799.4	92'370.9	95'199.2	97'322.4	97'833.9	98'313.1
Croissance en %	(0.7%)	0.6%	3.3%	6.4%	3.1%	2.2%	0.5%	0.5%
Charges de personnel et pour biens et services	(79'027.1)	(79'293.8)	(81'970.9)	(85'852.3)	(88'590.5)	(88'548.8)	(88'904.6)	(89'361.5)
EBITDAR	4'502.0	4'706.1	4'828.4	6'518.5	6'608.7	8'773.6	8'929.3	8'951.6
Marge EBITDAR en %	5.4%	5.6%	5.6%	7.1%	6.9%	9.0%	9.1%	9.1%
EBITDA	3'654.3	3'858.5	3'743.4	5'129.7	5'219.9	7'384.8	7'540.5	7'562.8
Marge EBITDA en %	4.4%	4.6%	4.3%	5.6%	5.5%	7.6%	7.7%	7.7%

Figure 4 : projection financières avec progression des cibles de facturation sur la période 2023-27

Bien que l'EBIDTA atteint toujours la cible attendue en 2028, l'évolution de la marge EBITDA est plus lente durant les premiers 5 ans. Ceci génère pour le CNP un besoin de financement initial plus important (estimé à 5 millions) afin d'accompagner la transition. Cette projection, plus réaliste, a été retenue par le Conseil d'administration.

4.5.3.1 Evolution du compte d'exploitation

L'évolution du compte d'exploitation montre une augmentation des produits en lien avec le développement des activités ambulatoires y compris les alternatives à l'hospitalisation. Les charges en personnel et les autres charges d'exploitation augmentent en conséquence. Jusqu'en 2026 le CNP fait face à des amortissements comptables importants dans le cadre de la revalorisation du site de Préfargier (démolitions) ainsi qu'en lien avec l'implantation d'un nouveau dossier informatisé du patient. Dès 2028, la marge EBITDA atteint la cible permettant de couvrir les amortissements liés à la construction du nouvel hôpital.

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Produits envers les patients	43'137.3	43'362.9	44'991.6	48'060.1	49'692.8	50'659.0	51'062.2	51'423.0
Autres produits	2'020.3	2'010.2	2'033.7	2'054.0	2'077.3	2'592.0	2'600.7	2'610.4
Produits - participation de l'Etat	38'371.5	38'626.8	39'774.1	42'256.9	43'429.1	44'071.4	44'171.0	44'279.8
Produits d'exploitation	83'529.1	83'999.9	86'799.4	92'370.9	95'199.2	97'322.4	97'833.9	98'313.1
Croissance en %	(0.7%)	0.6%	3.3%	6.4%	3.1%	2.2%	0.5%	0.5%
Charges de personnel	(69'747.5)	(70'018.1)	(72'407.6)	(75'637.5)	(78'143.9)	(77'287.0)	(77'543.4)	(77'930.5)
Matériel médical d'exploitation	(983.7)	(965.3)	(979.0)	(1'012.5)	(1'028.4)	(1'040.3)	(1'046.6)	(1'049.7)
Autres charges pour biens et services	(8'295.9)	(8'310.4)	(8'584.3)	(9'202.3)	(9'418.2)	(10'221.6)	(10'314.6)	(10'381.3)
Charges de personnel et pour biens et services	(79'027.1)	(79'293.8)	(81'970.9)	(85'852.3)	(88'590.5)	(88'548.8)	(88'904.6)	(89'361.5)
EBITDAR	4'502.0	4'706.1	4'828.4	6'518.5	6'608.7	8'773.6	8'929.3	8'951.6
Marge EBITDAR en %	5.4%	5.6%	5.6%	7.1%	6.9%	9.0%	9.1%	9.1%
EBITDA	3'654.3	3'858.5	3'743.4	5'129.7	5'219.9	7'384.8	7'540.5	7'562.8
Marge EBITDA en %	4.4%	4.6%	4.3%	5.6%	5.5%	7.6%	7.7%	7.7%
EBIT	(1'036.1)	(1'967.0)	(1'956.6)	(275.6)	2'637.6	1'809.4	2'095.0	2'074.7
Marge EBIT en %	(1.2%)	(2.3%)	(2.3%)	(0.3%)	2.8%	1.9%	2.1%	2.1%
Résultat ordinaire	(1'829.8)	(2'725.5)	(2'679.8)	(790.2)	1'950.3	1'110.6	1'346.2	1'368.5
Marge résultat ordinaire en %	(2.2%)	(3.2%)	(3.1%)	(0.9%)	2.0%	1.1%	1.4%	1.4%
EBT	(1'829.8)	(2'725.5)	(2'679.8)	(790.2)	1'950.3	1'110.6	1'346.2	1'368.5
Marge EBT en %	(2.2%)	(3.2%)	(3.1%)	(0.9%)	2.0%	1.1%	1.4%	1.4%
Résultat après variation du capital lié	(1'829.8)	(2'725.5)	(2'679.8)	(790.2)	1'950.3	1'110.6	1'346.2	1'368.5
Marge résultat après variation du capital lié en %	(2.2%)	(3.2%)	(3.1%)	(0.9%)	2.0%	1.1%	1.4%	1.4%

