

Ministère de l'Emploi
et de la Solidarité

République Française

Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale

RAPPORT SUR LA SANTÉ MENTALE EN MAYENNE

Présenté par : Monsieur Christian BONAL
Madame Nicole CHAVALLARD
Monsieur Marc ELLION
Docteur Gérard MASSÉ
Madame Murielle RABORD
Madame Chantal RAVAUDET

Mai 2002

1. LES DONNEES DU SROS DE PSYCHIATRIE	4
2. UNE SYNTHESE GLOBALE DE LA SITUATION ACTUELLE	6
3. PLUS PRECISEMENT	8
3.1 La psychiatrie générale	8
3.1.1 Le Centre Hospitalier de Laval	8
3.1.2 Le Centre Hospitalier de Mayenne	11
3.1.3 Le Centre Hospitalier de Château-Gontier	16
3.1.4 La Clinique Notre Dame de Pritz à Changé	18
3.2 La psychiatrie infanto-juvénile	19
3.2.1 Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile	19
3.2.2 L'unité pour adolescents de la pédiatrie	23
3.2.3 L'Unité de Soins Intensifs Spécialisés pour Enfants et Adolescents (USISEA)	24
3.2.4 Le CMPP de Laval	25
3.3 Les psychiatres libéraux	26
3.4 Le Syndicat Interhospitalier	27
4. PROPOSITIONS	28
4.1 L'adaptation de la sectorisation	28
4.2 Les points concernant les établissements	28
4.2.1 Le Centre Hospitalier de Laval	28
4.2.2 Le Centre Hospitalier de Nord-Mayenne	29
4.2.3 Le Centre Hospitalier de Château-Gontier	31
4.2.4 La Clinique Notre Dame de Pritz	31
4.3 Le Syndicat Inter-Hospitalier	31
4.3.1 Des espaces de concertation pour les professionnels	31
4.3.2 Associer la Clinique de Pritz	32

4.3.3 Créer et entretenir des liens	32
4.4 Le manque actuel de psychiatres	33
5. CONCLUSIONS	34

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation des Pays de la Loire dans sa lettre de saisine souligne l'ampleur de la restructuration engagée dans le domaine de la Santé Mentale en Mayenne. Elle relève que « *cette restructuration indispensable n'apporte pas de réponse à priori au problème du manque de psychiatres en Mayenne* » et sollicite l'expertise de la MNASM « *afin d'entrevoir des pistes pour la mise en œuvre de mécanismes incitatifs* ».

Le problème posé peut être donc initialement défini ainsi : une restructuration ambitieuse du dispositif psychiatrique de la Mayenne apparaît limitée par un manque de psychiatres dans un département à prédominance rurale.

Il nous est apparu indispensable dans un premier temps de :

- rappeler les objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Psychiatrie 1999-2004,

- faire un bilan de la situation actuelle afin de tenter de préciser les réussites comme les obstacles rencontrés, même si le recul en temps peut être perçu comme limité.

1. LES DONNEES DU SROS DE PSYCHIATRIE

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Psychiatrie des Pays de la Loire 1999-2004, fixé par arrêté du 6 juillet 1999, a déterminé un certain nombre d'axes de réorganisation particulièrement structurants.

Initialement, l'offre publique en psychiatrie était essentiellement assurée par l'établissement public de santé mentale de Mayenne, entité juridique de rattachement de quatre secteurs de psychiatrie générale. L'offre pédo-psychiatrique, ne comportant aucun lit d'hospitalisation, relevait uniquement du Centre Hospitalier de Laval et couvrait deux secteurs. Un nouveau secteur, rattaché au Centre Hospitalier du Haut Anjou (Château-Gontier) a été créé au Sud du département dans le cadre du schéma départemental d'organisation des soins psychiatriques de la Mayenne en 1992 (il n'englobe pas le canton de Segré, en Maine-et-Loire, contrairement à ce qui prévaut dans la carte sanitaire de Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

L'offre de soins libérale était représentée par 13 psychiatres libéraux dont 10 installés à Laval et à la Clinique de Notre Dame de Pritz à Changé.

