

Ministère de la Santé
et de la Protection sociale

République Française

Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale

LA PSYCHIATRIE DANS LE DÉPARTEMENT DU LOT

Présenté par : Dr Durand
Dr Kannas
Dr Massé
M. Moitié
Dr Provost
M. Soeur
Dr Straub

juin 2004

| | |
|--|----|
| 1. l'Institut Camille Miret : une évolution considérable depuis sept ans | 2 |
| 2. Le secteur G 01 | 4 |
| 2.1 L'unité d'hospitalisation de Cahors..... | 4 |
| 2.1.1 Description sommaire | 4 |
| 2.1.2 Commentaires | 4 |
| 2.2 Les urgences et la liaison | 5 |
| 2.3 Les rapports de la psychiatrie avec l'hôpital général | 6 |
| 2.4 L'ambulatoire | 7 |
| 2.4.1 L'hôpital de jour | 7 |
| 2.4.2 Les appartements thérapeutiques | 8 |
| 2.4.3 Le CMP de Cahors..... | 8 |
| 2.4.3.1. L'équilibre entre les ressources, l'organisation et les objectifs visés à Cahors :..... | 11 |
| 2.4.3.2. La fragilité structurelle du secteur de Cahors :..... | 13 |
| 3. Le secteur G 02 | 14 |
| 3.1 Le dispositif extra hospitalier | 14 |
| 3.2 L'unité HOSPY 02..... | 14 |
| 3.3 L'unité HOSPY R2 (unité de réadaptation) | 15 |
| 4. L'Intersecteur de gérontopsychiatrie | 16 |
| 4.1 L'unité d'hospitalisation..... | 16 |
| 4.2 L'extra hospitalier | 17 |
| 5. Le service intersectoriel..... | 18 |
| 5.1 Les addictions | 18 |
| 5.2 L'unité Arpèges | 18 |
| 5.3 Le service fermé..... | 19 |
| 6. La Pré-Mas..... | 21 |
| 7. Les structures médico-sociales | 22 |
| 7.1 Le Hameau des sources..... | 22 |
| 7.1.1 La Maison d'Accueil Spécialisée | 22 |
| 7.1.2 L'annexe pour enfants polyhandicapés..... | 22 |
| 7.2 Le Foyer Occupationnel La Passerelle..... | 22 |
| 8. L'Unité Longue Durée Ouverte et l'Unité Longue Durée Fermée | 24 |
| 9. La psychiatrie infanto-juvénile | 25 |
| 10. Les tables rondes (cf. compte rendus en annexe) | 26 |
| 10.1 Les urgences : | 26 |
| 10.2 L'alcoolisme et les addictions | 26 |
| 10.3 Les personnes âgées | 27 |
| 10.4 Les CMPP | 27 |
| 10.5 Le secteur médico-social et du handicap des personnes adultes | 27 |
| 10.6 Le secteur médico-social et du handicap des enfants | 27 |
| 10.7 Les adolescents..... | 27 |
| 11. Conclusion..... | 28 |
| 12. Résumé des principales propositions | 30 |

1. L'INSTITUT CAMILLE MIRET : UNE EVOLUTION CONSIDERABLE DEPUIS SEPT ANS

En 1995, l'activité principale de l'Institut Camille Miret demeurait intra hospitalière, et la sectorisation était émergente. L'accueil des patients hospitalisés s'effectuait dans un contexte matériel, fonctionnel et organisationnel inadapté. Le secteur G 01 ne disposait pas, alors, de lits à Cahors. Ses patients étaient tous hospitalisés à 80 Km de leur domicile et il s'épuisait dans une discussion interminable avec l'hôpital général.

La différenciation intra hospitalière n'était pas acquise, à peine envisagée, de même que la diversification entre psychiatrie, activité médico-sociale et secteur du handicap.

La plupart des réponses concernant les patients étaient promiscuitaires et, malgré l'énergie développée par les soignants, des courants contradictoires affectaient le moral des professionnels, partagés entre résignation, révolte, scepticisme et épuisement.

L'établissement n'arrivait pas à se projeter dans un avenir évolutif et clair, malgré des moyens conséquents. Il apparaissait déchiré entre une logique centripète, privilégiant le site dont l'avenir, s'il était pérennisé tel quel, à long terme, le condamnait, tant l'évolution de la psychiatrie vers les réponses périphériques de proximité apparaissait inexorable, et une diversification centrifuge, vers les agglomérations principales.

Ce choix modifiait profondément les équilibres et retentit encore sur les dilemmes actuels. L'intervention de la Mission a été l'occasion de relancer une dynamique. Les pouvoirs publics ont accompagné et suivi l'évolution. Les professionnels, soignants et administratifs, se sont appropriés les recommandations qui sont devenues leur projet et les ont, pour l'essentiel, mises en œuvre.

Pour ce que nous avons perçu, les constats sont édifiants. Entre autres : une unité d'hospitalisation temps plein de grande qualité a été implantée à Cahors, au sein de l'hôpital général, et intègre les urgences et la liaison. La totalité des unités d'hospitalisation intramuros a été modernisée et atteint un niveau hôtelier, de fonctionnement technique et humain très supérieur à ce qu'on observe en routine nationale.

L'hospitalisation a été segmentée et spécialisée au bénéfice des adolescents, des addictions, des patients en soins obligatoires et des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques.

La diversification médico-sociale est très avancée avec une qualité de réalisation excellente alors que d'autres sont susceptibles d'aboutir dans un avenir proche (ULDO). Seule l'ULDF pose un problème résiduel mais préoccupant.

La diversification vers les agglomérations (ambulatoire, hôpitaux, programmes) est largement développée.

Les pratiques se sont modifiées, le vécu des professionnels est conforté, moins à Cahors, en raison ou témoin de la crise qui affecte ce secteur.

La formation continue a joué un rôle important dans ces changements, touchant les personnes et les systèmes d'information et de communication, leurs outils étant en passe d'être utilisés en routine. Ceci place l'ICM, dans ce domaine, dans le peloton de tête des hôpitaux spécialisés, bien devant certains établissements de grandes métropoles.

Il faut donc saluer, avant tout, les efforts accomplis qui ont transformé les activités de l'Institut même si, pour certains partenaires extérieurs et comme partout, dès lors qu'il s'agit de psychiatrie, les représentations anciennes ne changent que progressivement.

En même temps, la réussite de ce processus de transformation place l'établissement devant des choix nouveaux, tandis que l'implication des partenaires se fait plus présente et plus exigeante, que les effectifs de l'établissement ne sont pas critiques et que l'Institut Camille Miret, seul acteur psychiatrique de poids dans le département, se voit investi, pour toutes ces raisons, d'une responsabilité déterminante à agir et ne pas subir son projet d'établissement.

Quels sont les équilibres appropriés, les nouvelles relations à trouver et à faire vivre entre le centre et sa périphérie ?

Que doit-il en être entre des périphéries distinctes et plusieurs parties d'un centre qui est maintenant différencié ?

Quelle donne entre le Nord et le Sud ?

L'implantation à Cahors, progrès indiscutable, se suffit-elle de son existence même ou ne mérite-t-elle pas d'être réévaluée, cinq ans après son inauguration ?

La spécialisation de certaines unités ne crée-t-elle pas une obligation de réflexion à propos des attentes des patients, certes, mais également des partenaires utilisateurs ?

Entre une autonomie impossible des acteurs psychiatriques, une interdépendance à actualiser et recontractualiser parce que datée, entre une réflexion psychiatrico-psychiatrique limitée à l'ICM et une psychiatrie encore plus ouverte sur son environnement et en tenant compte davantage, les questions posées sont perceptibles.

Comme toujours dans nos rapports, nous insisterons sur ce qui fait problème, ce qui donne à nos commentaires un caractère réducteur et déséquilibré. Notre intervention ayant été déterminée par la crise qui affecte le secteur G 01, nous avons développé nos analyses sur ce point sans nous y restreindre, puisqu'elles impliquent l'environnement autant interne qu'externe du dispositif psychiatrique cadurcien.

Ces analyses sont nourries de nombreuses rencontres individuelles et collectives, formelles et informelles, avec de multiples partenaires, en dehors et au sein de l'ICM, de nos visites et observations ainsi que d'une réflexion à partir des données d'information émanant de l'établissement.

2. LE SECTEUR G 01

Il est dirigé par le Docteur Félix Casanova, chef de secteur depuis plus de dix ans. Nous avons visité l'unité d'hospitalisation, les appartements thérapeutiques, l'hôpital de jour et le CMP de Cahors mais non le CMP et l'hôpital de jour de Gourdon.

2.1 L'unité d'hospitalisation de Cahors

2.1.1 Description sommaire

Elle est ouverte depuis 1999 dans les locaux de l'ancien IFSI, à dix mètres du SAMU et cinquante mètres des urgences actuelles, qui vont se restructurer, dans l'enceinte du Centre Hospitalier général.

Le bâtiment est élevé sur quatre niveaux : un rez-de-chaussée et trois étages. On accède à l'entrée par le rez-de-chaussée où se situent l'accueil/secrétariat, des bureaux médicaux et infirmiers, celui du cadre, et une salle à manger. Le premier étage comporte un salon et des bureaux médicaux. Au deuxième et au troisième étage, on trouve 9 chambres à un lit et une infirmerie. Toutes les chambres sont individuelles et disposent du confort maximum d'un hôpital moderne et récent, en matière de sanitaires et d'équipement. L'ensemble de l'unité, qui a été financée par l'ICM, est à l'avenant, qu'il s'agisse du modernisme du confort et de l'équipement, de la qualité esthétique des espaces, de la décoration, qui donnent une impression très agréable. L'existence de quatre niveaux, dont deux pour l'hébergement proprement dit, rend difficile une surveillance rapprochée continue, sauf modification sensible d'une partie au moins de l'unité qui n'est pas organisée, spécifiquement, pour accueillir des patients sous contrainte, sauf exception.

2.1.2 Commentaires

Avec 18 lits, l'unité pourrait sembler à l'étroit pour la population qu'elle dessert. Le caractère limité de sa capacité doit, toutefois, être tempéré si l'on tient compte du fait qu'une partie de la clientèle à hospitaliser librement continue de bénéficier d'une offre concurrente, (même si elle est amoindrie par la qualité d'accueil et de réalisation à Cahors), par des cliniques toulousaines qui occupent le même créneau.

S'ajoute l'utilisation, par le secteur G 01, de l'hospitalisation d'Arpège, de l'unité d'addiction et, surtout, d'une partie de l'unité fermée de Leyme. De ce point de vue, la capacité utilisable, en réalité, du secteur G 01, est supérieure à 18 lits, d'autant plus qu'ils ne sont pas occupés, en partie, par des patients hospitalisés au long cours. Comme nous l'avons déjà noté, la qualité d'accueil et de confort, le niveau des pratiques sont excellents.