4.5.3.2 Produits envers les patients

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Produits stationnaires	13'847.3	12'373.6	12'398.4	12'423.2	12'435.6	12'448.0	12'460.5	12'472.9
Produits ambulatoires Tarmed	29'290.0	27'557.3	28'849.4	30'121.1	31'417.4	31'911.1	32'194.9	32'503.2
Produits nouveau forfait	-	-	-	-	-	-	-	-
Produits hôpital de jour	-	3'432.0	3'464.8	4'818.1	4'853.4	4'889.3	4'925.7	4'962.8
Produits hospitalisation à domicile	-	-	279.0	697.6	986.4	1'410.5	1'481.1	1'484.0
Produits EMS (jusqu'en 2021)	-	-	-	-	-	-	-	-
Produits envers les patients	43'137.3	43'362.9	44'991.6	48'060.1	49'692.8	50'659.0	51'062.2	51'423.0

Produits stationnaires : le BP intègre dès 2024, une capacité hospitalière de 100 lits, en lieu et place de 113. Ce choix vise à adapter les ressources de l'hôpital au besoin effectif de la population neuchâteloise. En effet, les données des années 2020-22 montrent un taux de sous-occupation constant avec une perte de recettes de plus en plus importante (voir chapitre 1.7).

Le CNP a négocié en 2021 un tarif hospitalier à CHF 690.- pour une durée indéterminée avec les trois

groupes d'assureurs. Rappelons qu'en 2018 lors de l'introduction du TARPSY, le CNP avait un baserate moyen à CHF 708.-. En 5 ans, le baserate aura baissé de CHF 18.-. La pression financière croissante sur les hôpitaux suisses nous a fait jusqu'à présent envisager le risque de devoir renégocier le tarif à la baisse dans les prochaines années. La tendance inflationniste actuelle, nous permet cependant de planifier une stagnation du tarif à 690.- voire même une hausse du tarif (hypothèse non prise en compte dans le modèle par mesure de prudence).

Produits ambulatoires Tarmed : la réduction des recettes hospitalières ira de pair avec l'augmentation des recettes ambulatoires (alternatives à l'hospitalisation décrites au chapitre 1.4).

