

L'organisation de la santé mentale en Haute-Garonne

Un site d'urgence intégré, quatre pôles d'hospitalisation, plus d'ambulatoire

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a présenté, le 25 février dernier, aux différents acteurs de la santé mentale de la Haute-Garonne le rapport qui lui avait été demandé, initialement, en septembre 1999, et lui avait été confirmé, après l'explosion de l'usine AZF, en décembre 2001, par l'ARH Midi-Pyrénées.

Ce rapport, dont nous publions dans ce numéro une large synthèse, propose que la réorganisation du système de santé mentale en Haute-Garonne s'articule sur trois idées-force : un développement de la prise en charge ambulatoire s'appuyant sur un dispositif d'urgence intégré et gradué ; une nouvelle répartition en quatre pôles d'hospitalisation de proximité ; et une coordination entre les hôpitaux publics (CHU de Toulouse et CH Gérard Marchant) et les cliniques privées, qui, avec plus de 1000 lits, représentent 10% des capacités totales de la psychiatrie privée en France.

- S'agissant du développement de l'ambulatoire, le rapport préconise la mise en place d'un véritable maillage de centres médico-psychologiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, avec horaires d'accueil élargis. Dans chacun des 8 secteurs un CMP-CATTP doit devenir le pivot de la prise en charge, travaillant en liaison avec les généralistes, les psychiatres libéraux et les autres intervenants avec un effort particulier auprès des publics en difficulté psychique. De surcroît, le rapport appelle à une diversification des métiers.

- S'agissant des quatre pôles d'hospitalisation, le rapport préconise que toute unité d'hospitalisation complète soit adossée à une structure sanitaire, et propose donc quatre pôles : CH Gérard Marchant, au Sud ; hôpital La Grave (CHU), au Centre-ville ; hôpital Purpan (CHU), à l'Ouest ; une ou plusieurs cliniques, à l'Est. Les unités délocalisées ont vocation à être gérées par le CH Marchant. En corollaire est créé un dispositif d'urgence psychiatrique intégré au service d'accueil des urgences (SAU) du CHU de Toulouse, et, proposé, un centre d'accueil et de crise de 12 lits pour des hospitalisations de 24 à 48 heures.

- S'agissant, enfin, de la collaboration public-privée, plusieurs champs d'action sont concernés : post-urgence et accueil des hospitalisations à la demande d'un tiers, pathologies ou problématiques ciblées, alternatives à l'hospitalisation et soins de suite spécialisés.

Ce double-numéro 36/38 de Pluriels présente, à la suite de la synthèse du rapport, les réactions des acteurs concernés.

R. Lepoutre ●

AU SOMMAIRE

Editorial	2
1. Le contexte sanitaire en Haute-Garonne	3
2. Le cadre d'intervention et la méthodologie de la mission	4
3. Synthèse du rapport de la Mission	5
4. Les réactions des protagonistes	
DARH	10
DDASS	10
Directeur G. Marchant	11
CME G. Marchant	11
Service de soins G. Marchant	12
CGT G. Marchant	12
CFDT G. Marchant	13
Les chef des service G. Marchant	14
Secteur psychiatrique privé	15

LA CRITIQUE EST AISÉE, MAIS L'ART EST DIFFICILE

Ceci s'applique ici comme ailleurs à l'intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale qui a pour vocation, à la demande des pouvoirs publics, d'appuyer et d'éclairer le développement utile et nécessaire d'un dispositif localisé de psychiatrie, à un moment donné de

son histoire et au service de l'intérêt général.

éditorial

Nos commentaires, nos préconisations, nous engageant, et nous les assumons. Bien évidemment nous visons, à travers l'ampleur, la durée du processus de rencontres et des échanges, leur caractère consultatif, à créer un contexte favorable à ce que nos propositions puissent faire l'objet d'une réappropriation. L'aspect global de

nos observations, leur formalisation apparaissent déséquilibrées puisqu'elles insistent forcément davantage sur ce qui fait problème. Elles ne se réfèrent pas au passé, pour ne pas courir le risque d'être instrumentalisées comme un impossible "juge de paix" des responsabilités supposées des uns et des autres. Ceci peut conduire à ce que nous soyons perçus, à travers des remises en questions, comme les auteurs de critiques faciles et parisiens (ce dernier point n'est pas juste car la majorité des membres de la MNASM ne l'est pas). Certains reprochent la confirmation d'analyses locales, depuis longtemps exposées, mais moins souvent entendues, d'autres de ne pas oser aller aussi loin que souhaité. Ces controverses apparaissent naturelles. Pour ce qui concerne la situation toulousaine et nos propositions, nous avons sollicité les commentaires des personnels impliqués, et souhaité les présenter dans Pluriels. Il s'agissait, pour nous, de garder Toulouse présent, en raison d'une résonance considérable symbolique au plan national, des conséquences attendues, bref pour témoigner, avec d'autres, de l'importance d'une crise qui nous a beaucoup touchés, non pas comme victimes mais comme impliqués. Nous n'avons pas été surpris par l'assentiment ni les critiques contenues dans certains points de vue même si le ton de certains propos continue à nous paraître inadapté. Est-il nécessaire de rappeler qu'il n'est pas commode de favoriser l'évolution de la psychiatrie en la pensant avec tous ses acteurs, qui ne se réduisent pas à la psychiatrie elle-même. L'explosion de l'usine AZF n'a pas fait que disperser dans l'urgence puis dans la durée des malades, dans des établissements des régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon. Elle a aussi exposé les acteurs locaux, régionaux, nationaux, à réagir et à penser, dans le temps réel et irréel de l'urgence et de la crise créée par le quasi-anéantissement physique, instantané, d'un hôpital, l'ensemble des dilemmes socio-politiques, administratifs,

idéologiques, techniques, architecturaux, économiques, thérapeutiques, qui se posent à la psychiatrie française et qui se posaient avec intensité à Toulouse, depuis longtemps. Rappelons en quelques-uns : le développement insuffisant de l'ambulatoire, dénoncé depuis de nombreuses années, la crise hospitalière (saturation des lits, admissions croissantes, augmentation des hospitalisations sous contrainte, etc.) amplifiée par l'explosion et ses conséquences. Peut-on séparer cette dernière question de la régulation des flux d'admissions ce qui pose celle des urgences, de leur implantation, de la stratégie de soins qui y est menée ? Peut-on la séparer d'une réflexion sur l'aval de l'hospitalisation, c'est à dire d'un choix à propos, mais pas seulement, des patients hospitalisés suivis au long cours ? La présence de mille lits de clinique privée en Haute-Garonne, comparée à trois cents lits publics à Gérard Marchant (virtuels après l'explosion) doit-elle faire partie de l'analyse de la crise hospitalière publique et, au-delà, de la question d'une synchronisation possible et positive de l'offre ?

Quid des rapports entre la psychiatrie et son environnement hospitalier MCO, c'est-à-dire principalement le CHU, dont le positionnement de la psychiatrie universitaire n'est qu'un des aspects ? Comment faire avec les cloisonnements d'acteurs, cruellement dévoilés par l'explosion ? Comment soutenir des programmes thématiques de santé mentale alors que le dispositif de base de la psychiatrie est inachevé ou souffre intensément ? Pour toutes ces questions, la MNASM a fait des propositions dont la synthèse est présentée dans ce numéro de Pluriels.

Le point qui soulève des controverses essentiellement de la part du centre hospitalier Marchant concerne la répartition sur plusieurs pôles de l'hospitalisation psychiatrique publique, la gestion restant unifiée. Certains parlent "d'éclatement" ou de "démantèlement" de Marchant. On ne peut que comprendre l'importance d'une logique de restauration matérielle et identitaire après une catastrophe qui a failli détruire une institution. Cette dernière, avec le temps, ne peut en rester au poids du passé récent, fût-il aussi traumatisant. Retour au statu quo ante, restitutio ad integrum ? Ne s'agit-il pas d'un message homéostatique sur la place et le poids de l'hospitalisation que le centre hospitalier Marchant s'adresse à lui-même ainsi qu'à tous ses partenaires alors que le traumatisme, malgré ou à cause de la souffrance subie, s'impose comme l'occasion unique de refondation d'un projet tourné vers l'avenir ?

GÉRARD MASSÉ ●

1. Le contexte sanitaire psychiatrique en Haute-Garonne

Comme le souligne le SROS de psychiatrie 2001-2006, à propos de la Haute-Garonne, "la sectorisation dans ce département ne peut être approchée de la même manière que dans les autres départements en raison de l'offre privée et de la densité de médecins psychiatres libéraux".

Environ 10% des capacités totales de l'hospitalisation privée est localisée en région toulousaine, soit **1 037** lits, répartis sur 9 cliniques, pour la plupart concentrées dans un périmètre très restreint, à l'est de Toulouse.

Cette importante offre privée, trois fois supérieure à l'offre publique en termes de lits, maintient une surdensité en hospitali-

sation complète de psychiatrie générale, par rapport aux indices arrêtés.

Une autre particularité de ce département tient à la taille moyenne des secteurs, en termes de population desservie, largement supérieure à la moyenne.

La psychiatrie publique Haut-Garonnaise est organisée en neuf secteurs de psychiatrie générale, et **trois** secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Le secteur de psychiatrie générale couvrant le sud du département, du Comminges à la frontière espagnole, est rattaché au Centre Hospitalier de Lannemezan, situé dans les Hautes Pyrénées. Les huit autres secteurs sont rattachés, au CHU de

Toulouse (le 31 G 07, service hospitalo-universitaire **Pr Escande**), et au Centre Hospitalier Gérard Marchant (31 G 01, 02, 03, 04, 05, 06 et le 08, créé en 1994).

Par ailleurs, un deuxième service hospitalo-universitaire de psychiatrie générale, non sectorisé et comptant 50 lits d'hospitalisation complète, est installé au CHU (**Pr Schmitt**).

Il convient, également, de noter la présence, sur la ville de Toulouse, de 30 places d'hospitalisation de jour gérées par la MGEN, et de deux centres de post-cure (103 places) gérés par le secteur associatif. Ces structures ont également été visitées par la Mission.

Les **198 000** jeunes de moins de 16 ans, que compte le département, sont répartis entre trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

- le secteur 31 I 01, service hospitalo-universitaire rattaché au CHU,
- le secteur 31 I 02, rattaché au Centre Hospitalier Gérard Marchant,
- le secteur 31 I 03, confié au Centre de Guidance Infantile, établissement de l'AR-SEAA, Association Régionale pour la Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte, donc au secteur associatif.