Plusieurs observations s'imposent, à commencer par une file active d'un peu moins de 300 admissions annuelles dont deux tiers de cas nouveaux, en augmentation, et un taux d'occupation de 80% les trois dernières années, ce qui est ni trop ni trop peu et ne confirme pas la saturation évoquée. L'atmosphère apparaît paisible et maîtrisée. L'encadrement paramédical comporte 23 ETP soit 1,28 ETP par lit, ce qui est très correct. Pour le temps médical, la situation apparaît plus confuse (voir infra).

Officiellement, aucun patient sous contrainte n'est admis. On relève une surreprésentation, atypique pour une hospitalisation sectorisée, des états anxio-dépressifs et des TS par rapport aux pathologies psychotiques, ce qui traduit probablement, pour une part, l'image favorable et l'ouverture de cette unité à une population plus diversifiée. Les durées moyennes de séjour (20 jours) sont plus courtes pour les patients schizophrènes que pour les autres catégories, ce qui est inhabituel. Ceci est à rapprocher des remarques émanant de Leyme et des tables rondes, concernant les admissions sous contrainte effectuées à partir des urgences de Cahors, et adressées à l'unité fermée.

On peut se demander si cette unité n'accueille pas des patients « tièdes » plutôt que « chauds » et ne prend pas, relativement, plus son temps pour les premiers. Notre hypothèse est qu'elle tendrait à suivre la pente habituelle observée, dès lors qu'une sélection est opérée par une psychiatrie à deux vitesses, au bénéfice des patients qui présentent la gravité la moins élevée. Ceci serait d'ailleurs conforme au positionnement initial de l'unité, à qui le CHG avait imposé une hospitalisation non perturbatrice.

Bien entendu, le dispositif public (ou faisant fonction de public) est parfaitement en droit d'offrir, et on doit le noter pour l'en féliciter ici parce que cela n'est pas si courant, des conditions d'accueil excellentes. La question est donc d'abord la suivante : la proximité doit-elle bénéficier seulement aux patients les moins graves ou aux « petits mentaux » au sens d'Édouard Toulouse ?

2.2 Les urgences et la liaison

À quelques mètres de l'unité d'hospitalisation, dans le bâtiment des urgences et lui étant contigu, on trouve un espace sans fenêtres, réservé à une infirmière qui assure une permanence.

L'activité relevée (un peu plus de 3 patients par 24 heures en moyenne, tous les jours de l'année) n'est pas démesurée même si elle consomme, bien évidemment, du temps médical et paramédical (0,8 ETP médical et 7 ETP d'infirmier pour une réponse 24/24, auxquels s'ajoutent les appels à psychiatre, de nuit, les week-ends ou pendant les vacances).

Les flux mesurés sont en conformité avec ce qu'on observe, en moyenne nationale, pour un SAU qui accueille moins de 20.000 passages par an.

La présence d'un infirmier 24/24, même si elle est en accord avec la réglementation, n'est-elle pas exagérée par rapport aux flux ? Cette activité semble bien isolée malgré sa proximité immédiate des urgences. Il est frappant de constater que le nettoyage des locaux dédiés aux urgences psychiatriques, comme s'ils étaient un espace étranger, n'est pas assuré par le CHG, ce qui est évocateur d'une frontière rigide. Cette proximité et cette permanence offrent pourtant une réponse de dégagement commode, immédiate, pour les urgentistes.

Cette activité inclut des accueils infirmiers, non programmés ou programmés, sans lien fonctionnel ni légal avec les urgentistes, représentant un mini CMP non officiel, dont se servent spontanément généralistes et patients qui connaissent cette réponse. Le temps paramédical ne serait-il pas mieux utilisé si les infirmiers étaient mis à la disposition du service des urgences avec leurs collègues somaticiens, pour partager et soutenir leurs tâches, peser sur l'utilisation des lits porte dont l'augmentation est prévue dans un proche avenir, à propos desquels la psychiatrie ne semble pas représenter une option essentielle ? (d'après le responsable des urgences, ces lits porte seront, de toute façon, en nombre insuffisant).

Cette activité d'urgence et de liaison, vu la proximité des structures, ne pourrait-elle pas être postée à l'unité d'hospitalisation psychiatrique et en émaner, pour participer, également, à l'accueil au sein de lits « plus chauds » ?

En ce qui concerne l'activité de liaison, des critiques, provenant du MCO, ont été entendues à l'occasion des tables rondes thématiques, s'ajoutant à d'autres, plus informelles. Cette activité ne semble toujours pas obtenir de crédibilité médicale, après cinq ans d'exercice et de cohabitation. La surreprésentation de l'activité infirmière par rapport à l'activité médicale laisse supposer qu'elle ne correspond pas uniquement à une délégation vers les infirmiers, assumée et acceptée par tous, comme cela peut se voir légitimement ailleurs, et à certaines conditions.

Elle semble davantage correspondre à un engagement des psychiatres questionnable, dans un contexte d'environnement MCO toujours sceptique, et à une réponse ambulatoire programmée et non programmée dans les locaux des urgences psychiatriques qui ne dit pas son nom et correspond peu à la mission principale de l'activité des urgences psychiatriques.

2.3 Les rapports de la psychiatrie avec l'hôpital général

Lors de notre venue en 1997, nous avons l'impression d'une ambivalence, pour ne pas dire moins, de la communauté médicale du CHG, pour ce qui concerne l'implantation de la psychiatrie au sein de l'hôpital général.

Certains, comme le président de la CME de l'époque, étaient résolument opposés au projet. D'autres, plus nombreux, mais moins représentatifs institutionnellement, n'y étaient pas hostiles, à condition que cette activité dépende directement de l'hôpital général. Enfin, des relations médicales délicates entre psychiatrie et MCO, pour des raisons tenant aux uns comme aux autres, rendaient le climat difficile. Dans ce contexte global peu favorable, seulement porté par l'énergie du directeur de l'ICM et du dirigeant médical de la psychiatrie de cette époque, toujours en fonction, soutenu par les tutelles et l'ICM, le résultat n'était pas évident.

Il en est résulté un *compromis*, sorte de psychiatrie du milieu du gué, qu'est l'unité d'hospitalisation actuelle, ouverte en 1999. La psychiatrie a été *admise au sein du Centre Hospitalier général*, mais non *intégrée*, et *contenue dans un développement séparé*, à la fois sur le plan immobilier (l'ancien IFSI), des frontières (ex. urgences psy/urgences générales) et du positionnement.

À ce jour, le chef de service de psychiatrie paraît n'avoir jamais été invité à la CME du CHG, pas même à propos du projet d'établissement et de la restructuration des urgences, qui concerne la psychiatrie. À l'occasion de notre visite, le responsable des urgences semble avoir découvert, pour la première fois, le projet de Dispositif d'Accueil d'Urgence et de Crise, qui pourrait avoir un impact sur son fonctionnement, et auquel il a opposé l'impossibilité d'une mise en place en raison d'un problème de réserve foncière.

L'aspect contenu se reflète dans le choix effectué, ou subi, d'ouvrir une unité d'hospitalisation sans HDT ni HO, l'architecture renforçant cette contrainte. La création d'une unité fermée de qualité à Leyme a facilité l'amplification de la tendance initiale prévue. Enfin, les rapports médicaux personnels, institutionnels et inter institutionnels, ne se sont jamais, vraiment, améliorés.

Physiquement comme symboliquement, l'activité du chef de secteur de la psychiatrie ne le situe pas au cœur des zones de contact et d'apprentissage mutuel, de métissage et des apports réciproques entre la psychiatrie et le MCO : hospitalisation, urgences, liaison, etc. Il suffit d'entendre les récriminations médicales, certaines exprimées à titre privé, d'autres publiquement, au sein ou hors de la psychiatrie, à l'égard de l'activité dirigeante médicale et d'entendre la précision, même si l'on doit tout peser, selon laquelle l'astreinte de certains psychiatres (curieux terme utilisé par ces derniers s'il s'agit de décrire *le service normal de jour* que le praticien doit assurer, *en même temps* que la réponse aux appels à l'urgence et la liaison) ne les trouve pas toujours in situ. Un tel climat conforte l'hypothèse que peu de progrès décisifs ont été réalisés, sur le plan institutionnel, entre la psychiatrie et le MCO, depuis et en dépit de cinq ans écoulés de coexistence.

Quels que soient les choix stratégiques définis pour l'avenir, *ils impliquent une meilleure satisfaction des besoins de proximité des patients présentant des troubles mentaux graves et une coopération améliorée, indispensable, entre CHG et ICM, pour y parvenir.*

On peut maintenir, par choix ou en le subissant, la dynamique actuelle du contrat initial entre les deux établissements, aggravée par de médiocres rapports médicaux et, peut-être, d'autres dysfonctionnements propres à la psychiatrie de Cahors (nous y reviendrons). Dans ce cas l'unité d'hospitalisation deviendra, de plus en plus, une clinique publique faisant fonction de privé, reléguant de façon ségréguative et distante les patients graves et très graves. Ceci paraît difficilement acceptable.

On peut enrichir l'option initiale en élargissant la réponse hospitalière de proximité à des patients, sous contrainte. Ceci suppose, au minimum, un projet commun engageant les deux communautés médicales et les deux institutions qui l'acceptent, définissent ensemble les contours et les complémentarités, vérifient que les cahiers des charges sont bien respectés de part et d'autre, et l'évaluent en commun très régulièrement (notre rapport initial demandait la mise en place d'une commission de complémentarité entre les deux établissements). Ceci suppose, également, que l'hôpital général de Cahors, via sa communauté médicale, bénéficie d'un interlocuteur psychiatre garantissant, par la persistance suffisante de sa présence, sa disponibilité, sa responsabilité et son engagement, la permanence, la fonctionnalité et la lisibilité d'une organisation unique englobant hospitalisation, urgences et liaison et obtenant, par-là même, respect et crédibilité pour la psychiatrie, une satisfaction accrue des patients et des partenaires.

La situation actuelle ne permet pas d'envisager une telle évolution. Le projet de DAUC ne peut prendre sens qu'à ces conditions préalables, sinon il risque de devenir un centre de crise « tiède », maillon supplémentaire d'une chaîne « tiède » à Cahors, le « chaud » étant toujours relégué à Leyme. Le seul bénéficiaire en serait l'augmentation de la capacité d'accueil à Cahors, mais pour le même type de patients. On obtiendrait une augmentation des dépenses sans grand bénéfice pour les usagers.

2.4 L'ambulatorio

2.4.1 L'hôpital de jour

Nous n'avons pas visité, à nouveau, des locaux qui n'ont pas changé depuis sept ans, dans un pavillon sur plusieurs niveaux. L'un de nous, qui avait participé à la visite précédente, a eu l'impression, fugace, que le temps s'était arrêté tant l'environnement matériel et humain semblait identique. Les échanges avec les professionnels ont d'ailleurs porté sur la question

du changement des soins et de clientèles. D'après les soignants, il existe une évolution vers des pratiques de moins longue durée et sur des modes de fonctionnement plus séquentiels.