Les recettes ambulatoires sont calculées avec un prix du point TarMed à 91ct. Ce tarif n'a pas changé depuis 2014. Un recours par Tarifsuisse visait à diminuer le prix du point, mais le TAF a statué en faveur du CNP. Avec l'introduction du TarDoc prévu au plus tôt en 2024 et la mise en place d'une facturation partiellement forfaitaire, les recettes ambulatoires subiront certainement des modifications. Ce modèle n'étant à ce jour pas abouti, il est impossible d'en tenir compte. Néanmoins, partant du principe que le système repose sur la neutralité des coûts, les projections financières ne montrent pas d'impact lié à l'introduction du TARDOC. Le développement des cabinets de groupe est intégré progressivement dès 2023 (jusqu'à 30 cabinets de groupe en 2030). Dès 2024 est intégré également le développement de nouvelles activités ambulatoires liés à des programmes spécifiques (ex. TSA, TCA)

Produits hôpital de jour : le BP projette dès 2024 un financement forfaitaire des hôpitaux de jour actuellement financés à l'acte. Le BP intègre la création d'un hôpital de jour pour les adolescents permettant l'accueil 10 patients par jour dès 2026. Le financement des structures de type « hôpital de jour » au CNP suit à présent le modèle ambulatoire (Tarmed +PIG). Avec l'introduction du TARDOC, la volonté du CNP est de revenir à un financement forfaitaire par jour avec financement mixte Etat/assurances sur le modèle de l'AOS. En effet, la nature de cette prestation s'apparente davantage à une prise en charge hospitalière qu'à des consultations ambulatoires standard.

Produits hospitalisation à domicile : concernant l'hospitalisation à domicile (intégrée à partir de 2025) le BP projette des modalités hypothétiques de financement mixtes (prestation couverte partiellement par les assurances par le TarMed/TarDoc et complétée par l'Etat au même titre que l'hospitalisation traditionnelle (modèle AOS). La projection fait état d'environ 14 patients suivis à domicile dès 2025 avec une équipe de 20.7 EPT répartis entre les 4 départements.

4.5.3.3 Autres produits

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Produits médicaments	694.8	676.3	694.9	713.2	731.9	741.2	748.1	755.2
Total produits - autres	1'325.5	1'333.9	1'338.8	1'340.7	1'345.4	1'850.8	1'852.7	1'855.1
Autres produits	2'020.3	2'010.2	2'033.7	2'054.0	2'077.3	2'592.0	2'600.7	2'610.4

La partie de l'ancien hôpital qui ne sera pas occupée par le CNP sera louée à des tiers dès 2028, le BP intègre des recettes supplémentaires de CHF 500'000.- (CHF 125.- /m² pour environ 4'000m²).

4.5.3.4 Produits - participation de l'Etat

	BU 2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Subvention AOS cantonale	15'114	15'658	14'137	14'167	14'187	14'193	14'198	14'203	14'208
Subvention AOS hors-canton	1'774	1'266	987	987	996	1'006	1'016	1'027	1'037
Subvention PIG	18'000	18'730	19'062	19'582	19'931	20'301	20'421	20'421	20'511
Prestations ambulatoires générales									
Hôpitaux de jour	3'017	3'017	2'517	2'317	2'017	2'017	2'017	2'017	2'017
Cabinets de groupe	211	293	360	360	450	540	660	660	750
Recherche	269	917	1'127	1'355	1'447	1'711	1'711	1'711	1'711
Equipes mobiles	908	908	1'408	1'868	2'292	2'308	2'308	2'308	2'308
PIG ambulatoires	1'885	1'885	1'940	1'982	2'015	2'015	2'015	2'015	2'015
Autres PIG reconnues 2022	11'710	11'710	11'710	11'710	11'710	11'710	11'710	11'710	11'710
Programmes ambulatoires spécifiques									
TSA (spectre de l'autisme)	0	0	544	544	544	544	544	544	544
TCA (comportement alimentaire)	0	0	0	250	450	900	900	900	900
Prestations pour les addictions (FAN)	0	0	250	250	250	250	250	250	250
Hospitalisation à domicile	0	0	0	337	843	1'180	1'687	1'771	1'775
Prévention	0	0	690	690	690	690	690	690	690
Hôpital de jour pour enfants et adolescents	0	0	0	0	1'408	1'408	1'408	1'408	1'408
Financement AST	1'443	1'443	1'443	1'443	1'443	1'443	1'443	1'443	1'443
Subvention SMPP	1'220	1'220	1'460	1'460	1'460	1'460	1'460	1'460	1'460
Subvention SAVC + autres	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	37'605	38'371	38'627	39'774	42'257	43'429	44'071	44'171	44'280

Subvention AOS : avec la diminution du nombre de lits hospitaliers, la subvention AOS cantonale diminuera d'environ 1.5 million dès 2024.