L'aire géographique des trois secteurs de Haute Garonne concentre près de **43%** des 0-16 ans de l'ensemble de la Région. Chacun dessert, en moyenne, une population près de deux fois et demi plus importante que les autres secteurs de la Région (**79 793 moins de 19 ans, et 33 043 pour les neuf autres secteurs**). Il n'est pas douteux que cet écart, compte tenu des évolutions démographiques respectives, ne pourra que s'accroître.

L'offre globale de psychiatrie infanto-juvénile installée sur le département comprend :

- 188 places d'hôpital de jour dont 140 places à Toulouse, 24 à Cugnaux, 12 à Carbone et 12 places à Saint-Gaudens,
- 25 CMP (dont 11 sur Toulouse et 14 hors Toulouse),
- 15 CMPP (dont 6 sur Toulouse et 9 hors Toulouse),
- 3 CATTP.

Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en Haute Garonne

	Psychiatres libéraux	Effectifs totaux de psychiatres	Densité/100 000hab libéraux
Haute Garonne	199	274	19,30
Midi-Pyrénées	288	513	11,40

Source : DRASS (ADELI 1998), INSEE

	Population 1999	Évolution Population 1999/1990
Secteur 31 G 01	141 943	14,6%
Secteur 31 G 02	129 795	7,6%
Secteur 31 G 03	109 323	13,05%
Secteur 31 G 04	118 648	13,2%
Secteur 31 G 05	112 809	8,1%
Secteur 31 G 06	134 291	23,6%
Secteur 31 G 07 (CHU)	114 188	4,05%
Secteur 31 G 08	133 029	15,8%
Total	994 026	

(Source : DRASS. Service études et statistiques)

Évolution de la population des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (0/16 ans)

Secteurs	1990	1999	Evolution 1999/1990
31 I 01	71664	76420	+6,64%
31 I 02	61939	72079	+16,37%
31 I 03	43739	49197	+12,48%
Total	177342	197696	+11,5%

2. Le cadre d'intervention et la méthodologie de la mission

I / Le cadre

La MNASM a été sollicitée pour ce qui concerne le Centre Hospitalier Gérard Marchant par le Directeur de l'ARH Midi-Pyrénées pour aider à "faire émerger les conditions propices à la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens", procédure initiée depuis près de deux ans, mais freinée par des difficultés de dialogue interne et une pression croissante sur les lits, conduisant l'établissement à présenter comme préalable la nécessité de moyens supplémentaires.

Après un premier déplacement sur site de trois jours, les 18, 19 et 20 septembre 2001, l'explosion de l'usine AZF et la destruction de l'hôpital qui survenaient le lendemain, 21 septembre, ont bien évidemment fait évoluer les objectifs de la mission.

Cette évolution s'est traduite par une nouvelle lettre de mission, en date du 6 décembre 2001 demandant "des propositions concernant l'ensemble de l'organisation de la psychiatrie publique et privée dans le département".

Cette mission abordait les problèmes posés par l'articulation de la psychiatrie publique dans une grande métropole, entre des services hospitalo-universitaires, sectorisés ou non, implantés au CHU, et un établissement spécialisé "semi-ouvert", ayant pu développer tardivement son dispositif communautaire. La question de l'articulation public-privé dans un département où l'offre privée, en termes de capacités d'hospitalisation complète, est largement dominante (trois fois supérieure à l'offre publique avant le 21 septembre), renforcée par une forte densité de praticiens libéraux, et concentrée sur l'agglomération toulousaine, s'imposait ici comme centrale. Une offre de lits quantitativement importante, s'inscrivant certes dans un contexte de forte progression démographique, dans trois dispositifs qui se côtoient (public universitaire/ non-universitaire et privé) et des difficultés d'hospitalisation mises en avant, unanimement et massivement, telle peut être perçue schématiquement la "configuration" d'une situation qui, bien que modifiée par la réponse à l'urgence qui s'imposait à Marchant, demeure à travailler sur un plus long terme.

2 / La méthodologie

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale n'a pas vocation à se substituer aux différents acteurs responsables des suites

éventuelles à donner à ses propositions. Par son travail d'écoute et d'analyse, et ses commentaires, la Mission, composée de professionnels de terrain, souhaite apporter sa part dans les réflexions engagées.

Cette mission technique n'a, en aucune façon, l'ambition de se substituer aux responsabilités des acteurs locaux. Elle n'est, pas davantage, une mission d'inspection. Son objectif est d'ajouter un regard complémentaire, d'ordre professionnel. Elle a pour ambition, par l'analyse d'observateurs neutres, de proposer les grandes lignes d'un processus capable d'éclairer autour d'idées-forces, de mettre en évidence des fils conducteurs susceptibles de faire progresser certains points d'une situation rencontrée, à un moment donné de l'histoire de ce département.

Pour Toulouse, la Mission a complété sa procédure habituelle par la réunion d'une série de tables rondes avec les participants concernés par les thèmes choisis : une table ronde sur la psychiatrie générale avec les représentants du CHU et de Marchant; une table ronde sur la pédo-psychiatrie avec les représentants du CHU et de Marchant ; une table ronde sur les propositions du rapport avec l'hôpital de jour de la MGEN et deux centres de post-cures associatifs ; une table ronde sur l'urgence à l'hôpital et les délocalisations de sites, avec les cliniques privées.

Comme elle le fait pour chacune de ses interventions, la MNASM a constitué un groupe de professionnels, composé ici d'un praticien hospitalier en psychiatrie générale (Gérard Dubret), d'un praticien hospitalier en psychiatrie infanto-juvénile (Daniel Carouge), d'une directrice des services de soins infirmiers (Marie-Ange Vuillermet), d'un cadre socio-éducatif (Monique Lips) et d'une permanente de la Mission (Catherine Martin-le-Ray), directrice d'hôpital. Le responsable de la Mission (Gérard Massé) et le journaliste rédacteur en chef de Pluriels (Raymond Lepoutre) se sont joints régulièrement aux déplacements.

3 / En fin de parcours

En décembre 2002, la Mission a rédigé son rapport. Elle a fait le choix de l'élaboration d'un document abordant l'ensemble du paysage psychiatrique de Haute-Garonne, confronté aux impératifs des autres dispositifs de soins et sociaux, en tenant compte des aspirations des divers professionnels. Elle ne s'est, en aucune façon, autorisée à intervenir dans le cadre des prérogatives

des acteurs locaux. On pourra la soupçonner de n'avoir pas assez affiné son analyse ou d'avoir négligé certains points. Tel est le but d'un exercice visant à favoriser une dynamique, en s'appuyant sur une démarche de planification et d'organisation sanitaire.

Chacun aura à continuer à s'interroger sur sa pratique, à s'organiser autour d'axes forts, en misant sur des processus facilement repérables et identifiés.

Le recours de plus en plus grand au dispositif de soins psychiatrique public et privé et la mutation qualitative qui l'accompagne, exige une réorganisation du système de santé mentale. Le dispositif sectoriel, garant de la continuité des soins, doit être à la fois conservé et dépassé, dans la mesure où il ne répond plus à la totalité des demandes qui lui sont adressées.

Comment ? Très clairement en situant les questions, comme les solutions, dans une problématique de santé mentale et dans un cadre élargi. La taille de l'institution, comme celle du secteur, apparaît trop étroite pour des thématiques, telles celle de l'adolescent, qui concerne l'ensemble des acteurs départementaux. Cette approche n'abolit pas, pour autant, la maille sectorielle et institutionnelle pour décliner concrètement les propositions et les faire vivre au quotidien.

Le dispositif psychiatrique de Haute Garonne dispose de sérieux atouts pour réussir sa réorganisation. La maturation des esprits et des idées, la qualité des acteurs et leur nombre, leur implication, le soutien des autorités sanitaires constituent des facteurs facilitants qui laissent à penser que cette prochaine étape sera franchie avec succès. La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale en a acquis la conviction au contact des équipes de soins, administratives et de leurs responsables. Elle pourrait continuer à jouer le rôle de tiers qui est le sien, lors des phases de mise en place des nouveaux dispositifs.

Elle espère que sa démarche, nourrie d'échanges, aidera à trouver les réponses qui s'imposent. Chaque intervenant doit pouvoir y trouver une part de lui-même, à travers des idées proposées, qui ont été reprises, des constats répétés. Il reviendra à l'ensemble des acteurs concernés de se servir de ce document, de l'enrichir et de l'approfondir.

Il apparaît, désormais, que l'expression de points de vue différents, toujours envisageables, ne pourra que s'appuyer sur des arguments étayés. ●

3. Synthèse du rapport de la Mission

Le rapport hors annexes, compte 150 pages, nous en présentons une synthèse

1 / PRÉAMBULE

Le département de Haute-Garonne comptait 1 046 338 habitants en 1999 (+13% depuis 1990, pour une progression de 4,98% sur l'ensemble de la Région Midi-Pyrénées), les huit secteurs concernés, 994 000 habitants, soit, en moyenne, **124 250** habitants par secteur.

Les projections de l'INSEE indiquent, en base 100 en 1999, un taux de 106,3% en 2003, et de 114,8% en 2008, pour les secteurs concernés.

Il s'agit donc de concevoir un dispositif susceptible de répondre aux besoins d'une zone sectorielle moyenne, qui peut déjà être évaluée à **132 000** habitants en 2003 et à **143 000** habitants à l'issue d'une programmation qui serait établie sur 5 ans.

Avec près de 10% des capacités totales de l'hospitalisation privée (9 cliniques et 1037 lits) sur le département, la Haute-Garonne se caractérise par une surcapacité en hospitalisation complète (550 lits) contrebalancé par un déficit équivalent en alternatives (596 places).

Cette "surcapacité" est imputable en totalité au secteur privé, le nombre de lits publics sectorisés étant largement inférieur aux indices fixés (0,29 / 1000 habitants / fourchette de 0,50 à 0,90 / 1000 habitants), lits en partie (près d'un tiers des lits de l'hôpital Marchant) embolisés par des patients qui relèveraient de prises en charge médico-sociales (ce constat est transposable, avec un volume qui reste à définir, dans les cliniques privées).

Avant le 21 septembre, chacun des sept secteurs de l'hôpital Marchant disposait en moyenne de **21 lits** d'admission "actifs", pour accueillir la totalité des hospitalisations sous contrainte du département. Les hospitalisations d'office avaient progressé de **91%** au cours des trois dernières années et les hospitalisations à la demande d'un tiers de **66%**. Une augmentation des entrées de près de **13%** rencontrait une progression beaucoup plus importante des réadmissions (+ **41%**), avec une durée moyenne de séjour tombée à **23 jours**, malgré le faible turn-over d'un grand nombre de lits "de suite".

