



Centre hospitalier
Le Vinatier

PTSM
L'après – contrat:
Les enjeux
d'implémentation des projets

Aix – 12 09 2019

**DES LEVIERS ADMINISTRATIFS ET
FINANCIERS?
LIBRE DISCUSSION...**

1. De la nature du PTSM...



- A/Un projet entre institutions (Offreurs) associant les usagers et d'autres acteurs?
- B/Un projet plaçant au centre les **personnes concernées**, porté par elles avec l'appui des institutions, orientés par elles et pour elles?
- B exige un pas de côté des institutions, voire une perspective quasi militante***
- ✓ Jouer le jeu jusqu'au bout qq's la parole, les attentes et les exigences des personnes concernées
- ✓ Entraîner et engager les institutions
- ✓ S'engager par avance à répondre et à réaliser les transformations

*** ...La transformation viendra t – elle d'abord des usagers et depuis l'extérieur des institutions (Invitation au débat)?

1. De la nature du PTSM – Bis...



- Seul cas d'un projet à l'initiative des acteurs (loi)
- ✓ Porté du bas (sic) vers le haut (resic)
- ✓ Contre culturel et contre intuitif
- ✓ Impacte la phase de conception et impactera tant la contractualisation que la mise en œuvre

- Ou comment transformer des acteurs « de terrain » en concepteurs et **acteurs collectifs de politiques publiques?**
- ✓ Conçues par et pour eux
- ✓ Poids de la sémantiques
- ✓ Enjeux de crédibilité et de perception (Echelles de valeur ou de valorisation...) qui vont être déterminants pour contractualiser puis mettre en œuvre

2. De l'amont à l'aval...



- Les choix et arbitrages initiaux vont largement engager la nature, l'ambition, les modalités et les actions prévues au contrat

- Il en va notamment ainsi de la méthodologie d'élaboration du PTSM (Diagnostic puis Feuille de route), dont le contrat sera un vecteur majeur mais parmi d'autres (...les identifier en amont)

- ✓ Organisation collective et relation des acteurs à l'ARS
- ✓ Organisation et relation des acteurs entre eux, tenant compte de leurs différences de nature
- ✓ Maillage régulier avec les administrations territoriales* de l'Etat et les autres collectivités publiques* pour la portage des enjeux et des solutions (**elles – mm en évolution*)

2. De l'amont à l'aval... bis



- La plupart des solutions seront inter champs
- ✓ Sortir de la culture du cloisonnement qui exige que usagers et aidants fassent leur parcours
- ✓ Dépasser la pratique des partenariats, souvent ponctuels
- ✓ Concevoir et appliquer,
 - Des modèles collaboratifs
 - Des processus continus, intégrés, stables et reproductibles
- ✓ Autant de préalables à des parcours de soins et de vie de qualité, c'est-à-dire personnalisés
- ✓ Toute mise en œuvre va engager chaque acteur mais aussi les acteurs en interdépendance, notamment les offreurs

- Dégager par l'expérimentation concrète et l'expérience des référentiels de bonnes pratiques
- ✓ Dans un domaine qui reste rétif à cette approche

3. Mais qui contractualise?



- Singularité d'un PTSM issu d'une loi de santé, alors que la santé mentale engage bien plus que la médecine, les acteurs de santé et le champ sanitaire
- Interroge le degré futur d'obligation des acteurs non sanitaires, notamment les offreurs de services sociaux et médico sociaux, mais aussi les collectivités locales et les EP et administrations de l'Etat autres que l'ARS
- Seuls l'ARS et les acteurs de son champs de compétence sont – ils parties au contrat? D'autres acteurs également?

3. Mais qui contractualise? Bis



- Ne faut – il pas envisager une forme de contractualisation et d’engagement collectif entre les acteurs eux – mêmes? Des conventions également avec les autres collectivités et administrations publiques?

- Trois levier majeurs:
 - ✓ Leadership des personnes concernées
 - ✓ Capacité de convaincre et d’entraîner
 - ✓ Principe de libre consentement (= Appropriation) nécessaire au principe d’action

- Question subsidiaire: Qui contractualise **quoi**?
Le « quoi » se joue lui aussi dès l’abord du projet!