Subvention PIG : le BP intègre une progression du financement PIG de 18 millions en 2022 à 20.5 millions dès 2030 (adaptation au développement des prestations ambulatoires générales).

Pour le solde, le BP intègre un financement cantonal ad hoc pour le développement des nouvelles prestations et programmes spécifiques: les éléments financiers sont détaillés dans les chapitres correspondants.

4.5.3.5 Charges de personnel

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Salaires	(56'708.2)	(57'046.1)	(59'032.2)	(61'704.6)	(63'740.9)	(63'043.3)	(63'250.7)	(63'564.3)
Total honoraires de médecins	-	(250.0)	(250.0)	(250.0)	(250.0)	(250.0)	(250.0)	(250.0)
Total charges sociales et APG	(11'743.5)	(11'421.3)	(11'801.6)	(12'328.5)	(12'775.0)	(12'622.0)	(12'667.5)	(12'736.3)
Total autres charges de personnel	(1'173.8)	(1'177.5)	(1'199.4)	(1'228.8)	(1'251.1)	(1'243.5)	(1'245.8)	(1'249.2)
Total charges expertises	(122.0)	(123.2)	(124.4)	(125.7)	(126.9)	(128.2)	(129.4)	(130.7)
Charges de personnel	(69'747.5)	(70'018.1)	(72'407.6)	(75'637.5)	(78'143.9)	(77'287.0)	(77'543.4)	(77'930.5)

Le développement des activités cliniques dans les années 2023-30 engendre au niveau global une augmentation nette estimée à 45 EPT (de 540 EPT en 2023 à 585 en 2030).

Les institutions de santé cantonales ont reconduit la CCT Santé 21 pour une durée de 4 ans à partir de 2022. La CCT engendre annuellement une augmentation d'environ 0.3% de la masse salariale en raison de l'échelon automatique. Par ailleurs, considérant la tendance inflationniste des prochaines années, les projections intègrent, en 2027, une augmentation de 0.8% pour l'indexation à l'IPC.

Les projections intègrent une adaptation de la dotation infirmière en hospitalier à 0.85 EPT/lit en 2024. Cette optimisation des ressources exige en contrepartie un niveau élevé de compétences non seulement dans le domaine clinique mais également au niveau managérial afin de garantir une gestion professionnelle des ressources financières et humaines. L'investissement dans la formation continue et

la recherche appliquée devient donc un élément crucial : l'augmentation des coûts relatifs à la formation et à la recherche sont ainsi amplement justifiés.

Grâce à l'automatisation des processus de facturation la gestion administrative du patient se verra allégée : une légère diminution est projetée d'ici fin 2030.

Enfin, la construction d'un nouvel hôpital permettra une diminution de la dotation dans le domaine des infrastructures, restauration et intendance :

- Concernant les infrastructures le BP projette une diminution de 4 EPT en 2028 due à l'installation du système de domotique et l'externalisation de certaines prestations. La possibilité de créer une société immobilière et d'y transférer le personnel des infrastructures et espaces verts sera à étudier.
- Dans le domaine de la restauration, les nouvelles infrastructures de la cuisine/restaurant permettront une réduction de la dotation de 5 EPT dès 2028.
- Au niveau de l'intendance, avec la création du nouvel hôpital et la disponibilité de locaux modernes, les nettoyages seront optimisés. En comptant 15 min de nettoyage par chambre (standard pour les EMS), le besoin pour l'hôpital est estimé à 13 EPT en 2028, ce qui représente une réduction de 10 EPT par rapport à la situation de 2022. Le reste des nettoyages pour le site sera externalisé.