Le dispositif hospitalier pouvait alors, quant à ses capacités, être schématisé ainsi :

Etablissement	Lits	Places
CHS de Mayenne	300	98
CH. De Laval psych. Infanto-juvénile		28
CH. Du Haut Anjou Château-Gontier		15
Clinique N.D. de Pritz	44	

La mise en place d'un Syndicat inter-hospitalier (associant les Centres Hospitaliers de Laval, Mayenne, Château-Gontier et le CHS de Mayenne) était présentée comme le cadre juridique de la coopération entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Devant être créé à compter du 1^{er} septembre 1999, ce SIH était pensé initialement pour assumer principalement, en fonction du principe de subsidiarité :

- la coordination des politiques sectorielles menées par les centres hospitaliers, de la psychiatrie de liaison, des urgences comme entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile,

- les missions intersectorielles en vue de les développer : alcoologie et soins aux toxicomanes, accueil familial thérapeutique, prévention et éducation sanitaire, thérapies familiales, nouvelles missions à venir,

- la formation des personnels, ainsi que l'harmonisation et le développement des systèmes d'information.

Conformément au principe de meilleure accessibilité au dispositif, le SROS a défini une organisation plus équilibrée de l'offre de soins sur le territoire départemental notamment en adossant les différentes structures aux trois Centres Hospitaliers de la Mayenne. Cette déconcentration du dispositif psychiatrique a entraîné une diminution des capacités d'hospitalisation complète et un développement des unités extrahospitalières. Cette organisation devait associer :

- un secteur Nord de psychiatrie générale géré par le Centre Hospitalier Nord Mayenne, résultant de la fusion avant le 1^{er} janvier 2001 du Centre Hospitalier et du Centre Hospitalier Spécialisé de la Mayenne (ce secteur correspondant globalement aux limites de l'arrondissement de Mayenne),

- deux secteurs centraux de psychiatrie générale et les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile gérés par le Centre Hospitalier de Laval correspondant à l'arrondissement de Laval. Ce qu'on appelait alors la « Clinique Sud » devait être rattachée avant le 1^{er} janvier 2001 au Centre Hospitalier de Laval,

- un secteur Sud de psychiatrie générale géré par le Centre Hospitalier du Haut Anjou dont « *les moyens notoirement insuffisants* » devaient être renforcés par redéploiements à partir des moyens provenant de la psychiatrie générale, des moyens internes du Centre Hospitalier du Haut Anjou et, après valorisation de ces ressources, d'une éventuelle mobilisation de l'enveloppe régionale.

Le SROS précisait, également, un certain nombre de principes :

- développer l'intersectorialité comme pour l'unité d'hospitalisation complète de la psychiatrie infanto-juvénile et l'unité spécialisée pour la prise en charge des malades autistes,

- le rapprochement avec les services de soins généraux, en premier lieu au niveau des urgences,

- renforcer les liens avec le dispositif médico-social dans un contexte de complémentarité collectivité départementale/Etat (30 lits de MAS et 40 de foyer occupationnel),

- approfondir le rôle de référent du secteur,

- affirmer le concept d'atelier intersectoriel d'alcoologie dans le cadre du réseau alcool et toxicomanies.

L'objectif de réhabilitation du patient était priorisé en demandant que soient :

- optimisés les soins ambulatoires en sachant qu'il importait d'affecter prioritairement les moyens départementaux redéployés de l'intra vers l'extra-hospitalier vers le secteur Sud Mayenne,

- accrues et diversifiées les formes alternatives de prise en charge,

- adaptées les capacités intra-hospitalières :

§ en psychiatrie générale il était prévu que le rééquilibrage de l'offre intra et extra-hospitalière autour des trois pôles entraîne nécessairement une baisse des capacités intra-hospitalières dans des valeurs compatibles avec l'application de l'indice partiel de 0,65 lits/1000 habitants arrêté pour la carte sanitaire de psychiatrie,

§ en psychiatrie infanto-juvénile l'unité intersectorielle de soins intensifs pour enfants et adolescents était prévue pour 8 lits initiaux pouvant être complétés ultérieurement de quelques lits en fonction des besoins. Par ailleurs il était indiqué que les 6 lits de pédiatrie spécialisés dans les soins aux adolescents complètent cette unité.