L'analyse des files actives, des durées de séjour et des taux de renouvellement semble aller dans ce sens. La confrontation entre les échanges et les données d'information contribue à donner l'impression d'un hôpital de jour situé entre deux équilibres : le premier comporte la prise en charge de longue durée de patients psychotiques stabilisés en partie sur ce mode de traitement, dont le flux se tarit mais ne disparaît pas complètement, puisque de nouveaux patients dépendants arrivent dans la file active. Le second comporte la prise en charge de plus brève durée, plus séquentielle, pour des patients pouvant présenter les mêmes diagnostics ou des pathologies plus diversifiées, ou n'ayant pas été hospitalisés auparavant. Ce dilemme évolutif, induit par la coexistence d'anciennes et de nouvelles populations, est habituel. Il peut devenir une source d'hésitation institutionnelle persistante. Notre sentiment est que l'unité pourrait aller plus avant en faveur du deuxième équilibre.

2.4.2 Les appartements thérapeutiques

Le bâtiment et sa façade avec balcon sont un peu tristes. Toutefois, les huit places d'appartement thérapeutique se déploient entre chambres individuelles et espaces de vie assez chaleureux et confortables. Le rez-de-chaussée comprend un garage et des ateliers, le premier étage une salle de réunion, salle de soins, salle à manger, cuisine, salon TV. Au deuxième étage, on trouve une salle d'ordinateur, un salon TV et 7 chambres, confortablement équipées.

Un soignant est présent chaque nuit, si bien que l'encadrement représente 7 ETP paramédicaux, 0,3 ETP de cadre et 0,2 ETP médicaux. Le projet, selon les professionnels et certains patients avec qui nous avons échangé, qui se disent aidés et satisfaits, semble davantage concerner une structure de transition, trans ou post-crise, pour quelques semaines ou quelques mois, qu'une réponse de longue durée correspondant à un hébergement supervisé pour des patients chroniques. Si l'on peut toujours discuter sur le tempo, plus ou moins rapide, de cette unité et des patients qu'elle accueille, on peut se demander, par contre, si elle ne consomme pas autant, ou presque, d'effectif paramédical qu'une hospitalisation classique de faible capacité. Est-ce que la permanence de nuit est indispensable, est-ce qu'elle doit être assurée obligatoirement par du personnel infirmier, est-ce que d'autres modèles d'organisation ne pourraient pas intégrer cette permanence ? D'une façon plus générale, ne conviendrait-il pas de diversifier plus énergiquement les métiers impliqués dans cette réponse, en faveur de métiers sociaux ou de réinsertion, la compétence infirmière étant mieux utilisée dans d'autres structures ou pour des séquences distinctes ?

2.4.3 Le CMP de Cahors

Nous l'avons visité très rapidement, compte tenu de notre arrivée tardive et de l'attente de l'ensemble du personnel, qui souhaitait s'exprimer auprès de nous. Il nous reste l'impression d'une juxtaposition de plusieurs appartements réunis comportant *près de vingt pièces*. La totalité de la visite a donc consisté dans la rencontre avec les professionnels (une bonne quinzaine) que nous avons écoutés.

La parole a été prise, le plus souvent, par l'un des médecins, l'un des psychologues et l'un des cadres. Nous n'avons pas su interpréter, comme assentiment ou comme prise de distance, la participation restreinte, à la discussion, des autres professionnels. La discussion a comporté, de façon sous-jacente et persistante, une forte implication émotionnelle de la part de nos interlocuteurs, ce qui a limité d'autant nos interventions, nos rares questions sur le

fonctionnement effectif ne suscitant pas nécessairement des réponses claires ou étant perçues comme visant à vérifier, a priori, le bien fondé de jugements péjoratifs ayant condamné déjà, préalablement, le service et son dirigeant médical.

Deux éléments principaux sont ressortis des interventions de nos interlocuteurs. Tout d'abord, l'expression vigoureuse d'un sentiment de saturation et de débordement, du fait de l'accroissement continu des demandes entraînant une dégradation continue du travail, médical et paramédical, et donc des réponses envers les patients et les partenaires. Du fait de la multiplicité des tâches, celles-ci incluant non seulement la prison mais aussi la réponse aux urgences et à la liaison à l'hôpital, ce qui désorganise d'autant, évidemment, les réponses programmées.

Ensuite, l'injustice commise vis à vis du chef de service par la Direction, puisqu'il a été démis, même si ce fut transitoire ou en sursis, de ses fonctions. Cette injustice retentit sur l'ensemble du service ambulatoire qui se définit lui aussi, par la bouche de ses interlocuteurs, touchés et agressés comme « victime » (le terme de complot a même été utilisé).

Nous avons eu l'impression d'une ambiance de crise institutionnelle et de crispation faite de révolte, d'incompréhension ainsi que, probablement, le souci de montrer une « famille unie ».

Si l'on se penche sur les chiffres, on note une file active très supérieure à la moyenne nationale (2800 patients environ vus dans l'année pour l'ensemble du secteur : 1240 pour le CMP de Cahors, 1100 aux urgences et à la liaison, 500 au CMP de Gourdon). Elle est conforme à l'activité des secteurs sans suppléance privée et à l'effet « entonnoir » de l'agglomération principale. Elle doit être absorbée par un dispositif existant sans alternative. La massification de la demande, en augmentation continue, finit par peser. Elle contribue au vécu de saturation et de débordement qu'aggravent, lorsqu'elles existent, des approximations de fonctionnement ou d'organisation, des rigidités excessives, une moindre utilisation du temps professionnel.

Le temps paramédical, principalement des infirmiers, soit 11,5 ETP pour la population générale moyenne d'un demi-secteur sur le seul CMP de Cahors, qui sortent moins et accueillent plus (zone urbaine), et passent donc moins de temps en déplacement qu'au G 02 (plus rural, avec donc davantage de VAD), auxquels s'ajoutent des temps de psychologue et de travailleur social, devrait néanmoins donner quelques marges de manœuvre. Peu d'équipements comparables disposent de tels moyens en moyenne nationale : entre 5 et 10 ETP pour l'ambulatoire de la population d'un secteur entier, mais pour une moindre file active et sans charge de monopole.

L'utilisation du temps médical est plus difficile à analyser, pour plusieurs raisons.

L'orientation qui consiste à confier aux médecins du CMP la responsabilité des urgences et de la liaison à l'hôpital est, certainement, la moins opportune. Elle consomme plus de temps de déplacement, lorsque les professionnels se rendent du CMP à l'hôpital et retour, qu'une réponse identique à partir de l'unité d'hospitalisation, beaucoup plus proche des urgences et du reste des services MCO. L'activité d'urgence, ou non programmée, désorganise l'activité programmée. La désorganisation est moindre lors de réponse à partir de l'unité d'hospitalisation, car les patients qui y séjournent continuent d'être traités et surveillés lorsqu'un ou plusieurs professionnels s'absentent pour l'urgence ou la liaison.

La proportion de patients vus pour la première fois en 2003, au CMP de Cahors, représente 25% du total, identique à celle de patients vus une seule fois (45% en moyenne nationale). Ceci peut donner l'impression que les patients ont du mal à entrer, certes, mais également à sortir du dispositif, la saturation pouvant relever de la pression d'amont et, également d'une pratique vers l'aval (nous ne disposons pas de la durée moyenne d'un épisode de traitement, en national ou autrement).

Cette interrogation est corrélée par le constat d'une grande dispersion de l'activité médicale dans l'ensemble du secteur G 01. Certains médecins voient des patients en très grand nombre, d'autres beaucoup moins, si on rapporte l'activité à un temps de travail budgété équivalent. Bien entendu, certaines structures (hôpital de jour, appartements thérapeutiques) génèrent moins de patients vus dans la file active que les urgences, par exemple. Certaines fonctions ou activités, de direction, de programmes, de réunion, les transports, peuvent consommer du temps médical sans contrepartie d'activité mesurable auprès des patients.

Mais la dispersion des soins par ETP médical (productivité plus élevée à Gourdon, par exemple, où le nombre de médecins différents est moindre) tend à suggérer que certains « prennent leur temps » tandis que d'autres « courent », alors que la saturation invoquée devrait peser en faveur d'une plus grande homogénéisation médicale, raisonnable et plus équitable, vers des interventions de moins longue durée et des transferts de charge affirmés ou protocolisés, au sein de l'équipe comme en dehors d'elle (recours plus systématique au relais par les généralistes, par exemple).

La discussion avec les soignants, au CMP, n'a pas permis d'établir s'il existait une délégation explicite des médecins vers d'autres professionnels et à quelles conditions. Est-ce qu'à l'opposé, des espaces explicites d'autonomie de certains professionnels, qui rencontrent des patients sans en référer à un médecin, et à quelles conditions, existent ? Les deux situations coexistent-elles, ou bien n'existe-t-il pas de règle générale ? Sans du tout nier les questions de saturation qui se posent, la mesure des délais moyens d'entrée à partir du premier contact, avec qui, de la durée moyenne des épisodes de traitement, selon leur type et les professionnels engagés, la possibilité d'organiser, au sein du temps programmé du CMP, pour ne pas le désorganiser, un temps régulier, même limité, pour des réponses non programmées, devraient faire l'objet de réflexions globales.

Dernier point, l'observation de cette dispersion d'activité médicale ne permet pas d'infirmier que l'utilisation du temps médical n'est pas optimale au sein du secteur G 01.

On peut rapprocher ces réflexions du fait que l'ensemble de ce secteur dispose d'environ 7 ETP médicaux (un demi ETP en moins en avril 2004), ce qui est dans la moyenne nationale, mais rappelons-le, sans suppléance privée. Ceci conduit à penser que la dotation médicale du secteur de Cahors est à suivre avec une particulière attention puisque l'activité va continuer à croître. Mais des problèmes d'organisation médicale et générale se posent, la dispersion des pratiques soulève la question d'une adaptation plus pertinente et la possibilité, non infirmée par l'observation, les rencontres et les chiffres, que le temps médical n'est pas utilisé au mieux, doivent être traités au préalable dans la transparence de la communauté médicale et dans ses rapports avec l'administration.

Ajoutons que les rapports mêmes entre les médecins du service et hors service, (méfiance et coalitions secrètes ou ouvertes, départs successifs) augmentent la confusion et ne

permettent pas d'envisager le renforcement de l'effectif médical comme une priorité immédiate.

2.4.3.1. L'équilibre entre les ressources, l'organisation et les objectifs visés à Cahors :

En réalité, le facteur le plus déterminant en faveur du renforcement médical consiste dans le développement d'une filière plus complète d'hospitalisation à Cahors, introduisant les conditions effectives d'admission sous contrainte dans l'unité d'hospitalisation. Ne pourrait-on pas spécifier une zone plus sécurisée au deuxième étage, premier niveau d'hébergement de l'unité ? Sa fermeture éventuelle, partielle ou totale, temporairement, n'obérerait pas le fonctionnement global, puisque les patients du troisième étage, au deuxième niveau d'hébergement, pourraient rejoindre les espaces de vie par l'escalier.