4. Que peut l'hôpital?



- Beaucoup!
- Et sans doute aussi les autres institutions...
- Contribuer à l'alignement des planètes dès les choix initiaux
- D'autant plus que la médecine, l'hôpital et le champ sanitaire pèsent lourd dans l'échelle perçue des valeurs, les ressources et compétences disponibles, et la capacité de mise en action de tous les acteurs
- Parce que nous savons aussi que la majorité des attentes s'adressent d'abord à la psychiatrie et à l'institution psychiatrique, à raison et à torts, dès lors qu'on laisse la parole aux personnes concernées et aux aidants

4. Par la logique de projet(s)



➤ A considérer les orientations des politiques de santé pour la psychiatrie et la santé mentale / les attentes des personnes concernées et des aidants/ les contenus des premiers diagnostics de PTSM, de quoi parle - t -on?

- ✓ Rétablissement – Autonomie – Confiance
 - ✓ Inclusion – Capacité d’action
 - ✓ Réhabilitation psycho sociale
 - ✓ Remédiation cognitive
 - ✓ Aide par les pairs. Ressources pairs
 - ✓ Prévention – Mobilité – Proximité - Interactions
 - ✓ Précocité du repérage et des interventions
- ... BIGRE!!!

4. Par la logique de projet(s)



- Considérer, anticiper et traiter ces questions dans
 - ✓ Le projet médical
 - ✓ Le projet de soins, du service social et de psychologie
 - ✓ En synthèse, le **projet d'offre de soins**
= faire Janus avec le PTSM...
 - ✓ Le **projet des usagers**, enjeu majeur de la rénovation
 - Caractère obsolète et insuffisant de la représentation réglementaire des usagers via la CDU et les instances
 - Limites de l'approche par la MDU... dans l'hôpital
 - Se donner une autre ambition et une nouvelle envergure / **Participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de tous les projets**

4. Par la logique managériale



- Thématique montante de l'expérience patient dans le champ hospitalier
- Travailler son appropriation par la psychiatrie
- Projet, organisation et pratique managériale de l'hôpital pensées et centrées sur l'utilisateur
- ✓ Equipe de direction
- ✓ Administration et autres fonctions supports
- ✓ Pôles cliniques dans le cadre de la délégation médicale
- ✓ Sans doute une des clefs de la revivification du service et du sens à donner au projet comme au fonctionnement de l'équipe médicale et soignante
- ✓ Une voie d'un management plus adaptatif et efficient

4. Par la politique qualité



- Déclinaison majeure du point précédent
- Selon deux axes princeps mais conjoints, centrés sur le patient:
 - ✓ Définition des référentiels de bonnes pratiques de soins par la HAS, puis application de ces référentiels (modèle de guidance), vérification et évaluation de leur application
 - ✓ Recentrage de la politique et du manuel de certification V2020 de la HAS sur le patient, le parcours et l'extra hospitalier ambulatoire et inclusif

4. Par les compétences et la formation initiale et continue



- Comme le point précédent, ne dépend pas du seul hôpital. Toutefois sa partition à jouer:
 - ✓ Par sa capacité d'initiative et l'expression de ses attentes. Via une organisation en réseau, notamment de communautés de pratiques (Une mission de l'AdESM)
 - ✓ Par un engagement actif dans la mutation des compétences
- A destination de l'ensemble des personnels, Médecins, Infirmiers et Psychologues par priorité
- Acculturation préalable aux nouveaux paradigmes des soins pour appropriation notamment des concepts du rétablissement. En équipes. Obligatoire.