Une pression sur les lits augmente le recours aux soins obligatoires pour "forcer l'entrée" (la situation post-21 septembre l'a confirmé), alors qu'en parallèle, des hos-

pitalisations plus rapides, et des séjours écourtés ont une incidence sur le nombre et la fréquence des réhospitalisations.

Ces éléments signaient une impasse qui s'annonçait dès avant l'explosion du 21 septembre. On assistait au paradoxe suivant : une surcapacité d'hospitalisation complète, le sentiment largement partagé d'un recours à l'hospitalisation "trop facile" sur Toulouse et dans le même temps, un établissement qui utilisait toute l'année ses chambres d'isolement comme chambre d'hospitalisation, faute de place, et qui devait faire adopter au niveau départemental des "plans de délestage", car dans l'incapacité de recevoir de nouvelles admissions. Les objectifs à atteindre sont clairs, dans un souci de cohérence, de proximité et d'intégration, il s'agit de mieux répartir sur le territoire les modalités de réponse du segment hospitalier, **quel que soit le mode ou le motif de l'hospitalisation**. La Haute-Garonne ne manque pas de lits d'hospitalisation temps plein, mais elle n'est pas, actuellement, en mesure de répondre à sa mission de soins obligatoires, d'une part, et ses lits, sectorisés ou non, sont mal répartis et, en partie, mal utilisés.

Les modalités pour y parvenir peuvent prendre la forme de scénarios différents, à partir d'un constat partagé et de guides d'actions.

• **La prévention de l'hospitalisation**, qui consiste à limiter ses indications à ce qui est vraiment utile, que ce soit aux urgences ou dans la communauté, permet seule d'aménager **durablement** la pression sur les admissions. Ceci pour redire que la conjugaison de nos propositions concernant le dispositif intégré d'accueil des urgences et l'ambulatoire, constitue un **préalable** sans lequel l'hospitalisation complète, tant dans le secteur privé que dans le secteur public, demeurera le mode de réponse univoque et obligé à la crise. **Après la mise en œuvre du dispositif d'urgence intégré, le développement des CMP constitue une priorité.**

• Le poids de la dépendance institutionnelle pour de nombreux patients, faute de solution adaptée d'aval, au sein de l'hôpital Gérard Marchant et dans les cliniques de Haute Garonne constitue une réalité à prendre en compte, au delà de la création d'une MAS (cf. également liste d'attente et amendements Creton).

• **Les soins sous contrainte ne sauraient rester concentrés sur un seul établissement.** Comme le prévoit le SROS, l'accueil des patients relevant de la loi de 1990 doit pouvoir être réalisé dans les unités du CHU, avec ses conséquences en termes de locaux, dans la perspective du déménagement des services sur La Grave, comme en termes d'effectifs. Cette évolution constitue un impératif incontournable, au regard de la situation actuelle, et du "trend" des années antérieures.

• Comme le prévoit le SROS également, une analyse de l'activité du service hospitalo-universitaire non sectorisé du CHU serait à mener. Comprenant 50 lits actuellement, 40 à court terme, son **positionnement dans le faible nombre de lits publics que compte le département en psychiatrie générale mérite d'être clarifié**, en particulier sous l'angle de son articulation avec les secteurs sur ses axes d'activité (post-urgence, addictions, psychiatrie gériatrique, pathologies intriquées ou résistantes).

• Dans un contexte de surcapacité, le maintien des capacités des cliniques privées ne peut trouver sa justification que dans la recherche d'un **optimum global pour la collectivité**. Du fait même de l'accueil croissant en cliniques de situations aiguës, la question de recevoir des patients, dans le cadre de soins sans consentement, soumis à la loi de 1990, se pose légitimement. Ces établissements reçoivent de nombreux patients en crise et dans un contexte de complémentarités indispensables et à mieux définir, une telle possibilité d'accueil s'impose.

2 / PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Le sous effectif médical, compte tenu de la taille des secteurs, est évident et reconnu. Un effectif de 6 ETP médicaux par secteur, dont 4 praticiens hospitaliers temps plein devrait constituer un objectif à atteindre.

Le développement de l'ambulatoire et la couverture sectorielle de base

Des moyens doivent être dégagés pour couvrir des aires géographiques blanches

(suite page 6)

par des équipements qui lui manquent, cruellement, aujourd'hui (un secteur du centre hospitalier Gérard Marchant desservant une population de 113 000 habitants sans aucun CMP, un autre ne disposant que d'un seul CMP avec 3 ETP, le secteur rattaché au CHU sans aucune unité implantée sur sa zone sectorielle...).

L'externalisation des structures encore implantées sur les sites hospitaliers et ayant vocation à être "hors les murs" s'impose, tant au CHU qu'à Gérard Marchant. L'ambulatoire développe sa propre cinétique et la présence communautaire, accompagnée de moyens suffisants, entretient une dynamique de proximité qui permet l'accès aux soins de nouveaux besoins, non obligatoirement référés à un passé hospitalier. Les principales orientations, à décliner pour chacun des huit secteurs de psychiatrie générale, nous semblent concerner :

- L'implantation d'un CMP-CATTP dans la ville de Toulouse et d'un CMP-CATTP à l'extérieur de Toulouse par secteur, avec mise à niveau de ceux existants. C'est à partir de ces CMP, pivots du secteur, aux horaires d'ouverture élargis, que devra s'organiser la mise en réseau du dispositif spécialisé de psychiatrie (articulation avec les professionnels de soins primaires et les intervenants de première ligne auprès de publics en difficulté psychique, ou atteints de troubles mentaux).

- Cette mise à niveau ne peut être envisagée, pour un CMP-CATTP, en deçà de sept ETP infirmiers, une secrétaire temps plein, remplacée pendant ses congés, et un ETP de psychologue et d'assistante sociale. L'ouverture d'un CMP par secteur sur la couronne périurbaine, qui subit la pression démographique la plus forte, doit constituer une priorité. **Les secteurs G 03, G 04, G 05, G 06, G 07, G 08 n'en disposent pas, aucun secteur ne dispose de deux CMP à niveau.**

Un dispositif d'urgence intégré et gradué

L'union des forces de Marchant et du CHU, afin de constituer une véritable **unité psychiatrique d'urgence intégrée au SAU** et de permettre l'accueil, le diagnostic et l'orientation en disposant de lits de très court séjour peut être considérée comme une étape décisive en passe d'être franchie. Le centre d'accueil et de crise, lieu d'hospitalisation brève permettra, en outre, d'aborder, dans des conditions adaptées, des populations qui s'adressent de manière privilégiée aux urgences : exclus, alcooliques, toxicomanes et suicidants, en se gardant de deux évolutions possibles :

- le renforcement de l'aspect "tri et orientation" rapide pour les patients présentant des troubles psychiques au détriment d'un travail de courte durée, rabattant alors ces patients vers une hospitalisation facile, faute de structures alternatives,

- la transformation de cette unité en maillon supplémentaire de l'hospitalisation qui deviendrait alors une clinique pour patients légers au détriment d'une unité de crise de brève durée.

Les urgences psychiatriques reçues au CHU représentaient **3121** passages en 2000, alors que dans le même temps, le SAU de Marchant enregistrait **3430** passages, dont 16% (528) venaient du CHU. Nous sommes donc dans une configuration dépassant **6000 passages par an**, soit plus de 16 passages en moyenne par jour. Au CHU, **598** hospitalisations étaient enregistrées après passage aux urgences, à Marchant **2190** sur la même période, soit une moyenne de **8 hospitalisations par jour**. Pour une hospitalisation de très courte durée, de 24 à 48 heures, avec une moyenne de 36 heures, une unité de 12 lits peut être considérée comme suffisante, **à condition que les dispositifs d'aval soient mis en place**. Cette unité ne pourra pas constituer un véritable centre de 72 heures, pour lequel une vingtaine de lits seraient nécessaires.

La problématique des urgences interroge aussi l'ensemble du dispositif départemental au premier rang desquels les cliniques privées. Le principe d'une coopération institutionnelle avec ces dernières dans une perspective intégrative de filière de soins, sous réserve du libre choix du malade, doit être clairement posé. La présence psychiatrique au sein du SAU doit être, autant que possible, commune à l'ensemble du dispositif psychiatrique (libéraux inclus) car elle prédétermine l'ensemble des filières, ce qui implique, ici comme ailleurs, que les psychiatres des cliniques participent à la présence médicale. Une évaluation précise des besoins éventuels restant à couvrir doit être réalisée, après la stabilisation du dispositif, encore en mutation (organisation, effectifs, gardes et astreintes, après l'installation dans le pavillon Laporte).

D'ores et déjà, sont chiffrés deux projets à intégrer dans ce dispositif :

Le projet de thérapie brève porté par le Professeur Schmitt s'inscrit tout à fait dans le cadre d'un centre de crise, qui ne se limite pas au tri, et constitue une des alternatives à l'hospitalisation susceptibles d'être mobilisées, comme le développement tout autant nécessaire des dispositifs sectoriels inscrits dans la communauté.

Concernant l'articulation avec le secteur social, il nous semble qu'une **structure de coordination et de régulation, proche des urgences**, sur le modèle d'une unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison, bien évidemment intersectorielle, serait adaptée à la configuration d'une agglomération comme Toulouse. Son responsable aurait pour fonction de :

- réguler l'accès de ces populations au dispositif de droit commun,
- élaborer des stratégies d'accès aux soins formalisées dans des programmes,
- porter ces projets devant la communauté médicale,
- promouvoir la continuité des soins, l'objectif demeurant de prévenir et d'anticiper une demande qui s'exprime sur le mode de l'urgence, faute de continuité.

Des pôles d'hospitalisation de proximité plus équilibrés

Concernant plus particulièrement l'hôpital Gérard Marchant, il convient de dépasser les réponses réactionnelles dont l'objectif quasi identitaire a été de tenter de récupérer le capital hospitalier, perçu comme la garantie de la survie de l'institution. La question n'est pas celle d'un nombre excédentaire de lits, qui serait à réduire, mais celle de **leur destination, de leur organisation et de leur localisation**.

Chaque secteur propose actuellement un projet identique de 20 lits d'admission, accompagné de projets différents pour les unités "de suite", tant pour leur dimensionnement que pour leur localisation ou leur organisation, sectorielle ou intersectorielle (hôtel thérapeutique, AFT, unités d'hospitalisation temps plein...). Cette diversité peut tout à fait être entérinée et justifiée si elle respecte un certain nombre de conditions. Seule une logique de projets et d'objectifs est susceptible de répondre précisément à l'hétérogénéité des situations rencontrées, dans un contexte géo-démographique plus large.