Si une telle évolution était envisagée, aux conditions que nous avons évoquées, de fonctionnement médical et inter institutionnel (cf. supra : les rapports avec l'hôpital général), elle donnerait un sens, prescrit par le SROS et partie du projet du secteur G 01, au DAUC. Celui-ci, en liaison étroite avec les urgences de l'hôpital général et ses lits porte, d'une part, avec l'activité d'urgence psychiatrique et l'unité d'hospitalisation d'autre part, pourrait offrir une réponse graduée. Elle inclurait l'accueil d'urgence, le traitement bref et le travail de crise coopératif, l'accueil temporaire de situations sous contrainte rapidement réversibles (fonction 72 heures). Les hospitalisations sous contrainte de durée plus longue pourraient être accueillies dans une partie de l'unité d'hospitalisation réaménagée et préparée à cet effet, seules des indications exceptionnelles, ou la saturation, continuant d'entraîner, mais à la marge, des admissions à l'unité fermée de Leyme.

Les conséquences locales d'un tel fonctionnement, son retentissement sur l'évolution des HDT et HO ainsi que sur l'unité fermée de Leyme devraient être évaluées régulièrement.

L'existence du DAUC redonnerait une certaine marge de manœuvre à l'hospitalisation du secteur G 01 et à l'effet entonnoir de Cahors. Il pourrait augmenter la qualité de prise en charge des suicidants par sa participation à un programme suicide dont il serait un maillon, assurer l'accueil d'adolescents en crise et assurer une période et un lieu tampon, fonctionnel et contenant. La réactivité générale de la psychiatrie aux besoins de ses partenaires serait augmentée, en même temps que ce dispositif permettrait de mieux préparer des admissions, lorsqu'elles sont inévitables, dans les unités intersectorielles de Leyme.

La difficulté de réalisation concrète d'un tel projet repose, outre la question de la participation claire et loyale des deux établissements (logistique, sécurité, etc.), sur la difficulté de concilier, pour un *rapport coût/efficacité raisonnable*, l'intégration d'une fonction crise et urgence psychiatrique au sein, et non à côté, du seul SAU du département, lui conférant ainsi, ou lui reconnaissant, pour la discipline, son rôle de pôle de référence. Il s'agit de tenir compte de la taille critique et des flux qui transitent à Cahors afin de ne pas y construire une organisation disproportionnée. Enfin, l'impact sur l'unité et la capacité globale d'hospitalisation à Cahors doit être réfléchi, pour ne pas la diminuer, sauf à déclencher des dysfonctionnements en cascade qui n'amélioreraient pas la situation actuelle.

La solution la plus simple consisterait à aménager l'unité de Cahors pour qu'elle accueille les hospitalisations sous contrainte, à y ramener les moyens paramédicaux de l'urgence et de la liaison sans modifier la permanence au SAU, pour que ce renforcement soit la base de départ du changement de fonctionnement. Ce serait, néanmoins, une solution peu fonctionnelle car elle pourrait renforcer la séparation persistante entre MCO et psychiatrie, qui

resterait isolée. Il faudrait, en outre, au moins restaurer la capacité globale d'hospitalisation libre à Cahors, du fait de ce réaménagement.

Une autre solution pourrait consister dans la création d'un centre de crise ad hoc, proche des urgences, conforme au projet de DAUC. Techniquement, une telle formule ne préleverait pas sur la capacité en lits de psychiatrie à Cahors et disposerait d'un fonctionnement autonome. Mais ce centre devrait bénéficier d'un espace suffisant, peut-être déjà hors d'atteinte, du fait de la réorganisation prévue des urgences et de la réserve foncière, décrite comme limitée, de l'hôpital. En outre, son autonomie, pour répondre à l'accueil 24/24 de 3 à 6 lits de crise (ce dernier chiffre paraissant élevé actuellement, sauf si ce centre devient recours pour l'ensemble du département), devrait impliquer de 12 à 15 infirmiers. Même si les 7 infirmiers d'urgence et de liaison en constituent la base, cela fait beaucoup. En même temps, une certaine souplesse capacitaire de l'activité de crise pourrait limiter, dans les années qui viennent, un débordement complet de l'unité d'hospitalisation entraînant sa refonte complète ailleurs, alors qu'elle est de construction récente.

La solution que nous préconisons ne prélève pas sur l'hospitalisation globale de la psychiatrie, elle nous semble moins coûteuse et plus fonctionnelle. Mais elle nécessite une très forte intégration entre la psychiatrie aux urgences et les urgences de l'hôpital général. Elle consisterait à intégrer complètement les urgences psychiatriques et générales, sous la responsabilité technique du chef de service des urgences, en y mettant à disposition, par convention (pour qu'il continue de relever de l'ICM), le personnel de la psychiatrie. Cela nécessiterait d'augmenter un peu (entre 1 et 3) le nombre de lits porte prévus aux urgences générales pour y intégrer l'activité d'urgence et de crise de la psychiatrie, qui disposerait ainsi d'une réponse dédiée mais non de lits spécifiques, utilisables pour le MCO ou la psychiatrie en fonction des besoins. Les patients de la psychiatrie, qui pourraient être en hospitalisation sous contrainte, devraient pouvoir rester aux urgences 72 heures maximum¹, ce qui est une durée supérieure à celle communément acceptée pour le MCO, ainsi que bénéficier de conditions d'accueil sécurisées. Selon le degré d'augmentation des lits porte, un petit contingent d'infirmiers supplémentaires en psychiatrie serait, ou non, nécessaire. Seul le temps médical devrait être augmenté, donnant ainsi une assise médicale consolidée à une hospitalisation psychiatrique renforcée, au segment urgences-crise et à la liaison. Enfin, on n'oubliera pas que, pour les patients en crise ou présentant des troubles mentaux, l'apport de psychologues et de travailleurs sociaux est particulièrement adapté, les métiers médical et infirmier ne représentant pas l'unique réponse. La réflexion sur les ressources devra en tenir compte. Parallèlement, l'aménagement de l'unité d'hospitalisation pourrait être revu pour accueillir des patients sous contrainte, l'organisation globale et les moyens nécessaires devant être appréciés, comme nous l'avons dit, en fonction de l'équilibre d'ensemble de la filière à l'hôpital de Cahors.

D'autres éventualités que nous n'avons pas approfondies peuvent s'envisager, selon les pistes et les négociations ouvertes par les acteurs eux-mêmes, si elles respectent fonctionnalité, coût raisonnable, évaluation. Elles supposent bonne volonté réciproque et engagement commun dans la recherche de solutions nouvelles.

¹ On admet, en général, que c'est le temps moyen maximum nécessaire pour a) améliorer, rapidement, une situation et l'adresser, dans de bonnes conditions, vers une réponse ambulatoire organisée, b) préparer une hospitalisation spécialisée, sous contrainte ou non, si elle est inévitable, ou encore c) vérifier si l'amélioration, ou son absence, constatée après un certain délai d'observation et de traitement intensif, permet de décider si une hospitalisation spécialisée, avec ou sans contrainte, s'impose, ou autorise le retour à une réponse ambulatoire.

2.4.3.2. La fragilité structurelle du secteur de Cahors :

Le deuxième argument en faveur d'une vigilance particulière à propos de la dotation médicale actuelle et future du secteur G 01 concerne la fragilité structurelle de ce dernier, s'il demeure isolé. Certes, l'ICM, par ses différentes unités, participe à l'allègement du fardeau du G 01, même s'il trouve qu'il ne devrait pas être aussi lourd à Leyme.

Certes, on pourrait imaginer que la communauté médicale toute entière de l'ICM s'engage sur la permanence médicale à Cahors, comme cela s'organise, légitimement, dans de plus grandes agglomérations, d'autant plus lorsque la démedicalisation psychiatrique s'affirme.

Néanmoins, on ne peut pas être irréaliste ou naïf : le secteur G 01 est structurellement isolé. On connaît la vulnérabilité croissante des organisations médicales uniques implantées à l'hôpital général même si elles n'y sont pas rattachées. Le moindre dysfonctionnement matériel majeur, un changement d'équilibre dans la démographie médicale (retraite, maladie, départ) ou de relation entre les médecins, entre ceux-ci et l'administration, la moindre modification substantielle dans la charge de travail, qu'elle soit justifiée ou non, peut entraîner un effondrement rapide ou stimuler une spirale péjorative de la présence médicale, après une période de précarisation plus ou moins longue.

Dans ce cas, la fermeture de l'unité d'hospitalisation de Cahors et le retour des admissions à Leyme ne seraient qu'un des avatars déplaisants à traiter. Nous ne parlons pas d'hypothèse d'école mais de situations que nous avons observées ailleurs, ou que nous n'avons évitées qu'en déconseillant, à l'avance, ces implantations, isolées, à l'hôpital général, malgré les orientations du SROS. C'est pourquoi nous préconisons que le fonctionnement médical soit relu et revu à Cahors, mais tout en lui conservant une ampleur raisonnable et une perspective de développement, si les évolutions prescrites se réalisent.

Pour résumer, les évolutions qui nous paraissent souhaitables, sont les suivantes :

- traiter les questions touchant à l'organisation et au fonctionnement médical de la psychiatrie à Cahors, revoir le fonctionnement de l'équipe infirmière aux urgences dans la période de transition,

- organiser la présence médicale de façon à définir un pôle (nous parlons d'organisation et non au sens juridique du terme) hospitalisation/urgences/liaison/activité de crise, coordonné et animé par un praticien disposant de cette expérience et susceptible d'entraîner l'adhésion de son chef de service comme de ses collègues du MCO (le départ, en cessation progressive d'activité, d'un praticien du secteur, ne serait-il pas l'occasion de concrétiser cette option par un appel d'offre assez attractif ?),

- contractualiser, sous l'impulsion des autorités de tutelles, entre l'ICM et l'hôpital général (synchronisation des projets d'établissement via une commission de complémentarité), l'évolution de l'unité d'hospitalisation vers l'accueil des HDT et des HO et la réalisation d'une activité d'urgence, de crise et de liaison.

3. LE SECTEUR G 02

Le secteur G 02, sous la direction du Docteur Bassaler, chef de secteur depuis 2000, dispose de deux unités d'hospitalisation complète sur le site de Leyme : HOSPY O2 (unité d'admission) et HOSPY R2 (unité de réadaptation). Ce secteur qui dispose de 7,1 ETP médicaux (6 plein-temps et 2 mi-temps) assure également la couverture médicale de la Pré Mas et des unités LDO et LDF.

3.1 Le dispositif extra hospitalier

Il est organisé, dans le cadre d'une démarche de proximité, en sous-secteurs centrés sur Figeac et St-Céré. Chaque site dispose d'un CMP, d'un hôpital de jour et tente de développer une activité de type CATTP. On relève, également, des antennes à Gramat (1,5 j. de présence hebdomadaire) et à Souillac (1 j. de présence hebdomadaire), qui demeurent excentrées, avec une fuite vers d'autres départements.