2. UNE SYNTHÈSE GLOBALE DE LA SITUATION ACTUELLE

Le Syndicat inter-hospitalier en santé mentale a été créé par arrêté du 5 août 1999 et installé le 12 avril 2000 (alors qu'il était mis fin, dans le même temps à l'existence de l'Etablissement Public Départemental de Santé Mentale) avec pour mission de coordonner la politique de santé mentale dont les opérateurs publics étaient désormais les trois centres hospitaliers de la Mayenne :

- le Centre Hospitalier Nord Mayenne puisque le CHS lui a été rattaché le 31 décembre 2000, ses capacités en psychiatrie générale étant les suivantes :

§ 15 lits et 44 places d'alternatives,

§ 50 lits intersectoriels pour patients chroniques,

§ des unités intersectorielles : thérapie familiale, alcoologie et toxicomanie,

§ 10 places d'accueil familial thérapeutique

- le Centre Hospitalier de Laval responsable :

§ de la psychiatrie infanto-juvénile avec ses deux secteurs disposant de 23 places d'hospitalisation de jour, de 6 places d'accueil familial thérapeutique et d'une unité de 4 lits d'hospitalisation complète devant prochainement disposer de 10 lits,

§ depuis leur rattachement, des deux secteurs lavallois de psychiatrie générale qui disposent depuis début 2000 de 96 lits installés (90 lits normalement autorisés dans la carte sanitaire) et de 44 places d'alternatives,

- le Centre Hospitalier du Haut-Anjou (Château-Gontier) qui pour le 5^{ème} secteur de psychiatrie générale ne dispose que de 15 places d'hospitalisation de jour.

Enfin, rappelons que la Clinique Notre Dame de Pritz est dotée de 44 lits et que son recrutement départemental apparaît notable (62 % des entrées).

La psychiatrie de la Mayenne a donc fait l'objet d'une recomposition très importante. Alors que l'essentiel de l'offre de soins était centralisé sur un établissement spécialisé départemental excentré, cette offre a été répartie en la rattachant aux trois établissements publics de santé du département, en tentant de la coordonner par un Syndicat inter-hospitalier et en proposant un redécoupage sectoriel (tenant compte des bassins de vie desservis par les trois centres hospitaliers) avec un passage de cinq à quatre secteurs. Les procédures administratives sont en cours.

Il est bien évidemment espéré que le redécoupage sera une opportunité pour favoriser une meilleure efficacité des CMP quant à leur couverture territoriale, l'amplitude d'accueil, l'optimisation des moyens (éventuellement mise à niveau).

L'aboutissement du nouveau dispositif passe par des infrastructures minimales d'accueil des patients. Rappelons que Château-Gontier en est actuellement dépourvu et que le Centre Hospitalier Nord Mayenne demeure très péniblement confronté à la transformation des unités intersectorielles de chroniques et au difficile problème d'orientation vers le médico-social des patients qui en relèvent.

La période intermédiaire que tous souhaitent transitoire apparaît délicate voire douloureuse. Cet aspect préoccupant est-il uniquement lié à la situation actuelle de la démographie médicale ?

Il n'en demeure pas moins que malgré les freins actuels, les points positifs et très encourageants pour l'avenir ne manquent pas.

Au Centre Hospitalier de Laval les unités d'hospitalisation complète de la psychiatrie générale permettent d'excellentes conditions d'accueil alors que la prise en charge des urgences et la liaison progressent de façon significative au sein d'un établissement qui perçoit de mieux en mieux ce qu'une démarche de santé mentale peut lui apporter.

Au Centre Hospitalier Nord Mayenne la présence de la psychiatrie aux urgences est très positive, la volonté des équipes paramédicales de faire face en intra comme en extra-hospitalier alors même qu'elles voient partir leurs médecins est exemplaire.

La Clinique de Changé prêle une réelle attention à certaines populations précarisées, reçoit 20 % de ses patients des urgences du Centre Hospitalier de Laval où interviennent, par ailleurs, plusieurs de ses médecins.

Une MAS de 30 lits, ouverte en 2000 sur le site du Centre Hospitalier Nord Mayenne est gérée par un Etablissement public médico-social qui a créé antérieurement un CAT, également à l'initiative du CHS.

3. PLUS PRECISEMENT

3.1 La psychiatrie générale

3.1.1 Le Centre Hospitalier de Laval

L'intégration de deux secteurs de psychiatrie générale au Centre Hospitalier de Laval est vécue par la Présidente de sa CME « *malgré un manque de psychiatres et une réorganisation qui n'est pas achevée* » comme étant réussie et s'imposant comme un apport considérable pour l'établissement : « *ils apportent beaucoup d'autant qu'un des chefs de secteur a été Président de CME* ». Cette réussite est comparée à « *un contre exemple* », celui de La Fontaine du Bac qui est un Centre Médical de rééducation fonctionnelle et de moyen séjour qui semble ne pas s'intégrer. Par ailleurs, cette unité s'est concrétisée après une période de psychiatrie de liaison à partir du développement des structures extrahospitalières de proximité, ce qui n'est pas sans rappeler une application du concept d'implantation préalable.