4.5.3.6 Autres charges d'exploitation

Compte de résultat en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Total matériel médical	(452.7)	(432.1)	(443.5)	(474.6)	(488.1)	(497.6)	(501.6)	(502.2)
Total médicaments	(531.0)	(533.2)	(535.6)	(537.9)	(540.3)	(542.6)	(545.0)	(547.5)
Matériel médical d'exploitation	(983.7)	(965.3)	(979.0)	(1'012.5)	(1'028.4)	(1'040.3)	(1'046.6)	(1'049.7)
Charges informatiques	(2'665.9)	(2'696.1)	(2'815.6)	(3'065.2)	(3'205.6)	(3'322.3)	(3'403.5)	(3'462.5)
Charges produits alimentaires	(905.9)	(780.5)	(809.8)	(865.1)	(894.5)	(911.9)	(919.1)	(925.6)
Total charges d'énergie	(626.3)	(626.7)	(633.9)	(642.5)	(643.1)	(643.6)	(644.2)	(644.8)
Total autres charges d'exploitation - coûts fixes	(3'652.3)	(3'773.4)	(3'879.9)	(4'153.1)	(4'185.1)	(4'844.3)	(4'844.3)	(4'844.3)
Total autres charges d'exploitation variables - coûts var	(445.5)	(433.7)	(445.1)	(476.4)	(489.9)	(499.4)	(503.4)	(504.0)
Autres charges pour biens et services	(8'295.9)	(8'310.4)	(8'584.3)	(9'202.3)	(9'418.2)	(10'221.6)	(10'314.6)	(10'381.3)
Loyers	(847.7)	(847.7)	(1'085.0)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)
Loyers	(847.7)	(847.7)	(1'085.0)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)	(1'388.8)

Globalement les autres charges d'exploitation augmentent en lien avec le développement des activités. Les deux postes les plus importants concernent les systèmes d'information et l'exploitation de nouveaux locaux ambulatoires dès 2025. À noter que les charges informatiques doivent représenter selon le benchmark actuel des entreprises entre 4-5% des coûts d'une institution. Compte tenu de la situation actuelle et des investissements déjà engagés, le CNP approche désormais le 4%. Les projections intègrent une ultérieure augmentation progressive jusqu'à atteindre 5% en 2030.

4.5.3.7 Evolution du bilan 2023-30

Comme énoncé dans l'introduction du document présent, le CNP a été créé en 2009 sans capital de départ. De surcroît, le bilan s'est vu immédiatement grevé des dettes provenant des entités regroupées lors de la fusion. De facto privé d'autonomie financière, et malgré les mesures d'économies introduites au fil des années, le CNP n'a pas pu éviter la spirale d'endettement qui a amené le bilan à un solde négatif de -22.1 millions en 2021. À noter que ce montant inclut l'impact de la recapitalisation de Prévoyance.ne imposé en 2013 et 2018 pour un total de 9.5 millions.

Ci-après est présentée la projection du bilan 2023-30 intégrant les options stratégiques proposées dans ce document avec l'hypothèse d'un apport de l'état de 80 millions visant :

- Assainissement du bilan: 25 millions
- Financement de la transition 23-26 : 5 millions
- Constitution de capital initial: 50 millions

Cet apport de l'Etat permettra au CNP d'engager l'investissement initial nécessaire à la construction du nouvel hôpital. Le reste des investissements sera couvert par des prêts bancaires, l'apport d'investisseurs voire un crédit de l'Etat.