Pour ce qui concerne les hôpitaux généraux, Figeac bénéficie de 3 demi-journées de psychiatre pour la psychiatrie de liaison et les situations d'urgence, avec possibilité de consultation à Leyme les week-ends et la nuit. A St-Céré, il en est de même, avec des interventions à la demande, à partir du CMP, pendant la journée en semaine (une astreinte infirmière est en projet).

3.2 L'unité HOSPY 02

Ouverte depuis septembre 1999, elle dispose de 18 lits avec une DMS de 15 jours. Des pics d'admissions apparaissent à certains moments, non repérés dans une régularité, ce qui n'incite pas le Docteur Bassaler à demander des lits supplémentaires. Demeure, en outre, le problème de quelques patients nécessitant des séjours hospitaliers de moyenne et longue durée. On n'observe pas de fuite, à priori, au contraire la qualité des soins et hôtelière attire des patients qui, jusque là, faisaient appel aux cliniques de Toulouse.

Nous ne décrivons pas dans le détail cette unité d'hospitalisation complète ouverte (« on sort comme on veut, on sonne pour entrer »), dont la conception et la réalisation nous ont semblé remarquables. Les chambres, toutes individuelles avec salle de bain, sont situées au rez-de-chaussée. Le premier étage accueille les salles de réunion et d'activité. L'entretien (comme dans le reste de l'établissement) est remarquable, et le dossier informatisé est devenu un outil quotidien indispensable. Une démarche de formation continue (par des intervenants extérieurs) a accompagné le passage d'une culture de l'ergothérapie à celle du soin direct : formation à l'entretien relation d'aide, à la relaxation. La référence infirmière est mise en place et se réalise selon les affinités cliniques des membres de l'équipe et leur présence au moment de l'entrée. Le premier entretien est structuré (génogrammes, histoire de la maladie, etc.).

3.3 L'unité HOSPY R2 (unité de réadaptation)

Elle dispose de 18 lits installés dans un pavillon qui n'a pas bénéficié d'une mise à niveau comparable à celle de l'unité HOPSY 02.

Il n'en demeure pas moins que le Docteur Serge LECONTE, le cadre infirmier et l'équipe y mènent une action engagée et cohérente de réadaptation (ou de réhabilitation). Nous ne décrirons pas, dans le détail, des conditions hôtelières demeurant marquées par les standards des années soixante-dix, mais où les conditions d'accueil sont aménagées et les espaces adaptés au mieux.

L'objectif d'une fermeture de cette unité en fonction de la mise en place de structures alternatives thérapeutiques et associatives est clairement affiché. Il s'agit de développer des outils gradués au fur et à mesure, d'une adaptation de la dépendance permettant la meilleure autonomie et qualité de vie possibles. L'emploi des techniques cognitivo-comportementales s'inscrit dans la recherche d'une continuité des soins tandis que la moitié des patients proviennent du secteur du Sud du Lot, ce qui n'est pas sans poser le problème de l'éloignement, alors même que le suivi en relais à Cahors est décrit comme étant difficile à mettre en place.

Une diversification de l'équipe est souhaitée (éducateurs spécialisés et techniques). En dehors des équipes des sous-secteurs du Secteur 2 du Lot, des collaborations existent avec Sarlat, Brive et Gourdon.

Une maison communautaire a été mise en place à La Capelle-Marival, sur le mode d'une résidence sociale de dix places, les patients étant sous-locataires d'un logement HLM. Ils sont suivis et accompagnés par les infirmiers, les séjours étant prévus comme ne devant pas dépasser 2 ans. En relais sont prévus des appartements associatifs, un de trois places venant d'ouvrir.

Huit places d'appartement thérapeutique existent à Figeac, qui sont gérées sur le plan des soins par l'équipe du CMP. Elles sont occupées par des patients jeunes sans aspect déficitaire, dans un objectif de retour à la normale avec un contrat de six mois, renouvelable 2 ou 3 fois.

Un projet de logement accompagné, inspiré de l'expérience de Reims et basé sur l'intervention d'une personne tierce, rencontre un appui de l'UDAF du Lot, particulièrement intéressée par une implantation à Cahors.

Au total, cette expérience pose le problème d'un intersecteur de réadaptation s'appuyant, à terme, uniquement sur des structures alternatives et couvrant l'ensemble du département. Actuellement une absence de collaboration, de continuité des soins et d'identité de la démarche entraînent une fixation, en termes de lieu d'existence, de patients psychotiques dépendants du secteur Sud, dans le Nord du département.

4. L'INTERSECTEUR DE GERONTOPSYCHIATRIE

Il a pour objectifs la prévention, les soins et la réadaptation des personnes âgées atteintes de dépendance psychique en lien avec une maladie d'Alzheimer ou un trouble apparenté, que la pathologie soit débutante ou évoluée.

4.1 L'unité d'hospitalisation

Il s'agit d'une très belle réalisation architecturale disposant de 29 chambres individuelles regroupées autour d'un patio. Les chambres accueillant des patients perturbateurs sont proches du poste de soins, et une chambre est médicalisée. Le seul regret est le manque d'un espace de déambulation ne se heurtant pas à une porte. Les salles à manger et les lieux de vie sont suffisamment vastes pour permettre, pendant la journée, un regroupement des patients en fonction de leur niveau d'autonomie et de leur état clinique, tout en différenciant les espaces : patients en crise, stabilisés et dépendants.

L'équipe médicale est constituée par un psychiatre, un gériatre mi-temps, un neurologue présent une fois par semaine. On relève également un mi-temps de psychologue et 0,60 ETP d'assistante sociale. L'unité dispose d'un cadre infirmier, de 18 infirmiers, 12 aides-soignants et de 8 ASH.

Les entrées ont été de 240 en 2002, 292 en 2003 pour une DMS de 25 à 38 jours. On assiste à une augmentation de l'âge et à une complexification des cas alors que l'objectif demeure de privilégier une efficacité cognitive permettant un état compatible avec une existence extérieure.

Les patients sont adressés par les généralistes, les maisons de retraite, les psychiatres, un neurologue. Une évaluation diagnostique est effectuée au cours d'une réunion d'analyse clinique hebdomadaire, un diagnostic infirmier détermine le plan de soins. Les comorbidités et une éventuelle iatrogénie sont précisées. Dans un certain nombre de cas, une démarche de soins palliatifs est mise en oeuvre.

Un certain nombre d'ateliers, disposant d'un référent, sont inscrits dans le projet de soins. Ils sont animés par des binômes infirmier-aide-soignant ayant, presque tous, bénéficié d'une formation préparatoire : ateliers mémoire, jardinage, créativité (libre expression à partir d'un thème), esthétique, musique, contes et communication. Un travail est mené sur le ressenti des soignants, et chaque atelier possède des feuilles d'évaluation. On relève, également, des activités occupationnelles plus ludiques : chant, danse, cassettes.

Les séjours hospitaliers s'inscrivent, autant que possible, en relation avec l'entourage, avec le désir de développer cet aspect primordial d'aide aux aidants. Il s'agit d'associer les familles en tant que partenaires afin de favoriser, si nécessaire, une déculpabilisation, les aides à domicile, et une véritable quête de stratégies pratiques.

Le temps hospitalier se situe entre un amont et un aval marqués par l'implication en réseau et les démarches extra hospitalières.

Plus précisément, en amont, le rôle des CLIC (Cahors, Figeac, Gourdon, St-Céré) est amené à s'imposer, l'indication devant s'appuyer sur une évaluation clinique protocolisée

(MMS, Échelle gériatrique Dépression, Échelle Dépression Démences, le Cohen-Mansfield test de comportement) et une concertation psychiatre/gériatre soignant.

En aval, en cas de persistance de troubles du comportement ou de seuil de tolérance faible, peu de structures s'avèrent actuellement suffisamment contenant et donc, adaptées : une structure pour malades d'Alzheimer à Cahors et une autre en projet à Gramat, 2 cantons (Cahors, Puy L'Evêque) ; une maison de retraite de 120 places est acceptante si des troubles psychiques sont durables.

On peut penser qu'une étude fine et commune des structures, de l'hébergement et de leur congruence, mérite d'être menée.

4.2 L'extra hospitalier

Actuellement interviennent, depuis 2000, 8 heures par jour ouvrable, un binôme infirmier aide-soignant, dans 9 maisons de retraite (qui, au total, représentent autour de 500 places). La mise en place de ces binômes, au sein des maisons de retraite, a nécessité une période d'adaptation et de maturation, la présentation de chaque projet de soins impliquant une validation par le médecin traitant, facilitée par l'existence d'un médecin coordinateur (accord quant au projet de soin infirmier individualisé) et bénéficiant d'une réunion mensuelle de régulation. L'analyse clinique peut être réalisée à distance en s'appuyant sur les bilans des binômes. Un rythme de croisière semble avoir été obtenu après deux ans d'expérience, nécessitant un soutien des binômes. Actuellement, certaines données confirment l'efficacité de cette démarche, à commencer par une réduction des hospitalisations.

Les CMP de Gourdon, St-Céré, Figeac, bénéficient de deux infirmiers rattachés à l'intersecteur. On relève une large autonomie infirmière, acquise par une formation spécifique obtenue dans l'intra hospitalier, et qui mériterait d'être formalisée. Le travail mené a pour objectif de favoriser un réseau de proximité sans en être forcément le maître d'œuvre, en s'appuyant sur les CLIC. Les médecins traitants savent qu'ils peuvent bénéficier d'une évaluation à domicile, certains médecins hospitaliers sont également demandeurs. Sur les bassins de vie actuellement concernés, des CATTP géronto-psychiatriques sont envisagés.

Rappelons que le contrat d'objectifs et de moyens préconisait le développement d'un dispositif expérimental et départemental de géronto-psychiatrie, associant une psychiatrie de liaison à partir des CMP, la participation à la médicalisation des sections de cure médicale et des structures d'hospitalisation à temps plein et partiel. L'objectif de participation à la mise en place de lits de long séjour dans les hôpitaux généraux a été abandonné.

Actuellement, l'intersecteur de géronto-psychiatrie du Lot propose une couverture extra hospitalière de la moitié Nord du département. Un renforcement, par 6 ETP paramédicaux, est demandée par le Docteur Ausseil pour couvrir Cahors, ainsi que le maintien du deuxième poste de cadre.

5. LE SERVICE INTERSECTORIEL

5.1 Les addictions

La vacuité médicale concernant l'unité Arpèges et l'unité fermée (rattachée alors au G 01) a incité à les associer à l'unité d'addictologie (rattachée alors au secteur G 02) dans un cadre intersectoriel confié, début 2001, au Docteur Roy. Il s'agissait donc d'une création par défaut qui n'a pas été sans augmenter certaines tensions.

Cette unité et sa suivante comportent une apparence immobilière et une capacité comparables (15 places), dans des locaux d'hospitalisation anciens, propres, mais qui n'ont pas bénéficié d'une rénovation aussi brillante que celles d'autres unités.