- **Respecter l'équité** (rapport entre équipements et population desservie), à défaut d'égalité stricte entre chaque secteur, ce qui n'est pas le cas actuellement, l'équipement des secteurs étant très hétérogène,
- **Rendre aux capacités d'hospitalisation complète leur vocation sanitaire**. Pour ce faire, réintroduire la capacité de 56 lits (troisième unité pour patients déficitaires des secteurs G01, G02 et G04) dans le potentiel des lits d'admission, ce qui conduit à un total de 190 lits, qui pourraient être répartis en 25 lits par secteur, avec des unités éventuellement intersec-

La situation avant le 21 septembre était la suivante : centre hospitalier Gérard Marchant

	unités d'admission	unités de suite déficitaires	unités pour patients	TOTAL	lits de post cure en ville ou sur site couplés avec hôpital de jour	app. thér.	AFT	hôpital de jour
G 01 141 943 hab	19 Prigogine	18 Montfort	15 Cerise	52		5	3	12+12
G 02 129 795 hab	18 C. Claudel	18 Falret	13 Esquirol	49				12+12+12
G 03 109 323 hab	22 Dupré	17 Charcot	39					12 (+15 pour personnes âgées)
G 04 118 648 hab	21 Follet	26 Van Gogh	15+13 Lévy	75				
G 05 112 809 hab	24			24	5+5 (+5 pour étudiants)			5+10 (+10 pour étudiants)
G 06 134 291 hab	18 G. de Nerval	17 Ferrus		35	10	13	10	5
G 08 133 029 hab	12 Chagny	23 Pinel		35				
879 838	134 0,15/ 1000 hab	119 0,14/ 1000 hab	56	309 0,35/ 1000 hab	25	18	13	117
Moyenne / Secteur		19	17	8	44	4		17

torielles, et une unité intersectorielle sécurisée de 15 lits,

- Pour les unités de suite : **l'équivalent de 25 lits ou places avec hébergement par secteur, soit 175 lits et places** à concevoir sur la base de **projets intersectoriels**, sur le site et dans la communauté,

- Traduire la recherche d'une **utilisation optimale des ressources humaines**, l'hospitalisation complète étant très consommatrice de personnel par une présence 24/24. Les unités à visée de réinsertion, installées en ville, doivent être conçues sur la base d'un projet intersectoriel, et ne pas maintenir, ou reproduire, des unités d'hospitalisation complète isolées dont le dimensionnement à 5 lits se situe en dessous d'un seuil minimal permettant un fonctionnement satisfaisant.

- Hospitalisation de jour sans hébergement : la moyenne de 17 places par secteur actuelle pourrait faire l'objet d'une répartition plus équitable entre eux et être située en totalité dans la communauté. Concernant la localisation des **unités d'admission**, la dispersion d'unités isolées et

non adossées à une autre structure sanitaire ne nous semble pas réaliste. A la fois pour des raisons de moyens mais aussi de pérennité, la création d'une capacité d'hospitalisation isolée sans le support d'un établissement important et de son plateau technique serait déraisonnable, alors que s'impose dans le même temps la nécessité

de créer des pôles d'hospitalisation de proximité plus équilibrés.

La conciliation de ces deux objectifs peut se traduire dans des scénarios différents. De même que la question de la capacité en lits n'a aucun sens si elle est traitée isolément des dispositifs d'amont et d'aval, la réflexion sur leur localisation doit se nour-

(suite page 8)

	unités d'admission	unités pour patients déficitaires	unités de suite	lits de post cure en ville ou sur site couplés avec hôpital de jour	app. thér.	AFT	TOTAL
situation actuelle							
879 838 hab	134	56	119	25	18	13	365
Moyenne/ Secteur	19	8	17		4		52
scénario proposé							
190 lits d'admission dont une unité sécurisée soit 25 lits d'admission par secteur et une unité sécurisée de 15 lits				175 lits et places de suite avec hébergement soit l'équivalent de 25 lits et places par secteur		365	

rir des mêmes éléments, la logique de projet se substituant à une réflexion par structure.

On a vu combien le développement des structures alternatives était lié au dispositif d'urgences et que seule, la conjugaison de ces deux démarches pouvait donner un sens à une hospitalisation complète, dépassant le mode de réponse univoque et obligé à la crise. Les pôles d'hospitalisation doivent donc être étroitement articulés avec le dispositif intégré d'urgences, comme avec les alternatives de chaque secteur.

Les deux services de psychiatrie générale du CHU devraient quitter Casselardit, en totalité ou en partie, pour s'installer au sein de l'hôpital de la Grave dans les prochaines années. La réhabilitation provisoire de certains pavillons du Centre Hospitalier Gérard Marchant, ainsi que l'installation, provisoire elle aussi, des unités d'admission de cet établissement à l'hôpital Larrey, la nouvelle configuration du dispositif intégré d'accueil des urgences, la mise à disposition de lits de post-urgence dans un établissement privé, en un mot le nouveau paysage psychiatrique post-21 septembre impose d'imaginer aujourd'hui des scénarios, sinon définitifs, du moins se projetant au delà des dispositifs palliatifs, ou inspirés d'une situation déjà dépassée.

A partir de ces éléments, la répartition des unités sur quatre pôles d'hospitalisation, constitués du Centre Hospitalier Gérard Marchant, au sud, de l'hôpital de la Grave, situé en centre ville, de l'hôpital Purpan, à l'ouest, et d'une ou plusieurs cliniques à l'est pourrait constituer un scénario assez fonctionnel. Il présenterait l'avantage de rapprocher les lieux d'hospitalisation complète de chaque secteur des bassins de population concernés, tout en évitant de constituer des pôles trop isolés, en s'appuyant sur des plateaux techniques existants. Les unités délocalisées du Centre Hospitalier Gérard Marchant continueraient d'être gérées par cet établissement, qui passerait convention avec l'établissement d'accueil (CHU ou clinique).

La diversification des métiers et les ressources humaines

Le "cadre unique" constitue encore une réalité très présente à l'hôpital Gérard Marchant, et certaines catégories de personnel font cruellement défaut, au sein des secteurs. Il s'agit, en tout premier lieu, des psychologues et des assistantes sociales, mais également des secrétaires médicales, des ASH et des aides soignantes. On ne

relève, par ailleurs, aucun temps d'ergothérapeute, de psychomotricien, de conseillère en économie sociale et familiale etc. dans les équipes, avec une diversification des métiers peu marquée.

Les moyens par secteur sont disparates, mais directement superposables avec le nombre de lits.

Pour mettre en œuvre nos préconisations dans des secteurs de 132 000 habitants, un objectif par secteur de :

- 5 secrétaires médicales (dont 3 ETP pour les deux CMP-CATTP pivots),
- 4 psychologues (dont 2 ETP pour les deux CMP-CATTP),
- 3,5 assistantes sociales (dont 2 ETP pour les deux CMP-CATTP),
- 9 ASH,
- 2 ETP de personnel médico-technique (ergothérapeutes, psychomotriciens...),
- 1 conseillère en économie sociale et familiale,

nous paraît devoir être atteint sur la durée du plan.

Cette diversification des métiers conduit à créer un peu moins de 11 postes pour chacun des sept secteurs, la moyenne actuelle de 78 postes non médicaux passant à 89.

La question des infirmiers, non abordée dans ces créations de postes, doit être étudiée précisément. Chaque secteur dispose de 56 infirmiers et 4 aides soignants en moyenne, ces derniers étant présents uniquement dans trois secteurs, et principalement dans les deux unités Lévy pour patients déficitaires du secteur G 03.

Ouvrir deux CMP-CATTP étoffés par secteur, comme nous le préconisons, exigera des redéploiements très conséquents (plus de 60 postes infirmiers d'après notre évaluation), tant le dispositif actuel est inexistant.

Cet effort nous semble néanmoins réalisable dans le cadre des effectifs soignants actuels, au prix de réaménagements importants des unités d'hospitalisation complète situées sur le site, ou dans la communauté (effectifs de nuit, effectifs infirmiers / aides-soignants, diversification des métiers dans les unités de suite, regroupement d'unités...).

Pour les unités de suite, les projets peuvent et doivent être variés, selon que l'objectif relève de l'insertion ou d'une stabilisation de l'état clinique (unités de suite, appartements thérapeutiques, accueil familial thérapeutique etc.). Il n'est donc pas possible de chiffrer les besoins, en l'absence de projets précis, mais il tout à fait cohérent d'évaluer globalement, pour l'établissement, les moyens correspondant à

une unité de suite de 25 lits par secteur (8 infirmiers et 12 aides soignants), ces moyens étant répartis sur les différents projets intersectoriels (l'hôtel thérapeutique intersectoriel par exemple), ou transformés en équivalent financier pour rémunérer des familles d'accueil.

Une moyenne de 60 postes soignants par secteur (comprenant certainement plus d'aides-soignants et moins d'infirmiers qu'actuellement) semble compatible avec le dispositif préconisé, **mais ne permet pas de redéploiement pour créer une MAS, ni une UMAD.** Rappelons que cet effectif reste inférieur à celui d'un secteur "moyen" en moyenne nationale CHS 1997, pour des secteurs qui représenteront le double d'un secteur "moyen" en 2007.

Une création anticipée de certains postes (AMP) destinés à la MAS faciliteraient le glissement progressif de postes infirmiers sur l'extrahospitalier.

Le secteur G 07, rattaché au CHU, desservait une population de 114 000 habitants en 1999, et dispose de 49 ETP non médicaux (certains postes semblent ne pas être affectés directement sur un service, ce qui fausse les comparaisons).

Les créations de postes proposées visent à :

- doter les unités d'hospitalisation d'un effectif suffisant pour recevoir les hospitalisations sous contrainte,
- créer un CMP-CATTP sur la zone sectorielle (**aucune n'existe actuellement**) à l'extérieur de Toulouse,
- renforcer les unités de transition et de domiciliation directe, de même que le CATTP, qui doit pouvoir sortir du site hospitalier,
- diversifier les métiers.

Concernant le service non sectorisé du CHU, les moyens éventuellement nécessaires ne pourront être déterminés qu'après une analyse plus précise de son activité, comme de son positionnement. Seule est chiffrée ici l'incidence de l'accueil de patients sous contrainte dans les deux unités.

3 / PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

La psychiatrie infanto-juvénile a bénéficié ces dernières années d'investissements conséquents, à la mesure des besoins de secteurs qui concentrent 43 % des 0-16 ans de l'ensemble de la Région. Chacun des trois secteurs dessert en moyenne une population de 80 000 jeunes de moins de 20 ans (pour 49 000 en moyenne nationale 1997).