Dès à présent, les psychiatres sont dans toutes les commissions (gardes et astreintes, matériel, etc ...) alors qu'ils sont perçus comme « *tenaces et partie prenante* » ayant une forte culture institutionnelle et hospitalière et donc comme un facteur de dynamisation de l'établissement. Cet aspect apparaît relevé autant, sinon plus, à propos de leur implication et de leur investissement dans la vie hospitalière que pour ce qui concerne la position transversale de la psychiatrie dans le dispositif de soins.

L'intégration institutionnelle des personnels non médicaux de la psychiatrie est, tout autant, appréhendée comme réussie avec une forte présence des personnels psychiatriques au CTE ou à la Commission des Soins Infirmiers qui a été renouvelée (60 % de personnels des services de psychiatrie). A la CME, la CSSI est représentée par un infirmier psychiatrique. Persiste, actuellement, un problème lié aux notations quant à l'intégration administrative.

Trois points sont particulièrement soulignés : la qualité des locaux d'hospitalisation complète, la prise en charge des urgences psychiatriques, le positionnement actuel des psychiatres intervenant au niveau du Centre Hospitalier avant l'arrivée des secteurs psychiatriques.

Le bâtiment d'hospitalisation est situé à 5 minutes en voiture du site principal du Centre Hospitalier, ce qui peut être regretté à posteriori. Sa qualité induit une bonne acceptation des familles et des proches des malades avec un nombre moindre d'entrées dans le cadre des soins obligatoires ou liés à une alcoololo-dépendance et, surtout, une accentuation des accueils de nouvelles pathologies notamment réactionnelles ou survenant chez des jeunes.

La prise en charge des urgences psychiatriques subit un problème de locaux et d'accès à des lits de très court séjour. Elle rend de grands services avec la présence d'un infirmier jusqu'à 23 heures, le passage chaque matin d'un psychiatre et sa venue sur demande (astreinte) le reste de la journée, ce qui est très apprécié malgré, souvent, un certain temps d'attente. Rappelons que le service des urgences accueille 32 000 passages par an et dispose de 10 lits porte.

Pour ce qui concerne les psychiatres intervenant antérieurement au Centre Hospitalier, un praticien hospitalier temps partiel demeure rattaché au service de rhumatologie et s'investit au niveau d'une unité veille/sommeil alors qu'un temps partiel et un attaché vacataire ont été intégrés dans l'équipe médicale d'un des deux secteurs. Demeure la question de l'appellation d'une « unité de médecine à orientation psychiatrique » dans le cadre de la médecine interne.

L'hospitalisation des patients du secteur de Château-Gontier (20% des hospitalisations à Laval) selon leur date de naissance demeure perturbante et pose des problèmes délicats de prise en charge malgré quelques réunions de synthèse inter-équipes, une coordination par téléphone ou par courriers.

Pour les médecins-chef des secteurs de psychiatrie générale la greffe est en train de prendre parce qu'elle a été préparée depuis longtemps au niveau des personnels et qu'elle s'inscrivait dans une logique qui a été marquée, dans un premier temps, par la délocalisation de Mayenne à Laval des unités d'hospitalisation complète, avant même tout objectif d'intégration au Centre Hospitalier général

Le volontariat a été la règle et a concerné des professionnels qui habitent Laval, de nouveaux diplômés recrutés d'emblée avec cet objectif, voire des soignants habitant Mayenne ou sa proximité, tous étant motivés.

Le dispositif extrahospitalier avait été mis en place avec, notamment, deux hôpitaux de jour installés en 1995, il en avait de même dans la collaboration avec le Centre Hospitalier général d'emblée perçu comme un interlocuteur majeur. D'une certaine façon, la période d'attente s'est montrée complexe à gérer avec un désir de muter, de changer de vie professionnelle, de vivre une nouvelle expérience, comme d'une dynamisation et d'une capacité à imaginer comme à mettre en jeu une créativité.