Leur proximité, sur ce point, est renforcée par la communauté de direction médicale qui confère aux projets, du fait de la forte conviction et du savoir-faire de ce responsable, une certaine rigueur, lisibilité, et opérationnalité. Le Docteur Roy nous a rappelé l'historique qui a vu se différencier le secteur G 01 et donner naissance à la situation actuelle en service fermé (voir infra), et les deux autres, que nous évoquons. Dans cette première unité coexistent toxicomanes et alcooliques pour des séjours plutôt courts.

L'accent est mis sur l'implication personnelle du patient, le volontariat et sa responsabilité. Ce projet est producteur de résultats efficaces. Mais cette exigence, même si elle est compréhensible, semble laisser de côté les situations de crise et d'acuité, d'urgence, moins coopératives, plus souvent le problème des partenaires que des patients eux-mêmes. Il semble, toutefois, que la discussion commence à s'ouvrir sur ce point.

On ne perçoit pas clairement des liens construits avec le réseau d'aval, que ce soit celui des secteurs psychiatriques, des généralistes, de l'entourage familial ou du réseau social et professionnel (cf. les tables rondes).

5.2 L'unité Arpèges

L'unité a donc souffert des changements de responsable médical et d'une hésitation institutionnelle forte, qui a fait évoluer son activité en dents de scie et poser la question de sa pérennisation.

Son positionnement évoque celui de l'unité des addictions : l'accent est mis sur l'autonomie et la coopération et entraîne une réussite notable pour ce type de jeunes patients. Par contre, elle laisse davantage de côté les situations d'urgence et de crise, peu ou non programmées. On ne perçoit pas l'existence précise d'un réseau d'aval sanitaire, social, éducatif, judiciaire, ni une articulation forte avec la psychiatrie infanto-juvénile.

L'implantation de cette unité sur le site de Leyme s'impose comme une vraie question. Par principe, il vaudrait mieux éviter que la pente de stigmatisation psychiatrique, souvent proposée aux adolescents perturbateurs ou en souffrance psychique, primo-arrivants par définition, soit évitée ou limitée par la proposition d'implantations qui n'affichent pas une image psychiatrique marquée. Souvent le processus de première hospitalisation psychiatrique devient le marqueur individuel ou social, parfois pour de longues années.

L'unité n'a pas plus fait l'objet d'une réflexion collective. Créée en 1999, elle a subi une crise en 2001 du fait du départ du responsable médical qui en a été l'initiateur. Les conditions d'admission ont été rediscutées. Actuellement, les limites d'âge sont de 15-25 ans et les seules exclusions sont des conduites addictives avérées et un état d'agitation psychomotrice. En fait, Arpège n'a jamais été comprise, voire admise, en l'absence de réflexion déterminant un temps intermédiaire, qui n'a pas été revendiqué par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Le projet initial proposait 15 lits permettant un séjour assez long. Pour la population concernée une implantation de l'unité près d'une zone urbanisée ne s'imposait pas, une prise de distance pouvant apparaître utile pour des situations extrêmes. La question de la socialisation ne se pose pas pendant l'hospitalisation du fait de l'intensité de la souffrance et de l'acuité des troubles.

Ceci étant dit, la discussion avec le responsable médical fait apparaître deux options, celle du maintien sur Leyme ou en dehors de Leyme, mais à proximité. Elle faciliterait, sans l'isoler, une certaine distance des tentations de la ville et une transition avec la famille ou un environnement conflictuel ou peu propice, mais sans que la distance occasionne une rupture. Elle favoriserait probablement, également, une atmosphère de plus grande liberté. L'implantation à Cahors, où convergent l'essentiel des demandes, la rapprocherait de la psychiatrie infanto-juvénile ambulatoire, des réseaux partenariaux naturels les plus forts et de la filière urgence-crise, si elle se renforce. Mais une telle implantation urbaine donnerait une caractéristique plus rigide à cette unité et un projet de temps et d'espace moins distancié avec l'environnement des jeunes patients. Accessoirement, le rapprochement avec Cahors augmenterait l'assiette médicale de psychiatres y travaillant, leur coopération pouvant participer à tempérer l'isolement du secteur G 01 (cf. infra).

Actuellement l'unité a un recrutement interdépartemental voire interrégional (Aveyron, Corrèze, Cantal, Haute-Garonne), qui assume une fonction de soins à moyen terme et fonctionne en relation avec des réseaux non psychiatriques, type ASE. On peut penser que cette unité intersectorielle accueille ce que les autres refusent, les critères d'entrées et le bilan qui en découle portant, en germe, le projet thérapeutique.

5.3 Le service fermé

Il est devenu un lieu d'observation de dysfonctionnements en amont et en aval de l'hospitalisation, en soins obligatoires, pour ce qui concerne le G 01. En amont, il est relevé que les HDT sont souvent réalisés à partir des urgences de Cahors, ce qui pourrait représenter une commodité, un facilitateur d'hospitalisation, la présence aux urgences ne jouant pas son rôle de filtre et de limitation des hospitalisations, en s'appuyant sur le dispositif ambulatoire. L'unité fermée semble être conçue comme le lieu obligatoire des hospitalisations des HO et des HDT alors que c'est la situation clinique qui doit primer. Alors que la DMS de l'unité fermée est de 10 jours, les autres unités d'hospitalisation du site de Leyme acceptent des patients en soins obligatoires. Les sorties d'essai sont récusées à Cahors, la référence à la loi prenant alors le devant par rapport à une adaptation aux réalités cliniques. Une telle situation ne peut pas laisser indifférente la CDHP alors que le procureur a demandé une réunion sur ce thème.

Le secteur G 01 est directement concerné dans les diverses unités de l'intersecteur :

- 48 % des patients pour l'unité fermée (16 % hors secteur, 36 % GO2),
- 61 % pour l'unité d'addictologie,

- 50 % pour Arpèges.

On peut considérer que la constitution de l'intersecteur a été une réponse à des difficultés récurrentes ne pouvant perdurer en termes de fonctionnement médical sans réflexion suffisante, notamment clinique, sur l'intersectorialité. Les conséquences de cet équilibre provisoire, mais qui dure, reflétant une intersectorialité subie plus que projetée, ont été renforcées par les pratiques du secteur G 01, tant au niveau ambulatoire que dans l'implication inachevée à l'hôpital général.

6. LA PRE-MAS

Ouverte depuis octobre 2003, cette unité est installée dans des locaux neufs, remarquables pour leur qualité d'accueil autant que par le confort des chambres individuelles, des lieux de vie et de soin. Elle dispose de 20 lits pour des patients ayant, tous, bénéficié d'une orientation en MAS (la plupart ayant été initialement hospitalisés en pédopsychiatrie).

L'équipe, outre le cadre infirmier, est constituée pour la journée par 6 infirmiers, 2 aides-soignants, 6 AMP (ex ASH), 4 monitrices éducatrices (ce qui indique une constitution assez proche d'une équipe médico-sociale). La nuit, sont présents un infirmier et un aide-soignant.

Deux patients restent en contact avec leur famille (à Cahors et Gourdon). On relève six cas d'automutilation et des cécités. Des groupes sont organisés : randonnée, gymnastique, chant, comme des ateliers : poney, balnéothérapie pour les grabataires et les autistes, promenade.

L'installation dans des locaux adaptés représente pour l'équipe un grand soulagement et a supprimé la souffrance de vivre au quotidien avec des patients dans « des vieux murs », pour ne pas dire dans des conditions déplorables. Bien entendu, il demeure une ambiguïté pour ce qui concerne une unité de soins dont l'ensemble des patients relève d'une MAS. Il n'en demeure pas moins que la solution actuelle a été réfléchie et mûrie pendant deux ans, le personnel ayant été accompagné par des actions de formation continue, adaptées au projet. Chaque patient bénéficie d'une prise en charge personnalisée.

7. LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

7.1 Le Hameau des sources

Il regroupe une maison d'accueil spécialisée d'une capacité de 60 lits (extension prévue de 7 lits) et l'annexe pour enfants polyhandicapés de 5 places, en internat, et de 2 places en semi-internat (extension prévue à 5 places).

7.1.1 La Maison d'Accueil Spécialisée

Elle dispose d'une architecture remarquable, avec des locaux lumineux et spacieux de plain-pied, face à un parc d'activités. Elle se compose de cinq unités de vie comportant, outre les chambres le plus souvent individuelles et des lieux de vie, des locaux techniques destinés aux soins.

Le personnel affecté à l'établissement représente 65,20 ETP. Ils incluent un directeur, un psychiatre à temps partiel, un généraliste à temps partiel, un kinésithérapeute à l'acte, des infirmiers (12,10 ETP), des moniteurs éducateurs, des AMP, des aides soignants, des AHS, une couturière à temps partiel.

De nombreuses activités sont proposées : argile, cuisine, sport adapté, écoute musicale et musique, peinture, expression corporelle, conte. Une piscine pour la balnéothérapie doit ouvrir, mais prochainement, à la suite d'un contentieux. On peut noter de nombreuses activités extérieures. La démarche institutionnelle s'appuie sur des réunions de fonctionnement d'unité et d'atelier.

Une deuxième MAS de 30 places est prévue, dont 8 dédiées au traitement de la chorée de Huntington. Pour respecter l'équilibre géographique des implantations, son installation dans le Sud-Ouest serait préférable. Cette création est d'autant plus urgente qu'elle répond aux besoins des patients de la PRÉ-MAS qui devraient s'y installer, libérant ainsi ces locaux pour les patients de l'unité Longue Durée Fermée.

7.1.2 L'annexe pour enfants polyhandicapés

Rattaché à la MAS, ce service accueille, dans des locaux également remarquables et fonctionnels, des enfants polyhandicapés. Le personnel (21,75 ETP) est composé d'un cadre infirmier, d'un généraliste référent intervenant à temps partiel, des infirmiers, AMP, aides-soignants, ASH.

7.2 Le Foyer Occupationnel La Passerelle

Ouvert en septembre 1999, il dispose de 30 places et a accueilli des patients hospitalisés, antérieurement, à Leyme (27 pour 3 amendements Creton), à partir d'indications pensées en termes de maintien d'un potentiel cognitif et de compétences sociales.

Des ateliers de jour (9h-17h) proposent des activités productives sans exigences quant au rendement : travaux de fil, de laine, découpage de bois, jardin, entretien d'espaces verts avec des prestations effectives à l'extérieur, ce qui autorise une rétribution mensuelle (mais il

ne s'agit pas, bien évidemment, d'une formule type CAT). Un autre objectif concerne l'évolution vers des domiciliations permettant une meilleure qualité de participation sociale par le biais de locations ce qui fait envisager, à terme, l'existence d'un foyer éclaté.

Une période préparatoire à la mise en place de la structure (Pré FOC) a permis de préciser les indications et de préparer les patients à leur nouveau statut de résident. Une hétérogénéité d'âge rencontre certains aspects nosographiques (psychoses infantiles, schizophrénies) ou médico-sociaux (décrochages de CAT, handicapés restés en milieu familial).