Le nombre de jeunes âgés de moins de 16 ans progressera encore de 11,6% (base 100/1999) en Haute Garonne d'ici la fin du plan, en 2007.

Ont été créés un centre de crise pour adolescents, une unité mobile au CHU. Une unité de post-urgence en clinique ouvrira prochainement. La création de deux hôpitaux de jour et d'un CATTP ont été autorisés en 2001, pour le secteur rattaché au CHU, à la fois le plus peuplé et le moins bien doté. Un projet de CAMSP (il n'en existe pas sur le département) est en cours d'élaboration.

Dans les cinq années qui viennent, il s'agira donc essentiellement de mettre en œuvre les mesures déjà prévues et de conforter la démarche partenariale prometteuse initiée entre les trois secteurs.

Les propositions

La prise en compte des réalités géo-démographiques du département conduit à préconiser des pôles d'activité transversaux plus structurés : petite enfance – adolescence – hospitalisation à temps plein, et à promouvoir l'articulation avec le secteur médico-social et social.

La petite enfance

Le souhait de chaque secteur de développer cet axe de travail est tout à fait justifié au regard des besoins à couvrir, alors que la part des moins de 5 ans dans les files actives reste en deçà d'une moyenne nationale déjà trop modeste.

Part des – de 5 ans dans la file active en population générale

Secteur 31 I 01	9,1%
Secteur 31 I 02	9,6%
Secteur 31 I 03	13,3%
Moyenne des secteurs	
France	14%
Population générale	
Haute-Garonne	21,7%

Pour les CAMPS, un des 5 départements n'en dispose pas et la psychiatrie de liaison dans les maternités demande à être développée dans les trois secteurs.

L'adolescence

Le RAP 31 doit devenir rapidement un interlocuteur facilement repérable. Il s'agit autour d'un coordinateur médical, d'un psychologue et d'une secrétaire médicale de dépasser un simple cadre de concertation et de formaliser des objectifs précis et les temps mis à disposition dans un cadre juridique adapté.

De nombreuses initiatives intéressantes sont à conforter :

- une antenne de prévention intersectorielle,

- les objectifs opérationnels du PRS,

- les projets des médecins généralistes.

Parmi les principales pistes de travail, il s'agit de :

- concrétiser une unité de post-urgence pour rendre viable l'U.A.C.H.A.,

- mieux définir et positionner les unités existantes pour identifier les manques en matière d'hospitalisation pour adolescents,
- intégrer dans cette réflexion l'hôpital J. Ducuing, l'unité du Dr Granier (grands adolescents – jeunes adultes) et les cliniques,

- développer les formations croisées interprofessionnelles,
- développer les partenariats avec d'autres organismes répondant aux besoins de prévention primaire des adolescents et de la prise en charge des addictions.

L'hospitalisation à temps plein

Pour cette hospitalisation qui dispose de 36 lits, il convient d'encourager les unités à poursuivre leur articulation avec les institutions médico-sociales autour de projets individualisés (hospitalisation de semaine, séquentielle, passage de l'accueil de jour à l'hébergement lors de crise, et aménagement progressif de la fin d'hospitalisation à temps plein).

Il est d'un intérêt évident de rapprocher les deux unités d'hospitalisation temps plein dans le cadre du déménagement programmé de l'unité du secteur I 01

Les complémentarités avec le champ médico-social et social

Au delà des liens personnels, il s'agit d'établir des synergies au niveau institutionnel (projet d'établissement).

Dans le prolongement du schéma départemental conjoint de protection de l'enfance et de la famille, il convient d'instaurer des articulations sur ces cas difficiles. De manière générale, il faut développer des modalités de prises en charge associant sanitaire et médico-social au sein de "parcours individualisés d'éducation et de soins" (du type du réseau REPIÈS dans le Val-d'Oise). Résoudre la question des inadéquations dans les instituts de rééducation (10% des 1153 places) : problèmes spécifiques, transfert de places de secteur médico-social vers le secteur sanitaire, à l'inverse de l'évolution constituée dans d'autres départements.

4 / LES CLINIQUES PRIVÉES

Concernant les neuf cliniques privées, qui

ont été rencontrées à deux reprises, les contrats d'objectifs et de moyens, qui seront négociés en 2003, constitueront un outil privilégié pour promouvoir, faciliter et mettre en œuvre une complémentarité organisée dans des conditions claires, qui se substituerait à une fausse concurrence, pour conjuguer les intérêts de chaque acteur avec l'amélioration de l'optimum collectif. Plusieurs champs d'action ont été balayés avec les représentants du secteur privé.

- **Urgence, post-urgence et accueil des hospitalisations sous contrainte.** La clinique De Beaupuy a ainsi, avant l'été 2002, réservé 6 de ses lits d'hospitalisation complète à l'accueil de très court séjour (moins de 48 heures), directement articulé avec le nouveau service d'accueil et d'urgences psychiatriques, la Clinique Marigny a présenté un projet d'accueil en hospitalisation sur demande de tiers dans une de ses unités de 19 lits. La question de la participation des psychiatres libéraux à la présence médicale au sein du nouveau service des urgences a clairement été posée.

- **Programmes d'actions spécifiques sur des pathologies ou problématiques ciblées.** Trois champs spécifiques d'activité sont relevés au sein de l'hospitalisation complète, soit au titre d'unités existantes, soit à titre de projet. Il s'agit des **personnes âgées** présentant des troubles cognitifs (Aufréry, les Cèdres, Dr Becq), des **troubles des conduites alimentaires** (Aufréry, Castelvieu, Château de Seysses, Montbéron), de l'alcoolologie (Aufréry, Castelvieu, De Beaupuy, Montbéron, les Cèdres). Concernant l'anorexie mentale, une démarche partenariale intéressante semble entamée, réunissant les secteurs public, privé et associatif.

- **Alternatives à l'hospitalisation.** Plusieurs projets existent également dans ce domaine, qui se heurtent actuellement à l'obstacle tarifaire.

- **Soins de suite.** La transformation d'un certain nombre de lits de court séjour en soins de suite spécialisés, qui seraient plus en adéquation avec les besoins, comme avec la situation actuelle de patients "au long cours" au sein des cliniques, a été abordée.

- **Délocalisation de lits d'hospitalisation complète de certains secteurs de psychiatrie générale, dans, ou à proximité, de cliniques existantes, pour constituer un des pôles d'hospitalisation de proximité.** Cette proposition a été présentée à l'ensemble des cliniques présentes, et soumise à leur réflexion. ●

4. Les réactions des protagonistes

Les commentaires du DARH

La Mission d'appui a dès avant le 21 Septembre 2001 entrepris à ma demande une mise à plat du dispositif de santé mentale dans le département avec l'ensemble des opérateurs : les établissements publics (CHU et CHS G Marchant), les cliniques privées de psychiatrie (9 établissements dans la couronne toulousaine), le dispositif associatif intervenant en santé mentale, ainsi que le secteur médico-social connexe au champ de la psychiatrie. C'est bien d'une évolution de l'ensemble de ces composantes dont le département a besoin. Les orientations pour le secteur adulte portent sur la réduction des clivages de toute nature qui ont conduit les différents éléments du système dans des logiques, autarciques et fermées dont on mesure les limites, et finalement les incapacités à répondre aux problèmes. Pour ma part j'en retiens quatre essentielles: La mise en place d'un **dispositif d'urgence intégré**, doit permettre d'articuler le travail d'amont : accueil, orientation, traitement de la crise. Les différents opérateurs

sont partie prenante de cette organisation qui mobilise toute la palette des soins.

Le développement de **l'ambulatoire et de la couverture sectorielle de base**, doit tendre à réduire le retard accusé dans ce domaine d'autant que l'accroissement de la population continuera d'être particulièrement important. La politique de secteur doit retrouver toute sa légitimité et toute sa place et bénéficier d'un renforcement de moyens.

L'articulation avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux, est indispensable le département de ce point de vue dispose d'équipements non négligeables. Là encore il convient de proposer des modes de travail construits et organisés entre sanitaire et social.

L'hospitalisation temps plein et son dimensionnement est la résultante d'une organisation repensée et non le primat de toute prise en charge, elle doit retrouver des potentialités et des fonctionnalités à partir du développement de pratiques intersectorielles, de la suppression d'unités

de petite taille fortement consommatrices de moyens humains et avec la diversification de l'accueil des soins obligatoires. Elle a également besoin de bien clarifier ses domaines d'activité et ses spécificités notamment dans le secteur privé.

En matière de psychiatrie infanto-juvénile, l'agence soutiendra la dynamique commune aux trois secteurs et au secteur privé elle confortera les projets communs et les démarches travaillées avec l'ensemble des partenaires. L'agence régionale déclinera un programme d'actions sur cinq ans articulé sur les priorités rappelées qu'elle soutiendra à la mesure des moyens financiers de la région qui restent limités.

Force est de constater que les mises en œuvre ne seront rapidement concrétisées que si d'une part le soutien national est clair en terme politique et si d'autre part un accompagnement financier crédible est possible.

P. GAUTHIER ●

L'avis de la D.D.A.S.S.

L'intervention de la MNASM : une mission élargie.

Initialement prévue pour répondre à un blocage institutionnel avec le Centre Hospitalier G. Marchant qui ne permettait pas de signature d'un COM, son intervention a été étendue au dispositif départemental en psychiatrie suite à la catastrophe AZF. Celle-ci ayant détruit la quasi totalité des capacités d'hospitalisation complète du Centre Hospitalier G. Marchant, des perspectives nouvelles pouvaient être envisagées dans la configuration de l'offre de soins en psychiatrie dans le département. Cette offre de soins étant particulièrement atypique puisque la psychiatrie privée représente dans ce département 3/4 des capacités d'hospitalisation, ce qui rend la situation particulièrement complexe.

Le travail de la MNASM : une intervention démarrant 2 jours avant l'explosion AZF et se poursuivant dans une période de désorganisation des équipes du Centre Hospitalier Spécialisé et de grandes difficultés dans la prise en charge des patients au niveau du département. La Haute Garonne a alors vécu une situation de crise majeure pour la prise en charge des malades mentaux, dont la plupart ont été hospitalisés au-delà des frontières de la région. Cette période de déstabilisation était potentiellement porteuse de possibilités de

changement ou de risque de repli de l'établissement sur lui-même. Les événements ont imposés des rapprochements jusque là impossibles entre le CHU et le CHS.

Le rapport de la MNASM : une production attendue par les acteurs mais dont les conclusions ont été diffusées trop tardivement par rapport au calendrier du projet médical de G. Marchant.