La dénomination « *Service de Psychiatrie Adulte de Laval* » (SPAL) a été préférée à celle de « *Clinique Sud* ». Il n'est pas nécessaire de décrire dans le détail, dans ce rapport, des locaux d'hospitalisation remarquables parce que pensés. Cet ensemble symétrique de quatre unités (deux par service) s'impose comme lumineux, spacieux tout en étant contenant et respectant l'intimité (chambres individuelles avec sanitaires). Il apparaît fonctionnel, à partir d'une entrée commune qui abrite le secrétariat du syndicat interhospitalier, où sont effectuées l'accueil et l'orientation. Les postes de soins sont installés de façon adaptée et en proximité d'une chambre pour détenus qui a en fait la fonction d'une deuxième chambre d'isolement. Les repas sont pris dans un contexte de self. Les lieux de convivialité sont nombreux avec des patios. On relève de nombreux bureaux et des salles de réunion. Le sous sol qui est, en fait, un rez-de-jardin du fait d'une pente de terrain présente une surface considérable et, en termes d'activité, une grande salle de gymnastique bien équipée. Il est prévu que les archives de l'établissement y soient installées.

On relève 4 unités: une unité d'entrants et une unité plus axée sur l'insertion par service. Ce dispositif est couplé pour chaque secteur à un Centre Médico-Psychologique et un Hôpital de jour (les délais de premier rendez-vous sont à deux mois comme souvent pour l'offre de soins dans le libéral). Le SPAL bénéficie d'une garde de généraliste et d'une astreinte de psychiatre.

Une astreinte de psychiatre concerne, comme nous l'avons vu, également les urgences (les pédopsychiatres participent à cette astreinte assumée donc par une dizaine de praticiens).

Les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés au Centre Hospitalier de Laval dès leur création, ont des liens avec la psychiatrie générale par le biais de l'hospitalisation complète d'adolescents lors de nécessité. Dans l'organisation prévue en pôles de l'établissement, un pôle de psychiatrie associant les quatre services paraît s'imposer.

Les deux secteurs de psychiatrie générale précisent des besoins au niveau du renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète et de la création d'appartements associatifs.

Pour ce qui concerne leurs personnels, motivés et engagés, on ne peut qu'être frappé voire impressionné par un discours exprimé, notamment par les cadres, qui traduit une crainte persistante de dispersion et de détournement des moyens de la psychiatrie. Ces propos renvoient à l'identité de soignants se sentant différents des autres, à une « *différence de longueur d'onde* », de « *langages en rien comparables* ». Le sentiment que la psychiatrie est considérée par le MCO comme « *une grande maison de retraite rattachée* » renforce la revendication d'une spécificité dont il est craint qu'elle soit battue en brèche par le tempo, la respiration, le mode de fonctionnement de l'hôpital général. Sont donnés comme exemple une organisation des remplacements qui induit un turn-over incompatible avec la continuité des soins ou ce qui est perçu comme une manque de dialogue avec « *des réunions de cadres mensuelles dont l'ordre du jour est défini trois mois à l'avance* ».

L'entraide entre les deux secteurs paraît naturelle dans le cadre d'un vécu de « *camp assiégé* » et face à une gestion des ressources humaines stigmatisée comme risquant de « *casser la qualité des soins* ». Cette crainte est renforcée par un nombre croissant, amené à être prépondérant, des jeunes diplômés non encore expérimentés en psychiatrie et va jusqu'à évoquer celle « *d'une hémorragie des personnels* ».

On relève un fort désir de demeurer « *une entité psychiatrique* » risquant d'être « *phagocytée* », à commencer par le service des urgences. La crainte d'une psychiatrie « *gisement de moyens* » n'est toujours pas écartée pour ce qui est appelé par la psychiatrie « *la Tour* » et concerne le site principal de l'établissement.

Un tel discours défensif peut être jugé comme paradoxal puisque les seuls postes non affectés sont celui d'un infirmier général et d'un cadre, et que la gestion des personnels en dehors des arrêts maladie de longue durée est assumée par les services de psychiatrie.

En outre, un accueil des stagiaires infirmiers s'appuie sur une volonté de favoriser la motivation quant à la santé mentale des futurs diplômés (12 stagiaires en même temps : 2 par unité d'hospitalisation complète, 1 dans chaque CMP et hôpital de jour). Les professionnels de la psychiatrie interviennent régulièrement à l'IFSI et à l'Ecole d'Aides Soignants.