Actuellement, on relève trois groupe de vie selon l'état de dépendance. Outre le directeur (ex-éducateur spécialisé), l'équipe dispose de 21,3 ETP dont les missions sont spécifiées :

Suivi d'hébergement : 11 ETP (éducateurs spécialisés, infirmiers, AMP, un moniteur-éducateur),

Animation des ateliers : 1 cadre éducatif ex-éducateur technique spécialisé, 1 moniteur d'atelier, 1 infirmier ex-ergothérapeute,

- 1,5 agents hôteliers et 1 agent d'entretien,
- 3 veilleurs,
- 1 mi-temps d'infirmier pour l'interface avec le soin (les soins somatiques sont effectués par des généralistes de ville).

La formation interne s'est appuyée sur la constitution d'outils induits par la loi de janvier 2002 comportant une évaluation, à partir de la définition de référentiels quant aux prestations souhaitées. Le projet doit être prochainement réactualisé pour cinq ans (projet de contrat de séjour, livret d'accueil, règlement de fonctionnement).

Le problème du vieillissement des résidents fait envisager des établissements spécifiques où une animation et un soutien resteront apportés par le foyer tout en maintenant le lien (l'absence de famille est très fréquente).

Le département dispose actuellement, outre La Passerelle, de 8 places de FDT à Figeac (foyer des Cèdres). On relève un projet de FDT polyvalent dont le promoteur est Perce-Neige.

8. L'UNITE LONGUE DUREE OUVERTE ET L'UNITE LONGUE DUREE FERMEE

La visite brève (elle n'était pas prévue initialement) des deux unités, en présence du Docteur Bassaler et du cadre référent, nous a montré les deux dernières unités telles qu'elles étaient, sept ans auparavant, dans l'« ancien » ICM.

Dans la première, qui est ouverte, un projet s'enclenche et la dynamique de transformation matérielle et de lieu de vie, dont l'ICM nous a montré la capacité, ne pose pas de problème si elle se réalise à relativement court terme : il s'agit de l'évolution, en dehors du site, d'une réponse communautaire sous forme de résidences éclatées, sur le modèle de Reims.

Dans la deuxième unité, où séjournent en plus petit nombre les patients les plus difficiles dans une architecture asilaire, complètement désadaptée, on est hors du temps et du monde, et les soignants, à sentir l'atmosphère du lieu très caractéristique, se partagent entre épuisement moral et indifférence protectrice. Cette unité ne doit pas rester en l'état et doit trouver une implantation et un projet respectueux des patients ce qui, institutionnellement, n'est pas le cas actuellement. D'où la nécessité urgente, impérative, de création de la deuxième MAS afin de libérer, pour les patients de l'ULDF les locaux de la Pré-MAS le plus rapidement possible.

9. LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Sa visite n'était pas prévue au départ, elle a donc été très rapide et partielle. Elle a permis d'apprécier les très grandes qualités de fonctionnement et d'installation de la filière ambulatoire pour les enfants et la filière distincte, de même niveau, pour les adolescents.

Nous avons pu noter, également, l'émergence d'un travail avec la pédiatrie, à l'hôpital général, en direction de la petite enfance et des mères.

Les tables rondes, comme notre impression lors de la visite, semblent indiquer l'absence d'un chaînon concernant les adolescents en crise et une articulation à améliorer, même si les discussions existent, avec l'unité Arpèges. De même, l'absence d'implication du secteur de psychiatrie infanto-juvénile lotois dans le PRS suicide est questionnable.

D'où l'opportunité d'une fonction d'accueil d'urgence et de crise à Cahors, commune avec la psychiatrie générale pour son implantation hospitalière, en liaison et avec la participation de la pédiatrie et de la pédopsychiatrie, Arpèges et le réseau sanitaire, social, éducatif et judiciaire, qui pourrait apporter une réponse graduée, immédiate ou différée (cf. supra).

Cette réponse devrait être construite et protocolisée, avec des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'amont, les séjours sanitaires ou sociaux, l'aval, par tous les protagonistes, à l'occasion d'un groupe de travail départemental court sur ce thème, à l'initiative des pouvoirs publics (cf. infra). Ce groupe concernerait la filière sanitaire et ses ramifications extra-sanitaires, les règles de la porte d'entrée et de sortie, ainsi que des mécanismes d'évaluation pluri-institutionnelle réguliers.

À cette occasion, l'aire de recrutement géographique pour toute la filière, incluant l'unité Arpèges, devrait être redéfinie à l'intérieur d'un cadre régional, voire interrégional.

La réflexion, émergente, entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le secteur de l'enfance inadaptée, d'une part (CMPP, CAMSP, SESSAD) et, plus largement, le secteur médico-social et du handicap, d'autre part, est tellement cruciale qu'elle doit, non seulement se poursuivre, mais aboutir à des premiers résultats observables dans des délais brefs. Meilleure organisation territoriale conjointe, meilleure adéquation des filières de soins, meilleure prise en compte, par la psychiatrie, des besoins du secteur médico-social, représentent des questions urgentes à résoudre. Si l'initiative des professionnels représente dans ce processus un enjeu majeur, elle ne doit pas s'y réduire. Les associations gestionnaires, les représentants d'usagers, de familles, doivent y trouver leur place et y faire entendre leur voix. Les financeurs, bien évidemment, également. Un groupe de travail sur l'enfance et l'adolescence, déjà existant, pourrait se fixer comme tâche prioritaire d'explorer les différentes thématiques à définir en incluant à chaque fois, autant que de besoin, les partenaires concernés. Il pourrait faire l'inventaire des problèmes et des attentes, préconiser des réponses partielles, à évaluer régulièrement. Il nous semble que le pilotage de ce processus, du début à la fin, devrait être assuré en commun par les pouvoirs publics concernés, seuls dépositaires de la légitimité et de l'autorité pour le conduire, le faire aboutir et l'évaluer.

10. LES TABLES RONDES (CF. COMPTE RENDUS EN ANNEXE)

10.1 Les urgences :

Il existe deux lieux d'accueil des urgences psychiatriques : le centre hospitalier de Cahors, où se situent le SAU, une unité d'hospitalisation de 18 lits comportant une astreinte opérationnelle et le CHS de Leyme, qui gère une l'unité fermée, avec une garde sur place ; s'ajoute une organisation en psychiatrie de liaison aux urgences de Gourdon et de Figeac. Sont signalés : les adressages directs à Leyme par le CMP de Gourdon, à égale distance de ce dernier et de Cahors ; le projet de centre de crise à Cahors ; l'opinion positive des urgentistes à propos du travail des psychiatres concernant les avis et les TS, plus réservée concernant les patients alcooliques ; les critiques émanant des responsables de l'unité fermée de Leyme vis à vis de l'adressage des patients de Cahors ; les difficultés des pompiers quant au transport des malades mentaux et à la médicalisation de ceux-ci ; les critiques de la psychiatrie de liaison par le neurologue du CH de Cahors.

Parmi les propositions à travailler :

- 1) une organisation du système d'urgence en deux niveaux, selon le schéma MCO : niveau 1, réponse psychiatrique 24/24 au CH de Cahors ; niveau 2 : une couverture des urgences en urgence différée dans les UPATOU de Gourdon et de Figeac, garantie d'un avis psy tous les jours de la semaine le matin, y compris pendant les vacances, convention avec la garde de Cahors, qui régule entre temps,
- 2) une organisation des soins en post-urgence : création d'une réponse de post-urgence à Cahors, du type accueil 72 heures, avec renforcement de l'équipe pluridisciplinaire,
- 3) restructuration du service d'hospitalisation de Cahors pour qu'il puisse accueillir des HO et des HDT,
- 4) organiser à Leyme une mini UMAP intersectorielle dans l'unité fermée, ou proposer une réponse régionale pour les cas difficiles.

10.2 L'alcoolisme et les addictions

Évolution, depuis 1996-97 à partir d'une situation de prise en charge indifférenciée par le MCO, par la psychiatrie générale de l'ICM, 2 CSST avec hébergement et la clinique de Gaillac pour l'alcoologie, vers l'émergence de REVIH Addiction 46, au CH de Cahors, (SIDA, Hépatite C, infections liées aux différentes toxicomanies), qui exerce un rôle de coordination, formation, prévention et de soins, y compris de substitution ; émergence également, via le CDPA, d'un CCAA à Cahors, puis Figeac, et création unilatérale en 2002, à l'ICM, de l'UCPA. En 2003, l'inspection des CSST en recentre un sur Cahors et supprime l'autre.

Trois problèmes principaux émergent : la coordination entre les différentes structures, qui doivent s'articuler en réseau auquel doit participer REVIH Addiction 46 ; la prise en charge des urgences somatiques et psychiatriques ; l'accessibilité de la psychiatrie en général à Cahors.

10.3 Les personnes âgées

Bilan de l'existant : 32 maisons de retraite, 3 USLD, 3 MARPA, 15 LS, ce qui représente 2914 lits ; 12 SSIAD totalisant 376 places ; 4 CLIC labellisées, une en cours d'agrément, une prévue ; une unité de géronto-psychiatrie à l'ICM, un intersecteur de géronto-psychiatrie dépendant du même établissement, dont le fonctionnement est décrit. Parmi les principaux problèmes : importance du développement et de l'achèvement du dispositif CLIC, qualité de la réponse de l'intersecteur de géronto-psychiatrie justifiant son extension vers le sud, manque d'accueil de jour, question spécifique de la maladie d'Alzheimer soulevée par le neurologue chef de service à Cahors : mise en place d'une consultation mémoire, passerelle entre psychiatres et gériatres, manque d'accueil de jour, sauf à Figeac.

10.4 Les CMPP

Après l'historique, un bilan de l'existant et la description des similitudes et des différences entre intersecteur et CMPP, le problème constaté est celui de la coordination.

10.5 Le secteur médico-social et du handicap des personnes adultes

Après un bilan de l'existant, plusieurs problèmes sont évoqués : le vieillissement de la population hébergée ; l'inadaptation ou l'absence de réponse pour les personnes exclues, en particulier les demandeurs d'asile ; l'absence de lieu de transition socio-thérapeutique ; un net déficit de collaboration entre la psychiatrie de l'ICM et les établissements médico-sociaux et sociaux. Est évoqué un projet de collaboration entre l'ICM et l'UDAF.

10.6 Le secteur médico-social et du handicap des enfants

Bilan de l'existant : 5 IME dont 2 pour arriérés profonds, 1 IR, une structure pour polyhandicapés à l'ICM, soit 263 places ; 3 SESSAD, 1 service pour enfants caractériels, 1 service pour enfants déficients sensoriels, moteurs, polyhandicapés ; 2 CAMSP, un polyvalent à Figeac, un pour déficients moteurs à Cahors, le tout représentant 119 places. Parmi les problèmes rencontrés : le positionnement du CAMSP de Cahors, du fait du désengagement de la PIJ ; un cloisonnement majeur, reconnu par l'ensemble des acteurs, malgré les collaborations existantes, la nécessité de partager le fardeau, le manque de places en IMPro pour les enfants présentant des troubles du comportement et, au delà, la nécessité de développer des collaborations pluri institutionnelles dans ce domaine, le manque de places de SESSAD.