Le rapport est une analyse détaillée de la situation du dispositif psychiatrique en Haute-Garonne dont la plus grande part concerne le CHS. Cette analyse correspond à une vision du dispositif partagée par la DDASS même si quelques erreurs persistent ou certaines interprétations peuvent sembler hâtives. Les propositions d'évolution correspondent aux orientations de la politique nationale de santé mentale appliquée au contexte départemental. Contexte dont on a compris à la fois la complexité et la richesse, puisque les moyens d'hospitalisation sont conséquents et les libéraux nombreux. La DDASS partage les grandes priorités dégagées :

- construire un dispositif d'urgence intégré en lien avec les libéraux, et développer les CMP CATTP afin d'éviter les hospitalisations,
- développer l'intersectorialité et les complémentarités public privé,

- développer la coordination et les complémentarités avec le secteur médico-social et social.

En matière d'hospitalisation la proposition de localisation des lits d'hospitalisation du CHS sur plusieurs sites près des cliniques au plus près des populations ne semble pas réaliste dans le contexte local, où même un rapprochement avec le CHU pose problème et où la psychiatrie de liaison n'est pas développée. Par contre, le rapprochement avec les lieux d'hospitalisation du CHU (La Grave) est une proposition qui peut s'intégrer dans un processus de travail à moyen terme. Par ailleurs le développement des alternatives est une nécessité. Dans le contexte départemental précédemment décrit, la déclinaison de ces propositions nécessite une volonté forte de la part des autorités locales et régionales, des directions des établissements concernés. Elle nécessite aussi :

- des moyens financiers tant au niveau des établissements publics que des établissements privés pour accompagner les évolutions,
- des modifications réglementaires permettant aux établissements privés des modes de prise en charge nouveaux (alternatives à l'hospitalisation).

Après la remise du rapport la DDASS considère comme une priorité l'animation de la mise en œuvre de ces axes de travail avec les acteurs concernés. ●

Les commentaires de la CME CH Marchant

Globalement, on peut constater une bonne analyse de la Mission sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne avant la destruction du Centre Hospitalier G. Marchant par l'explosion de l'usine AZF. L'Hôpital Marchant a été obligé de se restructurer dans l'urgence. Cette situation a fait apparaître les défauts structurels qui, en fait, arrangeaient tout le monde. A l'Hôpital Marchant, "fonctionnant à l'ancienne", se concentraient tous les exclus psychiatriques (exclus par les placements obligatoires, exclus par la situation sociale précaire, exclus des structures médico-sociales). Ce système était inscrit dans la culture psychiatrique et faisait de l'Hôpital Marchant un lieu d'exclusion majeur. Globalement, le nombre de lits est suffisant : 1 100 lits de cliniques privées, 450 lits publics dont 350 sur le site de l'Hôpital Marchant, haut lieu de cette exclusion. Le service de Psychiatrie du CHU (100 lits) est une structure **écrémante**, refusant les placements et renvoyant sur l'Hôpital psychiatrique les patients traditionnellement exclus pour des raisons sociales (cf. écrit par le Dr. Franc).

Ce rapport a pour mérite de confirmer le manque de structures alternatives dans ce département à forte expansion démographique : manque de CMP, d'Hôpitaux de jour, de Centre d'Accueil à temps partiel et, surtout, de structures transitionnelles pour la réadaptation des patients psychiatriques. Même si la catastrophe "AZF" n'avait pas eu lieu, le système était en voie d'implosion. Le nombre de psychiatres exerçant en cabinet privé (200) est satisfaisant, mais peu impliqué dans les structures de soins institutionnels.

Certaines solutions proposées sont cohérentes pour les secteurs de la Haute-Garonne représentants le double de la moyenne nationale soit 135 000 habitants au lieu de 65 000 au plan national :

- renforcement du nombre des consultations médico-psychologiques,
- renforcement des centres d'accueil à temps partiel,
- création de centres de post-cure dans la cité de capacité suffisante en supprimant les petites structures faute de masse critique suffisante,
- validation d'une M.A.S. pour les patients les plus atteints,
- validation d'une Unité pour patients dangereux,
- renforcement des secteurs par des Unités inter-sectorielles,
- établissement de réseaux avec les différents partenaires du champ de la santé mentale,
- validation de l'installation des urgences psychiatriques au sein de l'Hôpital Général. Ce que l'on peut considérer comme

une erreur est de créer de multiples Unités d'admission en plusieurs pôles alors que la clinique psychiatrique n'en montre pas l'intérêt en ce qui concerne les patients aigus dont le traitement ne nécessite pas de se faire soigner obligatoirement au plus près de chez eux. L'hospitalisation aiguë, dans un département de 1 200 000 habitants ne nécessite pas des hospitalisations décentrées comme dans une mégapole parisienne sans compter que ces Unités décentrées existent déjà dans le cadre des cliniques privées à but lucratif.

Des exemples récents poussent à une restructuration forcée dans le sens d'une diminution du nombre de plateaux techniques (cf. l'exemple de Lyon qui va fermer un de ses hôpitaux psychiatriques).

Ce qui est nécessaire, c'est le maintien des Urgences à l'Hôpital Général et le repositionnement des structures intermédiaires (C.M.P. et Centres de post-cure) dans les zones fortement urbanisées et sub-urbaines. Le rapport Massé est excellent dans son analyse mais faible dans ses conclusions : il est marqué par une idéologie plaquée qui existe depuis 20 ans, qui a fait la preuve, dans de nombreux endroits en France, de son inadaptation trop technocratique et idéologique.

Localement, cette Mission a été vécue comme un parisianisme, loin des réalités cliniques et des besoins locaux.

Par ailleurs, ce rapport est quasi inexistant dans ses propositions sur la Pédo-psychiatrie ; il effleure seulement le médico-social et les solutions à envisager autour de la psycho-gériatrie.

Ce rapport ménage les rentes de situations et laisse furieuses les équipes chargées de gérer les situations des grands exclus psychiatriques au mépris de l'avis des représentants des usagers et des familles des malades mentaux.

Appliqué au pied de la lettre, ce rapport pourrait être dévastateur car il reproduit une vision hospitalo-centrique sur plusieurs sites utopiques et difficilement cernables. Le rapport est bon dans son analyse mais incapable de proposer des solutions cohérentes localement. Cela forcera peut-être les partenaires locaux à trouver des solutions nouvelles désaliénistes et à lutter contre l'exclusion psychiatrique des patients.

Enfin, à l'heure actuelle, les budgets bloqués rendent les différents partenaires sceptiques sur les possibilités de restructuration proposées par la Mission. Ceux-ci sont venus en observateurs trop extérieurs en proposant des solutions à réaliser sur le plan quinquennal alors qu'il y a, à l'évidence, des réponses très rapides à apporter du fait de la destruction de l'Hôpital Marchant.

DOCTEUR CHRISTIAN MAZEL* ●

**Président de la C.M.E.*

L'opinion du Directeur du CH Marchant

Les contacts entretenus avec les membres de la Mission ont été constructifs, les échanges fructueux : la Mission a su se positionner avec les différents interlocuteurs du CH Marchant, ce qui n'était pas forcément aisé, notamment dans la période de crise majeure traversée par l'établissement. Le directeur a apprécié l'approche pragmatique des problématiques, et le souci manifeste des intervenants de rechercher les solutions appropriées, avec le plus de netteté possible. Sur le fond, les préconisations de la Mission sont comprises par la direction et globalement admises. Cela aura permis de très significatives avancées pour améliorer l'organisation et le fonctionnement de la psychiatrie en Haute-Garonne. Une des conclusions – dont nous savons qu'elle n'est pas anodine aux yeux de la Mission – nous contrarie cependant.

Nous pensons en effet que la dispersion des lits d'admission sur plusieurs sites, dans le contexte toulousain, n'est pas pertinente.

Cette notion est partagée par l'ensemble de la communauté hospitalière (médecins et personnel) à l'unanimité des instances du CH.

Le projet médical retient la perspective d'implantation des sites d'hospitalisation continue près des lieux de vie des patients lorsque ceux-ci peuvent tirer profit de ce rapprochement, c'est-à-dire les CPC, dont l'objectif est de favoriser la réinsertion sociale. Le projet médical ne retient pas la nécessité d'hospitalisation au plus près du lieu de vie pendant la phase aiguë de la maladie, car le CHCM est d'accès rapide pour les principales zones de forte densité de population de l'agglomération toulousaine. Par ailleurs, le projet médical favorise l'implantation de divers lieux de soins à proximité des lieux de vie : CMP, CATTP, Hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, dans le cadre d'une organisation cohérente et complémentaire.

JEAN-LOUIS DARDÉ ●

La position de la section CGT du CH Marchant

La brièveté de ces commentaires ne nous permettra pas d'apporter notre point de vue sur l'ensemble des sujets traités par le rapport. Nous nous contenterons donc de traiter les points essentiels à nos yeux. D'emblée, la CGT du CH G. Marchant réaffirme un certain nombre de lignes forces qui fondent son positionnement sur l'organisation du dispositif de soins en santé mentale dans le département de la Haute-Garonne. La mission de service public pour une part importante est assumée par le CH Marchant, elle consiste à offrir des soins à toute personne le demandant ou le nécessitant, quelles que soient la nature de ses troubles et ses conditions d'existence. En conséquence, nous pensons que le pôle public doit rester le socle incontournable dans ce département pour l'offre de soins et qu'il ait les moyens de se développer dans les années à venir pour être en mesure de répondre qualitativement et quantitativement aux besoins de la population. Nous restons attachés à la politique de secteur qui, au-delà de notions géo-démographiques, doit permettre une offre de soins, selon des modalités diversifiées, la proximité et la continuité des soins. Le nombre important de cliniques privées à but lucratif dans ce département de doit, en aucun cas, nous amener à affaiblir le pôle public. L'articulation public / privé en tout état de cause ne peut se concevoir qu'en termes de complémentarité, et elle ne doit pas faire l'impasse sur les modes de financement.

En ce qui concerne les constats et propositions de la MNASM

Nous partageons totalement le constat du retard accumulé dans le développement des alternatives à l'hospitalisation et des faiblesses du dispositif ambulatoire. L'implantation de deux CMP-CATTP par service, avec la mise à niveau de ceux existants, rencontre notre approbation. Le redéploiement des alternatives à l'hospitalisation proposées par le projet médical du CH G. Marchant, dans la proximité des bassins de vie et suivant un monde d'organisation intersectoriel, nous semble pertinent.