En fin de journée nous avons pu visiter deux unités extrahospitalières :

- *Le Centre Médico-Psychologique Les Pommerais*

Il a été ouvert en 1992 dans un quartier périphérique de Laval bien desservi par les transports en commun.

Il est installé dans un pavillon acheté avec plusieurs bureaux de consultation, une salle de réunion, un bureau pour le secrétariat, une cuisine conviviale. L'équipe est constituée par un cadre infirmier qui partage son temps avec l'hôpital de jour, 7 infirmiers (6,70 ETP), 1 secrétaire. Ce CMP est ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures avec des amplitudes élargies le mardi et le jeudi. Une démarche en réseau est développée avec les travailleurs sociaux, une cellule de médiation et une cellule locale d'insertion. Des interventions régulières et ponctuelles, si besoin, sont effectuées sans convention écrite dans des maisons de retraite, ces dernières appartenant et étant gérées directement par le Centre Hospitalier de Laval. Le dossier de soins est mis en place.

- *L'hôpital de jour du Secteur Laval-Ouest*

Il est installé depuis 1995 dans une grande maison très agréable en centre ville et n'est guère éloigné de l'hôpital de jour de l'autre secteur qui est en bord de Mayenne. Il dispose de 20 places et accueille une file active de 45 patients (une vingtaine de repas sont pris chaque jour). Alors que sept patients sont pris en charge depuis l'ouverture de l'unité, de nouveaux patients sont pris en charge surtout depuis 1997.

L'équipe est constituée par un cadre infirmier, 5 infirmiers et une ASH. Deux praticiens interviennent chacun pour un temps fixe chaque semaine et à la demande.

De nombreuses activités sont offertes selon un emploi du temps précis. Une activité de type CATTP / ergothérapie fait l'objet d'une réflexion dans un contexte qui se veut intersectoriel.

3.1.2 Le Centre Hospitalier de Mayenne

La situation est celle d'une fusion associant un Centre Hospitalier général et un Centre Hospitalier Spécialisé qui a vu partir par intégration au Centre Hospitalier Général de Laval deux de ses quatre secteurs.

L'équipe de direction assume, pleinement, une restructuration ambitieuse et délicate associant deux cultures d'établissement. La partie psychiatrique se trouve donc confrontée à deux données : un passage de quatre à deux secteurs puis à termes de deux à un secteur, une intégration dans un ensemble hospitalier associant des services MCO sans, encore, l'investissement d'un projet commun. Une telle conjoncture est, à notre connaissance, unique dans le paysage français de la santé mentale. Elle nécessite un « leader » médical convaincu.

Certains points peuvent être perçus comme facilitants : les deux établissements étaient géographiquement adjacents, le laboratoire de biologie appartenait au Centre Hospitalier Spécialisé, la blanchisserie était interhospitalière.

Il semble bien, qu'actuellement, cette équation si singulière est dominée par ce qu'il faut bien appeler un conflit qui peut être défini comme « *une guérilla perpétuelle* » entre le seul chef de secteur (l'autre secteur est sans chef de service depuis trois ans) et l'équipe de direction qui épuise et désespère les équipes et fait fuir les médecins.

Sont évoqués « *une impossibilité de travailler ensemble* », « *des conflits sans issue* » qui ne peuvent que constituer un facteur de malaise et de forte inquiétude voire de souffrance des personnels. Peut-on parler d'une culture médicale d'opposition ? Il n'existe pas actuellement de projet médical cohérent pour ce qui concerne la psychiatrie dans un contexte de remise en cause de ce qui a été déterminé, comme la mise en place d'un seul secteur.

Dans ce contexte, les médecins ne restent pas, ce qui ne peut qu'accentuer le sentiment d'insécurité des équipes. Des objectifs sont clairement réfléchis par l'équipe de direction :

- départementaliser l'activité médicale,
- aboutir à 50 lits par secteur,
- développer le dispositif extrahospitalier
- répondre aux besoins des patients actuellement hospitalisés au long cours et devant bénéficier d'une réponse prépondérante de type lieu de vie par la mise en place d'un Foyer à double Tarification et d'un Foyer Occupationnel (rappelons qu'une MAS a été créée),
- régler le problème de l'hospitalisation complète des patients du secteur de Château-Gontier.