Bilan en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Actifs								
Trésorerie nécessaire à l'exploitation	835.3	840.0	868.0	923.7	952.0	973.2	978.3	983.1
Trésorerie non-nécessaire à l'exploitation	-	-	-	-	-	-	2'865.9	3'618.9
Trésorerie et actifs cotés en bours e détenus à court terme	835.3	840.0	868.0	923.7	952.0	973.2	3'844.2	4'602.0
Créances résultant des livraisons des prestations	13'915.8	13'956.0	14'460.6	15'388.9	15'860.0	16'169.5	16'299.0	16'378.8
Autres créances à court terme	1'248.5	1'255.6	1'297.4	1'380.7	1'423.0	1'454.7	1'462.3	1'469.5
Stocks	466.2	464.7	480.4	513.2	524.8	564.2	570.7	574.2
Comptes de régularisation actifs	5'723.9	5'756.1	5'948.0	6'329.8	6'523.6	6'669.1	6'704.1	6'737.0
Total actifs circulants	22'189.7	22'272.4	23'054.4	24'536.2	25'283.4	25'830.7	28'880.4	29'761.5
Immobilisations corporelles	32'570.9	29'571.0	26'990.1	23'784.8	123'282.5	118'707.2	114'761.8	110'773.6
Immobilisations incorporelles	3'844.6	2'519.1	1'200.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Immobilisations en cours	10'617.5	21'635.0	33'957.5	62'342.1	-	-	-	-
Immobilisations financières	88.4	88.4	88.4	88.4	88.4	88.4	88.4	88.4
Total actifs immobilisés	47'121.4	53'813.5	62'236.0	86'215.3	123'370.9	118'795.5	114'850.1	110'862.0
Total actifs	69'311.1	76'085.9	85'290.4	110'751.4	148'654.2	144'626.2	143'730.6	140'623.5
Passifs								
Dettes financières à court terme	17'258.0	28'904.7	42'833.0	50'909.0	28'054.1	6'276.7	-	-
Dettes résultant des livraisons et des prestations	1'671.3	1'670.6	1'722.4	1'839.7	1'881.5	2'028.3	2'046.2	2'058.8
Autres dettes à court terme	-	-	-	-	-	-	-	-
Provisions à court terme	3'337.3	3'337.3	3'337.3	3'337.3	3'337.3	3'337.3	3'337.3	3'337.3
Comptes de régularisation passifs	1'586.9	1'586.3	1'635.5	1'746.9	1'786.5	1'925.9	1'942.9	1'954.9
Total capitaux étrangers à court terme	23'853.6	35'498.9	49'528.2	57'832.9	35'059.4	13'568.3	7'326.5	7'350.9
Dettes financières à long terme	67'965.0	65'820.0	63'675.0	51'621.5	70'347.5	76'700.0	80'700.0	76'200.0
Provisions à long terme	-	-	-	-	-	-	-	-
Fonds affectés	516.3	516.3	516.3	516.3	516.3	516.3	516.3	516.3
Total capitaux étrangers à long terme	68'481.3	66'336.3	64'191.3	52'137.8	70'863.8	77'216.3	81'216.3	76'716.3
Capital lié Fonds pour amortissements futurs	-	-	-	-	-	-	-	-
Capital lié Fonds pour investissements futurs	-	-	-	-	-	-	-	-
Capital issu de la création du CNP	763.5	763.5	763.5	763.5	763.5	763.5	763.5	763.5
Réserves provenant des bénéficiaires	(21'967.4)	(23'787.2)	(26'512.7)	(29'192.5)	(29'982.7)	(28'032.4)	(26'921.8)	(25'575.6)
Résultat annuel après variation capital lié	(1'829.8)	(2'725.5)	(2'679.8)	(790.2)	1'950.3	1'110.6	1'346.2	1'368.5
Apports en capital (dissolution des réserves latentes)	-	-	-	-	-	-	-	-
Apports en capital (apports de recapitalisation)	-	-	-	30'000.0	70'000.0	80'000.0	80'000.0	80'000.0
Total des fonds propres	(23'023.8)	(25'749.2)	(28'429.0)	780.8	42'731.1	53'841.7	55'187.8	56'566.3
Total passif	69'311.1	76'085.9	85'290.4	110'751.4	148'654.2	144'626.2	143'730.6	140'623.5

L'apport de capital de la part de l'Etat est étalé sur plusieurs années selon les besoins de financement liés à la revalorisation du site de Préfargier. Par souci de cohérence le premier apport de 30 millions est projeté en 2026 en lien avec les résultats positifs prévus en 2027.