En ce qui concerne le dispositif d'urgence, le SIAP du CH G. Marchant est actuellement situé à proximité du SAU Purpan. Son implantation au sein même du SAU de Purpan avec une capacité minimale de 12 places nous paraît indiqué, notamment pour éviter la création d'une filière

spécifique. Il conviendrait d'envisager la création d'un conseil des urgences psychiatriques impliquant le CH Marchant et le CHU. Par ailleurs, il serait effectivement utile de créer une instance plus particulièrement chargée de la coordination et de la cohérence de la prise en charge des urgences psychiatriques dans le département réunissant l'ensemble des secteurs, privés et publics.

Concernant les pôles d'hospitalisation, le rapport met en relief les problématiques d'amont (CMP) qui, une fois mis à niveau, doivent pleinement jouer le rôle de prévention et être mieux intégrés au dispositif des urgences. Globalement, le développement de l'ambulatoire est de la plus haute importance si l'on ne souhaite pas que l'hospitalisation ne soit la seule réponse possible à certaines situations. Le rapport pose aussi la problématique des soins hospitaliers sous contrainte. Nous sommes totalement en désaccord avec les propositions du rapport, avec l'éventualité de la prise en charge par les cliniques privées à but lucratif de l'hospitalisation sous contrainte. Celle-ci doit rester sous la responsabilité du service public (l'expérience actuelle des lits d'UHCD de la clinique Beaupuy ne peut que nous conforter dans cette position). Bien évidemment, nous confirmons que le secteur du CHU doit assumer ses responsabilités en la matière, et doit donc être pourvu des moyens humains et matériels pour y faire face.

Nous sommes en désaccord avec votre proposition de répartition sur quatre pôles d'hospitalisation. Vous nous permettez de penser, qu'à terme, ce dispositif met en germes l'éclatement, voire la disparition de l'entité du CH G. Marchant. Mais, au-delà de ce que vous nommez de réaction identitaire, nous nous appuyons sur les potentialités du site de Marchant, situé dans la cité toulousaine, permettant de reconstruire à court terme (environ 3 ans) un pôle hospitalier moderne, adapté aux besoins et contraintes de l'hospitalisation psychiatrique.

Concernant les diversifications des métiers et ressources humaines, certaines catégories de personnel (assistantes sociales, psychologues, secrétaires médicales, aides-soignants,...) font effectivement cruellement défaut au sein des secteurs. Pour l'essentiel, ce constat est le refus des tutelles ces dernières années d'attribuer les moyens financiers pour créer ces postes. Le seul moyen jusqu'à ce jour de diversi-

fier les professions, consistait à des transformations de postes d'infirmiers, auxquels nous nous sommes toujours opposés. Notre position fondamentalement ne changera pas. Le développement futur de la psychiatrie publique dans le département de la Haute-Garonne a besoin du potentiel de l'ensemble des infirmiers. Les transformations de postes ont, depuis longtemps, atteint leurs limites. Pour répondre aux besoins réels de diversification des métiers, il ne peut s'agir, dans l'avenir, que de créations de postes. Sur le plan médical, la sous dotation est évidente, il y a nécessité de créer des postes et de prendre les dispositions pour les pourvoir.

En ce qui concerne le SMPR, la délocalisation de la prison St-Michel à Seysses est effective depuis quelques semaines, avec une augmentation de sa capacité d'accueil de 50%. Celle-ci va demander un renforcement des moyens humains. Une fois de plus, l'anticipation n'est pas au rendez-vous.

En ce qui concerne la pédo-psychiatrie, la CGT sur le fond n'a pas de commentaire particulier à faire. Elle tient toutefois à réaffirmer sa position quant à la création d'une unité d'hospitalisation post urgence pour adolescents pour des raisons de cohérence et de continuité des soins, nous partageons la position du Conseil d'Administration, lequel s'est prononcé pour que cette unité soit mise en œuvre sous la responsabilité du CH G. Marchant.

L'ensemble des institutions du CH Marchant a validé la démarche initiée par le Projet médical de l'établissement.

La CGT, pour sa part, apporte une appréciation positive quant à son contenu. L'institution dispose des atouts pour mettre le Projet d'établissement dans des délais rapprochés pour ce qui concerne les orientations essentielles. Il est, aujourd'hui, grand temps que les décisions soient prises, que les personnels, leurs représentants, les représentants des usagers soient consultés, informés, associés à ces décisions. Monsieur Gauthier, Directeur de l'ARH, a affirmé, lors de la réunion du 25 février dernier, qu'il y aurait des moyens supplémentaires octroyés. Nous en prenons acte. La situation actuelle n'est absolument pas satisfaisante. Les réponses aux situations, aux besoins, ne sont pas toujours adaptés. Les conditions d'hospitalisation, notamment à l'Hôpital Larrey, sont difficiles, tant pour les patients, que pour le personnel. Le syndicat CGT, avec le personnel, avec la population, avec les usagers, restera vigilant, et s'opposera fermement si tel était le cas à toute tentative de fragilisation du service public en Haute-Garonne. ●

La position de la section CFDT du CH Marchant

Au sujet de la Santé mentale, la CFDT a, depuis plusieurs années travaillé dans le sens d'une désinstitutionnalisation de la Psychiatrie.

L'objectif est d'avancer dans la proposition de soins au plus près des besoins des usagers, de leur mobilité, et d'apporter des réponses à la souffrance psychosociale.

Déjà sur le CH Marchant, notre section syndicale n'était pas favorable au regroupement global sur l'Hôpital Larrey. Cela ne nous apparaissait pas porteur d'un travail de deuil de ce qui avait été (avant AZF) et ne préparait pas à une réflexion sur une autre psychiatrie comme l'espéraient beaucoup d'agents.

Nous nous sommes ensuite inquiétés sur une réintégration à dose homéopathique sur le site de Marchant au rythme des réhabilitations déjà à l'identique de certains pavillons.

Nous nous interrogeons aussi sur l'absence de cadre fédérateur sur le devenir de notre établissement et de débat global avec les agents et les patients.

Actuellement nous ne sommes pas favorables à l'idée – récurrente jusqu'à la fin 2002 – d'une reconstruction à l'identique avec une mise aux normes des conditions d'hygiène et de sécurité.

Nous ne sommes pas favorables à la construction de pavillons neufs sur le site (244 lits sur le site et 53 pour les centres de post cure), afin de retrouver toute la capacité antérieure d'hospitalisation du CH Marchant.

Il nous semble judicieux :

1. D'utiliser comme réflexion la pertinence de l'état des lieux fait dans le rapport Massé sur la configuration particulière de la psychiatrie en Haute-Garonne.
2. D'intégrer dans cette réflexion les recommandations de ce rapport, élaborées en référence au SROS et proches du Plan Paul Rolland
3. D'accélérer le développement d'une psychiatrie ouverte sur l'extra hospitalier en saisissant, par exemple, la proposition d'implanter un quota de lits sur le site de l'hôpital de Lagrave (centre ville).
4. De préserver et maintenir les récentes créations de CMP et CATTP (conséquences directes d'AZF).
5. De maintenir sur le site de Marchant : un centre administratif, logistique, l'IFSI

(deuxième année) et des structures du type Long séjour, MAS, UMD.

6. De mettre en place une complémentarité Public/ Privé pour les mêmes missions, en particulier les hospitalisations sous contraintes.

7. Amorcer une articulation globale CHS et CHU et Privé, dans le sens d'une interaction, d'une harmonisation des structures pour une plus grande efficacité sur le terrain et pour une équité des charges.

Ce sont ces lignes que nous avons exposé le 6 Décembre 2002 à Mr. Gauthier, Directeur de L'ARH.

Mais qu'en est il en ce moment ?

Un refus d'aborder la question d'une meilleure répartition des pôles d'hospitalisation. Un dernier Conseil d'administration de février 2003 l'illustre dans la mesure où un redéploiement de lits psychiatriques sur l'Hôpital de La Grave n'a pas été retenu.

Un refus d'accorder la possibilité d'engager des liens partenariaux et de réseau : l'exemple en est la forme polémique qu'a pris le débat proposé par Mr Gauthier le 25 février 2003 sur l'exposé du Rapport Massé.

Par la peur, à un niveau interne, de développement de pôles professionnels autres qu'infirmiers.

Par exemple, en compensation de la RTT, seulement deux temps plein d'ASSISTANTES SOCIALES ont été distribués.

Et quelle distribution !! 25% de temps octroyés à chaque secteur de psychiatrie adulte et seulement 25% réservé à la Pédopsychiatrie.

Ces refus rendent impossibles les évolutions et réorganisations internes permettant de tenir compte des évolutions démographiques et techniques.

Les effets dévastateurs du sinistre AZF auraient pu permettre, à travers une nécessaire reconstruction, une réévaluation de la situation, l'élaboration de projets plus adaptés à une psychiatrie moderne, aux besoins de proximité, à l'implantation dans la cité.

Il y avait deux scénarios éventuels après AZF :

1. Soit l'ensemble du personnel et de ses représentants, à partir de l'accueil ponctuel sur les établissements de la région, s'approprièrent cette expérience pour ima-

giner une autre psychiatrie.

2. Soit ce même personnel et ses représentants restaient sur ce traumatisme, renforçant des positions défensives et protectrices. Il apparaît que ce soit ce dernier scénario qui soit ce soit ce dernier scénario qui soit actif, nourri par une réalité de l'emploi local Porte Drapeau d'organisation syndicales fortes.

Face à cette mise à mal d'une psychiatrie évolutive, le secteur de pédopsychiatrie rattaché au CHS G. Marchant persiste dans une décision collective sur un dispositif de soins polyvalents, de proximité, une dynamique intersectorielle (RAP31), une coopération avec le médico-social.

Cette velléité de différenciation a eu pour conséquence, après avoir subi "AZF" (comme beaucoup d'autres du site de Marchant), d'être décapité par le non renouvellement de la chefferie de service, ce qui stoppa cet élan précurseur.

MME FAUP* ●

**La secrétaire de section*

Les commentaires adressés au directeur général des hôpitaux de Toulouse par les Pr M. Escande et L. Schmitt

A la demande de M. Bouvet, Directeur de Cabinet, je vous fais part de mes observations concernant la lecture du rapport établi par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, présidée par le Dr Gérard Massé. En ce qui concerne le Service dont j'ai la responsabilité, j'ai lu avec plaisir que les points forts de notre activité étaient parfaitement mis en exergue, paraissant satisfaire les recommandations de ce rapport. Ce rapport a, effectivement, souligné l'utilité et l'inventivité de nos structures de soins ambulatoires : l'Unité de soins ambulatoires, l'Unité Psychothérapique de Transition et l'UATM. Ces structures à temps partiel permettent d'assurer la prise en charge totale de schizophrènes en particulier désinsérés depuis les soins en Unité plein temps jusqu'à la réadaptation sociale et parfois professionnelle.