Les personnels paramédicaux n'en peuvent plus d'attendre que des axes d'évolution soient précisément désignés afin qu'ils puissent se projeter dans un avenir professionnel perceptible (la moyenne d'âge des infirmiers est de 43 ans).

Les deux infirmiers généraux se coordonnent afin de travailler un projet de soins infirmiers qui ne pourra être clairement construit qu'à partir d'un projet médical qui tarde et que tous attendent. Issus de deux établissements, ils travaillent à une reconnaissance mutuelle. Bien évidemment, cette démarche est conçue comme une réflexion commune qui tout en tenant compte des particularités du soin psychiatrique doit être globale au sein d'un établissement. Sur ce plan, la volonté apparaît évidente. Chacun s'accorde pour relever que sur le plan infirmier, malgré une présence médicale limitée, les unités extrahospitalières assument leurs missions et fonctionnent autant que possible avec le sentiment d'un travail utile alors que les unités intrahospitalières sont clairement en difficultés (le retrait des ergothérapies intrapavillonnaires est souligné).

Il convient de relever le succès rencontré par l'équipe des Urgences Médico-Psychologiques (UMP) au niveau de l'UPATO qui assume les urgences psychiatriques notamment l'accueil des suicidants, développe une psychiatrie de liaison avec une forte responsabilisation des infirmiers. L'UMP a pris le relais des Centres Médico-Psychologiques

qui intervenaient à la demande au niveau du service des urgences. Son équipe est composée par un cadre coordinateur infirmier et trois infirmiers qui assurent une présence de 8 à 22 heures du lundi au vendredi et de 8 à 12 heures le samedi. La présence médicale est liée à une astreinte.

Dans une première approche, on peut penser que la composante santé mentale de cet établissement, volontaire pour être site pilote quant au PMSI psychiatrique, nécessite :

- d'avoir rapidement une lisibilité de ses axes de développement,
- avec un échéancier déterminé, fixant des délais d'application raisonnables.

Le Président de la CME qui est chirurgien, se définit comme appartenant à un établissement qui doit mener de front une série de changements dont une répartition des champs d'activité pour ce qui concerne la chirurgie (orthopédie effectuée par le public, le viscéral par le privé).

Il découvre la psychiatrie, sa culture de soins et institutionnelle qu'il perçoit comme un héritage. Une forte inquiétude concerne le départ de trois psychiatres, au début de l'année, dans « *un contexte de sous dotation* » et de manque de références médicales puisque « *huit postes sont vacants* » alors que les statuts des médecins recrutés dont certains sont précaires, sont différents et qu'un intérim de chefferie de secteur se pérennise.

Le Président de la CME qui relève avoir été sollicité par un patient psychiatrique qui affirmait ne pas avoir été vu par un médecin perçoit clairement une usure, une inquiétude forte des équipes psychiatriques.

Le problème du recrutement de praticiens apparaît très éloigné de ne concerner que les psychiatres : « *il existe une tendance à l'aggravation de la raréfaction du personnel médical* ». Dans ce contexte, le Conseil général et le Conseil de l'Ordre des Médecins a engagé une démarche pour favoriser les installations.

Les praticiens présentent des exigences de condition de travail et de rémunération (gardes, astreintes, horaires, etc ...). Actuellement le chef de secteur psychiatrique et les trois gynécologues ont une activité libérale dans le cadre du statut des praticiens hospitaliers. La commission d'activité libérale fonctionne.

Le médecin chef du secteur Nord-Ouest qui est chef de service depuis 12 ans a été intérimaire de l'autre secteur (il n'y assure plus que la signature des documents médico-légaux, étant seul habilité à le faire du fait de son statut de praticien hospitalier). En s'appuyant sur ses rapports médicaux annuels et les comptes-rendus des conseils de service, souligne plusieurs points concernant l'activité de son service tout en en proposant une analyse.

Il explique la réaugmentation des hospitalisations complètes par le départ d'un praticien et l'augmentation des rechutes liées à celle de la file active. On assiste à une permanence des premières admissions. La fermeture de deux pavillons explique la chute du nombre des journées d'hospitalisation sans recours, initialement, à une intersectorialité alors que les prises

en charge s'améliorent dans les maisons de retraite. La durée moyenne de séjour des unités d'entrants (autour de 30 jours) apparaît en voie de réaaugmentation.