La projection intègre une augmentation des actifs immobilisés en lien avec la revalorisation du site de Préfargier et la construction du nouvel hôpital.

L'apport de 80 millions permettra au CNP de satisfaire durant la période 2023-30 les besoins de remboursement d'emprunts ainsi que le financement des investissements prévus. A l'horizon 2030, le CNP présente un bilan avec une couverture des fonds propres de 40%. La proportion entre fonds propres et fonds étrangers montre une situation financière saine.

Le maintien de l'EBITDA à 8% permettra au CNP de maintenir un niveau de fonds propres suffisant les besoins d'investissements futurs.

4.5.3.8 Flux de trésorerie

Tableau des flux de trésorerie en KCHF	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
EBT	(1'829.8)	(2'725.5)	(2'879.8)	(790.2)	1'950.3	1'110.6	1'346.2	1'388.5
Élimination des dépréciations et amortissements	4'890.4	5'825.4	5'700.0	5'405.3	2'582.3	5'575.3	5'445.4	5'488.1
Augmentation (-) / diminution (+) Créances résultant des livraisons des prestations	103.7	(40.2)	(504.6)	(928.2)	(471.2)	(309.4)	(129.5)	(79.8)
Augmentation (-) / diminution (+) Autres créances à court terme	9.3	(7.0)	(41.8)	(83.3)	(42.3)	(31.7)	(7.8)	(7.2)
Augmentation (-) / diminution (+) Stocks	16.5	1.5	(15.7)	(32.7)	(11.8)	(39.4)	(6.5)	(3.5)
Augmentation (-) / diminution (+) Comptes de régularisation actifs	42.7	(32.3)	(191.8)	(381.8)	(193.8)	(145.5)	(35.1)	(32.8)
Augmentation (+) / diminution (-) Dettes résultant des livraisons et des prestations	(59.3)	(0.7)	51.8	117.3	41.7	148.8	17.9	12.5
Augmentation (+) / diminution (-) Autres dettes à court terme	-	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (+) / diminution (-) Provisions à court terme	2'370.0	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (+) / diminution (-) Comptes de régularisation passifs	(56.3)	(0.7)	49.2	111.4	39.6	139.4	17.0	11.9
Variation du besoin en fonds de roulement net	2'428.6	(79.4)	(853.0)	(1'197.3)	(637.5)	(239.8)	(143.8)	(98.9)
Flux de trésorerie provenant des activités d'exploitation	5'287.1	3'020.6	2'367.1	3'417.9	3'895.1	6'446.1	6'847.7	6'757.7
Augmentation (-) / diminution (+) Immobilisations corporelles	(1'500.0)	(1'500.0)	(1'800.0)	(1'000.0)	(1'020.0)	(1'000.0)	(1'500.0)	(1'500.0)
Augmentation (-) / diminution (+) Immobilisations incorporelles	(3'800.0)	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (-) / diminution (+) Immobilisations en cours	(10'617.5)	(11'017.5)	(12'322.5)	(28'384.8)	62'342.1	-	-	-
Augmentation (-) / diminution (+) Immobilisations financières	-	-	-	-	-	-	-	-
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(15'717.5)	(12'517.5)	(14'122.5)	(29'384.6)	(39'737.9)	(1'000.0)	(1'500.0)	(1'500.0)
Augmentation (+) / diminution (-) Dettes financières à long terme	(7'645.0)	(2'145.0)	(2'145.0)	(12'053.5)	18'726.0	6'352.5	4'000.0	(4'500.0)
Augmentation (+) / diminution (-) Provisions à long terme	-	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (+) / diminution (-) Fonds affectés	-	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (+) / diminution (-) du nouveau capital (dissolution des réserves latentes)	(2'370.0)	-	-	-	-	-	-	-
Augmentation (+) / diminution (-) du nouveau capital (apports de récapitalisation)	-	-	-	30'000.0	40'000.0	10'000.0	-	-
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	(10'015.0)	(2'145.0)	(2'145.0)	17'946.5	58'726.0	16'352.5	4'000.0	(4'500.0)
Augmentation (+) / diminution (-) des liquidités	(20'445.4)	(11'641.9)	(13'900.4)	(8'020.2)	22'883.2	21'798.6	9'147.7	757.7

L'analyse financière réalisée sur la base des options stratégiques proposées dans le présent document met en évidence un besoin de cash-flow de 6.7 millions nécessaire à financer la construction du nouvel hôpital, rembourser les emprunts et autofinancer les investissements courants (estimés à 1.5 millions par année).