Les points négatifs sont tout à fait justifiés. Ils concernent l'insuffisance de nos structures et activités de Secteur, ainsi que l'impossibilité d'accueillir les hospitalisations à la demande d'un tiers et les hospitalisations d'office. Notre Service est souvent considéré, à juste titre, comme un service inter-sectoriel et même inter-régional. Néanmoins, il est évident que tout service sectorisé doit répondre au double impératif de prise en charge des placements et des activités ambulatoires de proximité. Le rapport insiste beaucoup sur la nécessité d'ouvrir un CMP et un CATTP au cœur de Toulouse dans le centre ville (secteur du CHU). Le rapport insiste aussi sur la nécessité, pour remplir ces missions, d'étoffer considérablement autant l'équipe médicale que les équipes para-médicales. Les chiffres énoncés dans le rapport (p.145 à 148) sont tout à fait pertinents. Ils prévoient 9 ETP médicaux ainsi qu'une équipe pluri-disciplinaire pour les CMP, le CATTP (p.147). Ce rapport reflète donc très bien les points forts du service, mais également les impératifs d'accueil et de soins d'un service sectorisé. Les propositions de création d'équipe pour le CMP, le CATTP ou de renforcement des Unités Plein temps pour l'accueil des malades en placement me paraissent tout à fait opportuns et correspondent, d'ailleurs, aux normes prévues pour le Centre Hospitalier Spécialisé Marchant. La seule erreur du rapport concerne ma date de départ à la retraite qui n'aura pas lieu dans un an et demi mais dans 6 mois, puisqu'elle est fixée au 2 août 2003. Il me paraît donc difficile de m'engager personnellement par

rapport aux données de ce rapport. Par contre, tout projet d'extension des activités de secteur intra-hospitalières et surtout extra-hospitalières, ainsi que l'accueil des HDT et des HO n'aurait de sens que si mon Service restait un service à part entière, c'est-à-dire disposant d'un Chef de Service. On conçoit mal la prise en charge de malades internés avec ce que cela implique au plan médico-légal, sans un Chef de Service à part entière. Si un tel projet se réalise, il est bien évident que le Dr Granier est tout à fait indiqué pour remplir cette délicate mission et répondre aux recommandations du rapport Massé. Je reste à votre disposition pour aborder d'autres points de ce rapport que je n'aurais pas évoqué.

PR M. ESCANDE ●

Vous avez bien voulu demander une réaction concernant le rapport sur l'organisation de la santé mentale dans le département de la Haute-Garonne.

Permettez-moi de vous faire les 5 commentaires suivants.

1/ Concernant le Service Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale, service non sectorisé, il est proposé une spécialisation de ses unités vis-à-vis de certaines pathologies. Cette spécialisation aurait une vocation intersectorielle ; elle serait destinée à améliorer la visibilité de l'activité de ce service. Nous partageons cette recommandation. Il nous paraît qu'une orientation vers les dépressions sévères et les addictions serait nécessaire.

2/ La proposition d'un Centre de Crise et de Thérapie Brève est largement retenue et citée à plusieurs niveaux (p.69, 104 et 110). Ce centre de crise ne peut fonctionner qu'avec un complément de moyens médicaux et paramédicaux autorisant l'appellation de centre de crise. Le service reste en attente de ces moyens.

3/ Concernant les hospitalisations sous contraintes HO et HDT, cette activité ne peut s'envisager qu'avec un renforcement très substantiel des moyens médicaux et paramédicaux. Cela a été brièvement le cas durant quelques semaines au mois de mai 2002. Cette activité s'est interrompue faute de moyens.

4/ Concernant l'évaluation de l'activité du service hospitalo-universitaire non sectorisé du CHU. Il faut rappeler les vicissitudes d'une unité de ce service. Il fut question à un moment qu'elle soit sous la responsabilité de l'hôpital Marchant, puis elle a reçu

mission d'accueillir spécifiquement les patients au décours de leur hospitalisation aux urgences, ceci de façon intersectorielle. Elle continue à exercer cette activité.

Toute évaluation devrait tenir compte des moyens médicaux affectés à ce service.

Il faut regretter que le rapport ne prenne pas en compte le sous-équipement de ce service comportant 1 PUPH et 2 Chefs de Clinique, 1/2 PH soit 2 équivalents temps plein de praticien hospitalier par rapport à une proposition de 6 à 9 ETP envisagée pour l'équivalent d'un secteur. Ce faible niveau de moyens médicaux et paramédicaux est à mettre en relation avec la forte activité de ce service. Enfin, la mission n'a pas souhaité tenir compte des données chiffrées du rapport d'activité ou de centre de responsabilité.

5/ Concernant l'éclatement de l'hospitalisation publique sur plusieurs pôles, il nous paraît utile de maintenir sur Casselardit un pôle de soin "urgence, post urgence et approche spécialisée" comme le souhaite le rapport Massé et de proposer l'implantation à La Grave de structures de soins de réhabilitation pour psychotiques telles que les unités de soins ambulatoires ou de transition.

Parmi les lacunes de ce rapport, permettez-moi d'en pointer 5 :

1/ Pour l'ensemble des secteurs, on ne connaît ni le nombre d'hospitalisations nouvelles, ni la durée moyenne de séjour, ni le nombre de réhospitalisations. Cette lacune paraît assez grave.

2/ La notion de file active abondamment utilisée ne mentionne ni le nombre de consultations, ni la quantité de soins à l'intérieur de cette file active, ni l'espacement des rendez-vous ou les délais d'attente.

3/ A aucun moment, l'opinion des médecins généralistes ou des associations de patients ne fait l'objet d'une quelconque réflexion.

4/ Des problématiques aussi importantes que la psychiatrie gériatrique, les hébergements associatifs ou thérapeutiques, la distinction entre sanitaire et social ne sont qu'effleurées. Ces problématiques émergentes posent des constants problèmes de soins.

5/ Les missions d'enseignement, de formation et de recherche ne sont jamais évoquées. Ceci soulève des interrogations sur leur prise en charge dans l'évaluation des services d'un CHU.

PR LAURENT SCHMITT ●

Les commentaires des services de soins du CH Marchant

Je porte à votre connaissance les commentaires des Services de Soins inspirés par le rapport Massé. Celui-ci fait suite à une mission commandée par le DARH avant les événements du 21 septembre 2001.

Les objectifs, à cette époque, visaient à examiner l'organisation des soins en Santé Mentale dans la Haute-Garonne. Ces objectifs après les événements s'en trouvent d'autant plus pertinents. Ce rapport a le mérite de mettre en avant certaines lacunes :

- concernant la prise en charge quasi absente du 7ème secteur de psychiatrie de la Haute-Garonne par le CHU,
- la prépondérance du secteur privé dans une dimension de soins très différente et complémentaire du service public,
- la nécessité absolue d'augmenter les capacités d'accueil dans le secteur médico-social,
- l'insuffisance chronique des moyens du

secteur public en extra hospitalier au plus près de la population,

- ce rapport avance même une insuffisance de capacité complète d'hospitalisation publique.

Outre ces constats qui ont déjà été établis, les moyens correspondants à la réorganisation de ce dispositif laissent perplexes et s'inspirent de principes "centralisés" (parisienisme) qui ne s'appliquent pas dans les "métropoles de province" :

- plusieurs lieux d'hospitalisation complète d'admissions sont incohérents à Toulouse,
- renforcer l'extra-hospitalier, maintenir la capacité existante en hospitalisation complète, appliquer les 35 heures à moyen constant, relève du "miracle".

Enfin, dans sa conclusion, ce rapport précise qu'il ne veut pas se substituer à la prépondérance des acteurs locaux et qu'il n'est qu'un conseil adressé à son commanditaire.

MARC CAMPANER* ●

**Directeur des Soins par Intérim*

Les commentaires du secteur psychiatrique privé

Le rapport de la MASM sur l'organisation des soins psychiatriques en Haute Garonne a le mérite de présenter une analyse perspicace et réaliste du secteur public sur ses difficultés à utiliser avec cohérence et efficacité des moyens non négligeables. Contrairement aux suggestions proposées, il semblerait plus approprié d'envisager un redéploiement judicieux des nombreux centres de soins alternatifs à l'hospitalisation complète, dans le secteur public, soutenu par la création de services à temps partiel, plus souples et plus adaptés, proposés par le secteur privé, pour permettre de combler les lacunes pointées par la Mission. La réactivité et le dynamisme du secteur privé, dans ses interventions multi-formes souvent sans réels moyens, ne sont pas suffisamment mises en valeur, ceci pou-

vant expliquer cela.

La visite des établissements privés et des entretiens avec les responsables et le personnel aurait permis de mieux éclairer les possibilités de complémentarité entre secteur public et secteur privé.

Alors que des audits de cabinets indépendants diligentés par l'ARH et la profession ont permis de mettre en lumière les comptes de tous les établissements du secteur privé, il est regrettable que la Mission ne se soit pas intéressé à cet aspect financier et à l'éclaircissement comparatif des budgets.

Globalement, cependant, nous ne pouvons que féliciter la Mission pour la qualité et l'impartialité de son analyse.

JACQUES GAYRAL* ●

**Président de l'UNCPsy
Vice-Président de la FHP Midi-Pyrénées*

??.

??

Pluriels sur internet

Dès à présent vous pouvez trouver tous les numéros parus de "Pluriels" sur le site : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>
Accueil : Revues psychiatriques-Pluriels

Pluriels

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale • Directeur de la publication : G. MASSÉ • Comité de rédaction : Christian BONAL, MNASM ; Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE, Directeur adjoint EPS Ville Evrard ; Mme ERMATINGER BODEN-HAUSEN, UNAFAM ; Mme FINKELSTEIN, FNAPSY ; Jean FURTOS, Praticien Hospitalier ; Marcel JAEGER, Directeur de Buc-Ressources ; Alain JOURDAIN, Enseignant chercheur à l'ENSP ; Serge KANNAS, MNASM ; Raymond LEPOUTRE, MNASM ; Catherine MARTIN LE RAY, MNASM ; Jean-Claude MIE ; François MOUSSON, Infirmier général ASM 13 ; Eric PIEL, Praticien Hospitalier ; Sarah SARAGOUSSI, Chargée de mission, Maison Blanche.

"Pluriels", 5 avenue d'Italie, 75013 Paris - N° de téléphone : 01.53.94.56.90 - N° de télécopie : 01.53.94.56.99.