4. Par les compétences et la formation initiale et continue



- Participation à la définition, notamment pour les CHU et les CHS avec valence HU (= missions d'enseignement), puis à la mise en œuvre de référentiels de compétences actualisés, indispensables à la transformation. Exemple des IDE:
 - ✓ Actualisation des référentiels de formation initiale en IFSI
 - ✓ Définition de nouveaux référentiels d'acquisition des savoirs des nouveaux infirmiers en psychiatrie (Ex. Vinatier 2019)
 - ✓ Déploiement des IPA – Infirmiers de pratiques avancées

4. Par les leviers financiers



- La faible progression sur au moins une décennie des ressources de la psychiatrie, en particulier de service public, a contribué à la crise actuelle. La psychiatrie apparaît bien comme la parente pauvre des disciplines médicales. Cela tient aussi à son mode de financement.
- La masse des crédits en jeu est importante, soit 9,3 Mds si on considère l'ensemble des activités et des acteurs. Mais l'efficacité de son utilisation reste très relative et surtout non évaluée. S'il faut réorienter la ressource vers les bonnes pratiques, cela doit concerner l'ensemble des acteurs et des opérateurs, et pas uniquement l'hôpital ou le champ hospitalier.
- ✓ Exploiter les marges de redéploiement systémiques...
- *Nouveau mode de financement et nouveau régime des autorisations d'activité en 2021...*

4. Par les leviers financiers



- Un enjeu d'allocation des ressources interne à l'hôpital
- ✓ Vers les bonnes pratiques et les équipes qui les mettent en œuvre
- ✓ Vers les organisations et dispositifs ambulatoires et inclusifs
- ✓ Induisant notamment 2 questions restées non résolues:
 - Part, place, missions et formats de l'hospitalisation...malgré la réduction de 40 %, mais inégale par établissement, des lits du SP
 - Possibilité de libre choix des patients et des familles dans le fonctionnement actuel des secteurs

- Un enjeu de capacité à capter de nouvelles ressources destinées à la transformation de l'offre à travers
 - ✓ Les appels à projets régionaux et/ou nationaux (ex en cours RPS, PEA, FIO, PTSM?)
 - ✓ Les « compartiments » destinés à financer les innovations des organisations et des pratiques, et de nouvelles activités, dans le cadre du nouveau mode de financement
 - ✓ A condition de les orienter vers l'accès aux soins, la proximité et l'inclusion
 - ✓ Et de cesser toujours rajouter donc stratifier et complexifier (> Lisibilité...)

4. Par la gestion de projets



- Compétences, organisations et outils de management et de gestion des projets
- Collaborative
- Axée sur l'offre de soins, les organisations et les activités de soins
- **Contexte et nécessité de réingénierie de l'offre**

4. Par les complémentarités



- Constat d'une culture d'autosuffisance, et de pratiques en majorité autosuffisantes et centrées sur chaque institution
- Penser et construire les complémentarités territoriales pour proposer une offre de soins homogène à l'ensemble de la population d'un même territoire, quand il est desservi par plusieurs établissements; territoire élargi qui sera souvent celui du PTSM
- ✓ Outils tels la CPT (Communauté psychiatrique de territoire) et des formes de PMP (Projet médical partagé) de territoire
- Concevoir la gradation territoriale et régionale des soins pour définir et organiser le recours et les parcours de spécialité, entre hôpitaux et ARS

4. Par les complémentarités



- Mise en réseau inter régional ou national d'établissements
- ✓ Se constituant en communautés de pratiques
- ✓ Pour engager collectivement la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques de transformation et de l'implémentation de nouvelles pratiques et organisations
- Par la définition et le respect d'un point d'équilibre
- ✓ Si la psychiatrie n'est pas soluble dans la santé mentale
- ✓ La santé mentale ne saurait être absorbée par la psychiatrie

4. Par le pari de la pairs aidance



- Pair aidance ou pair ressources, selon la parole des personnes concernées, elle apparaît comme le cœur du cœur de leurs attentes...
- **Enjeu en particulier de constituer les personnes concernées en actrice des soins et de leur transformation**
- Responsabilité historique des autorités et de l'hôpital de saisir cette opportunité, contributive à sa propre mutation,
 - ✓ Soit par le développement interne de la pair aidance
 - ✓ Soit par le recours aux futures plateformes territoriales de ressources paires (Projets en cours – Modèle de financement par l'achat de prestations)

MERCI DE VOTRE ATTENTION

**Et surtout exigez de penser
global / agir global!**