Le montant des investissements nécessaires à la concrétisation de la vision 2030 du site de Préfargier (construction d'un nouvel hôpital, démolition des bâtiments sans valeur architecturale et rénovation des bâtiments historiques) est estimé à 100 millions (chiffage détaillé élaboré par une entreprise spécialiste en économie de la construction).

Grâce aux résultats positifs annuels, le CNP réussit à maintenir dans la durée un solde de trésorerie positif et subvenir aux besoins d'investissements courants sans plus avoir recours à des emprunts.

Conclusion

La période 2023-30 se caractérise par une augmentation considérable des prestations du CNP, spécifiquement les soins ambulatoires, en lien avec l'augmentation projetée des besoins de la population et la réduction du « treatment gap » résultat d'une progressive destigmatisation de la maladie mentale.

L'objectif du CNP est de développer des soins psychiatriques de haute qualité, adapté aux besoins du Canton et financièrement viables. La stratégie clinique consistera à développer la mobilité et les partenariats afin garantir des soins de proximité ancré dans le tissu social et pleinement intégrés au système socio-sanitaire local, dans l'optique du modèle de services équilibrés.

La croissance du CNP se concrétisera en une augmentation moyenne des recettes de 2% par année. À l'horizon 2030, le CNP présentera un effectif de 45 EPT supplémentaires par rapport à 2021, une crue de 19.3 millions de recettes, dont 5.8 millions de subventions cantonales. Le CNP aura passé de 79 millions de recettes en 2021 (dont 34.8 millions de subventions), à 98.3 millions de recettes en 2030, dont 43.6 millions de subventions). Le rapport entre les recettes et les subventions sera resté donc stable à 44%.

Cette évolution aura été possible grâce à l'imbrication stratégique de mesures structurelles, organisationnelles et financières.

Au niveau organisationnel, l'évolution vers des modèles de gouvernance agile permettant l'adaptation continue aux besoins de la population et le développement d'une culture de travail en partenariat deviendra un facteur crucial intimement lié à la qualité clinique. L'acquisition de compétences spécialisées nécessaires à cette évolution demandera une politique ambitieuse en matière de gouvernance clinique, recrutement, gestion des talents et innovation. L'investissement dans la formation continue et la recherche appliquée deviendra ainsi un outil fondamental pour le maintien et le développement des compétences internes et le soutien aux acteurs du réseau.

Autre élément incontournable de la stratégie, la numérisation des processus cliniques et administratifs exigera au CNP d'investir dans un système d'information apte à produire des données fiables, objectives et documentées afin d'informer utilement les processus décisionnels et permettre la lisibilité et le suivi des objectifs stratégiques de qualité clinique et d'efficience.

Au niveau structurel, parmi les principales ambitions du plan stratégique 23-30 figure la revalorisation du site de Préfargier. La modernisation de l'infrastructure hospitalière étant une nécessité objective, le CNP propose une nouvelle vision architecturale du site en adéquation avec les besoins de la psychiatrie future, dans le respect de l'héritage historique et culturel de Préfargier.

Les investissements seront importants, le soutien de l'Etat estimé à 80 millions sera nécessaire pour assainir le bilan et garantir au CNP une réelle autonomie financière. Grâce à cet apport, le CNP sera en mesure de financer les investissements nécessaires au déploiement de son plan stratégique.

A l'horizon 2030, le CNP présente une situation financière saine et une capacité de maintenir un niveau de fonds propres suffisant aux besoins des investissements courants futurs.