10.7 Les adolescents

Après un bilan : pour le Conseil Général, 2 Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS), 1 service départemental d'Action Éducative en Milieu Ouvert, les familles d'accueil ; à l'ICM l'unité Arpèges, les CMP et CATTP sectorisés, les problèmes sont évoqués. Pour les représentants du Conseil Général, il existe un manque de prise en charge globale, d'actions en commun, de soutien des familles d'accueil. Pour le médecin responsable d'Arpèges, l'accueil des moins de 12 ans n'est pas possible (absence de pédopsychiatre), de nombreux problèmes se posent à la sortie de l'unité. Le problème de la crise et de

l'hospitalisation en urgence des adolescents est souligné. L'Éducation Nationale, la PJJ et la pédiatrie, soulignent également leurs difficultés à faire face, le cloisonnement et leurs besoins en pédopsychiatrie.

11. CONCLUSION

La réussite dans la transformation des pratiques et de nombreuses structures de l'établissement doit être reconnue, et tout ce que nous avons relevé comme problèmes, pour le résumer ici, ne doit pas faire oublier cet aspect essentiel.

1) Les difficultés consistent, tout d'abord, dans la *coordination* entre les unités, services et acteurs psychiatriques. Elles paraissent suscitées par la dynamique de développement autonome des deux secteurs de psychiatrie générale, du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et des unités intersectorielles.

Elles portent, principalement, sur les flux entre le secteur G 01, les unités intersectorielles et l'hospitalisation du secteur G 02. L'analyse montre qu'il existe des problèmes de relations, de fonctionnement et d'organisation spécifiques au secteur G 01, dans un contexte d'inaboutissement du projet d'unité d'hospitalisation institué, à l'origine, entre le Centre Hospitalier de Cahors et l'ICM. Inaboutissement qui ne peut que continuer à retentir sur l'intra-muros de Leyme, si rien ne change. C'est ce qui justifie que se consolide à Cahors une activité d'hospitalisation sous contrainte et une véritable activité d'urgence, de liaison et de centre de crise.

Il en résulte actuellement, pour cette filière, des difficultés en cascade, puisqu'elle n'est pas linéaire mais en cycle : ambulatoire du G 01, CMP ou urgences, hospitalisation à Cahors, ou à Leyme pour les patients les plus graves, retour dans l'ambulatoire de Cahors, etc.

Dans ce cycle, jusqu'à maintenant, les acteurs se sont ignorés ou se sont rigidifiés, malgré des efforts vains de part et d'autre, chaque participant au cycle considérant qu'il est plus « victime » que « bourreau », puisqu'il fait tout ce qu'il peut et ne peut donc pas plus, ou pas plus que l'autre.

Cette rigidité médicale, avec la colère et l'épuisement qui en résultent, est certainement l'élément le plus péjoratif. Elle est aggravée par la fragmentation géographique entre le Nord et le Sud du département, qui peut donner l'illusion - ou l'espoir - d'une autonomie plus complète, qui se révèle constamment impossible.

Le retour à des relations médicales pacifiées, à une trêve et, pourquoi pas, au dialogue Nord-Sud, s'impose comme un préalable à toute réussite, en sachant que les patients font les frais, depuis longtemps, de la situation. *Mais nous n'avons pas de solution technique à proposer sur ce point.*

2) Á ce problème de coordination interne, s'ajoutent les difficultés d'une *articulation externe* inaboutie à partir des unités intersectorielles : l'unité fermée se coordonne de façon subie, plus que maîtrisée (cf. supra). La géronto-psychiatrie travaille en liaison et en réseau sur la partie Nord jusqu'à présent et doit se développer sur la partie Sud, sachant que, dans sa rencontre avec le CHG de Cahors, les autres partenaires psychiatriques, sanitaires, et non sanitaires du Sud, la question de la transposabilité à l'identique du modèle pourra se poser et nécessitera réflexion partenariale et adaptabilité.

Les autres unités intersectorielles : addictions, adolescents, malgré ou en dépit de leur bon fonctionnement, paraissent davantage autocentrées que franchement sensibilisés aux besoins des partenaires psychiatriques, sanitaires et non sanitaires. Elles constituent, dès lors qu'elles existent, les maillons d'un réseau plus large, sanitaire et social, incluant l'amont et l'ambulatoire, la dimension d'urgence et de crise, l'hospitalisation et les réponses d'aval ambulatoires et institutionnelles. C'est ce réseau, dont de nombreux fragments existent pour ces populations ciblées, dans le département voire au-delà, qu'il convient de coordonner (cf. les tables rondes). On peut se demander, également, si HOSPY R2 ne doit pas s'inscrire dans ce même modèle évolutif d'unité au cœur et au service d'un réseau.

3) Pour terminer, l'analyse du dispositif psychiatrique lotois, dans le cadre du SROS, garde toute sa pertinence et son actualité, que ce soit en psychiatrie générale ou en psychiatrie infanto-juvénile. Le projet d'établissement, conforme au SROS, apparaît difficilement contestable dans son aspect général, mais on attend un projet médical plus précis. Cependant, au moment où, comme nous l'avons rappelé, le développement même des réponses sectorielles et intersectorielles accroît les tendances et les tensions centrifuges, il nous paraît important que les symboliques identitaires, transversales, de l'établissement soient conservées et renforcées. L'organisation en pôle, qui possède sa cohérence territoriale et organisationnelle, ne doit pas contribuer à une fragmentation irréversible en autant de bastides ni s'effectuer au détriment d'une politique générale, intégrée, d'établissement. C'est pourquoi il est important de concerner aussi bien le rôle du directeur général réaffirmant son autorité et sa présence sur l'ensemble des sites desservis, du président de la CME, fédérateur autour de la communauté médicale, ainsi que d'un infirmier général. Le renforcement du service de soins apparaît nécessaire au moment où doivent s'affirmer, parallèlement à l'évolution des pratiques médicales, des évolutions de métiers et de pratiques combinant, à la fois, spécificité d'activités ou géographiques et appartenance institutionnelle globale.

Dans une réflexion globale, deux logiques contradictoires s'imposent :

D'une part, il n'existe pas de suppléance privée ambulatoire, la fragmentation géographique et les distances importantes sont contraignantes et consommatrices de temps de transport (c'est l'occasion de développer la télé psychiatrie, qui pourrait s'expérimenter dans le Lot, l'établissement en ayant parfaitement les moyens, les techniques et le potentiel de savoir-faire).

Parallèlement, l'ICM a développé ses activités dans tous les domaines correspondant aux besoins sanitaires en forte croissance (adolescence, exclusion, urgences, personnes âgées, etc.), besoins qui ne sont pas encore complètement satisfaits. En quelques années, des efforts de transformation considérables ont été accomplis. L'ICM est passé, rapidement, de l'état d'hôpital psychiatrique autocentré principalement sur son site à celui d'hôpital spécialisé moderne réduisant et modernisant son centre et projetant ses activités là où la population existe et l'attend. Il lui reste des chantiers, non négligeables, à terminer, ainsi que d'autres à développer. L'ICM doit donc être accompagné.

D'autre part, l'ICM semble disposer de ressources qui le mettent en mesure de réaliser la plupart de ces objectifs. Seul opérateur départemental, cela lui confère une responsabilité particulière à les atteindre.

12. RESUME DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

1. LE SECTEUR G 01

- 1.1 Refonder un projet commun CHG-CHS,
- 1.2 Faire évoluer l'hospitalisation de Cahors vers l'accueil de patients sous contrainte,
- 1.3 Restructurer la filière urgences-liaison en y incluant une action d'accueil de crise (72 heures) : soit DAUC autonome, soit aux urgences, soit autre,
- 1.4 Revoir le fonctionnement médical et paramédical du dispositif ambulatoire.

2. LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

- 2.1 Engager et articuler la psychiatrie infanto-juvénile dans une filière complète pour l'adolescence, en la coordonnant avec l'activité d'urgence et de crise d'une part, principalement à Cahors, et Arpèges, d'autre part, dans un projet englobant les autres partenaires (cf. 3.1 : les activités intersectorielles),
- 2.2 Réaliser l'inventaire de la répartition territoriale des clientèles et de l'offre de soins entre CMP, CMPP, CAMSP, SESSAD, pour approcher une meilleure répartition des équipements et de la graduation ou de la spécialisation de l'offre ; effectuer l'inventaire des besoins de la psychiatrie infanto-juvénile en réponse médico-sociale, appréhender les besoins du secteur médico-social en appui psychiatrique. Ceci suppose l'approfondissement d'un groupe de travail enfance-adolescence piloté par les pouvoirs publics,
- 2.3 Continuer à développer le segment psychiatrie infanto-juvénile/première enfance,
- 2.4 Rapprocher la psychiatrie infanto-juvénile des programmes régionaux de santé.

3. LES ACTIVITÉS INTERSECTORIELLES :

- 3.1 Pour l'ensemble, addictions comprises : développer les activités en réseau d'aval et d'amont (critères d'utilisation et de non utilisation des unités, règles d'entrée et de sortie, part de fardeau respective des différents acteurs, graduation des réponses, évaluation) avec les partenaires du sanitaire et du non sanitaire,
- 3.2 Arpèges : assouplir le fonctionnement programmé d'une part, pour une articulation avec la réponse de crise et, d'autre part, maintenir l'accueil sur une plus longue durée, éventuellement en interdépartemental,
- 3.3 L'Unité Fermée : évaluer l'impact de l'évolution de l'hospitalisation de Cahors, définir les indications résiduelles émanant du secteur G 01, évolution vers une mini UMAP intersectorielle, interdépartementale ?
- 3.4 Hospy R2 : faire évoluer comme une activité intersectorielle départementale à part entière, avec le réseau correspondant ?

4. LA GÉRONTO-PSYCHIATRIE : EXTENSION VERS LE SUD EN VEILLANT A LA TRANSPOSABILITE, ET EN CONSTRUISANT UN RESEAU AVEC LES PARTENAIRES CONCERNES.

5. L'ACTIVITÉ MÉDICO-SOCIALE :

- 5.1 Création d'une réponse résidentielle éclatée dans la communauté (FAM ou toute autre formule innovante prévue par la Loi de 2002) pour les patients résidant actuellement dans l'Unité LDO,
- 5.2 MAS de 30 places pour les patients relevant de la pré-MAS, prévue par le SROS, à réaliser impérativement, en dehors du site,
- 5.3 Patients de LDF à transférer dans la pré-MAS, structure à garder dans le sanitaire avec le projet et les métiers d'un projet de vie nécessaires, ou dans le médico-social, avec le projet et les métiers du soin nécessaires.