Le Docteur Pouliquen apparaît convaincu de la nécessité du maintien de deux secteurs du fait de l'intérêt « *d'un effet de masse* », de l'attractivité d'une chefferie.

Pour ce qui concerne le site intrahospitalier les pavillons 1 et 2 ont été désaffectés le 3 mai 2000 du fait de la création du SPAL à Laval (10 patients sont demeurés à Mayenne et sont actuellement hospitalisés au pavillon 5 A).

Le Bloc des Spécialités continue à accueillir des bureaux médicaux et les deux PC médicaux, l'UMSP, l'antenne du CCAAT géré par le SIH, la médecine du travail, des locaux mis à disposition de la Sous-Préfecture (visites pour le permis de conduire) et la MSA, les consultations de gynécologie. Les deux pavillons d'entrants (3 et 4) disposent de 25 lits d'hospitalisation complète et de 2 places de nuit. Le pavillon 7 est subdivisé en 25 lits de soins de suite du Secteur Nord/Ouest (A) et d'une unité intersectorielle de 25 lits amenée à être transformer en Foyer à double Tarification ou en Foyer Occupationnel (B). Le pavillon 5 est également subdivisé en 25 lits accueillant des psychoses chroniques déficitaires dont des patients autistes (une unité est souhaitée pour autistes) (A) et 25 lits de soins de suite du Secteur Nord/Est (B).

Dans un contexte « *d'hôpital-village* », le Centre social regroupe le self du personnel, la boutique, une salle de spectacle, les activités ergothérapeutiques, les locaux de la thérapie familiale, la salle de réunions de l'Accueil Familial Thérapeutique. Enfin, il existe une zone d'activités sportives (La Baudrairie).

Sur le plan de l'extrahospitalier le Secteur Nord/Ouest dispose d'un CMP et d'un hôpital de jour de 20 places rue Roublois à Mayenne alors qu'une antenne de CMP est ouverte à Ernée du lundi au vendredi de 8 heures 30 à 17 heures. Quant au Secteur Nord/Est, son CMP est situé au rez-de-chaussée du bâtiment administratif et son hôpital de jour de 20 places est dans le Centre social. Une antenne du CMP est ouverte à Villaines-la-Juhel 2 jours par semaine et à Evron, également 2 jours par semaine.

L'ensemble des cadres des secteurs psychiatriques disent subir durement le manque de temps médicaux qui implique au niveau des suivis extrahospitaliers des prises en charge transférées aux généralistes et aux travailleurs sociaux avec une préparation qu'ils pensent insuffisante. Cette situation induit, également, en amont une tentative de « *filtrage* » des demandes. Les hôpitaux de jour ont vu le temps médical mis à disposition « *divisé par deux* ».

En fait, les situations sont bien évidemment difficiles et différentes pour les unités d'entrants et celles d'hospitalisation au long cours.

Dans le cadre du projet d'établissement, en janvier 1998 un département intersectoriel de patients accueillis en hospitalisation complète au long cours sans admissions prévues a été déterminé dans l'optique de la création d'unités médico-sociales. Par ailleurs, une MAS a été créée.

Actuellement, un comité de pilotage interprofessionnel se réunit régulièrement une fois par mois afin de penser un projet cohérent et répondant aux besoins des patients accueillis aux

situations cliniques et aux déficits variés (psychoses infantiles et autismes à l'âge adulte, psychotiques chroniques stabilisés, pathologies organiques avec aspects déficitaires). Cette population présente une moyenne d'âge de 40 ans (de 16 à 67 ans). Les conditions d'accueil demeurent précaires, insalubres, et le sont de plus en plus le temps passant, ce qui a été confirmé par la commission de sécurité. Les pavillons concernés sont des unités d'hospitalisation classiques qui n'ont pas bénéficié, dans l'attente de structures à créer, de mise aux normes et d'aménagements dans le cadre de cohabitation de pathologies variées. Ces conditions d'accueil maintiennent un climat difficile propice aux aménagements caractériels, aux automutilations et à l'hétéroagressivité. Une telle hétérogénéité de situations cliniques apparaît de plus en plus difficile à gérer sans conditions adaptées en termes de lieux de vie (chambres à trois lits, nombre important de patients, nécessité de prises en charge variées) et impossible à mener ensemble en un même lieu.

Le projet actuellement réfléchi, dans un contexte de professionnels essentiellement sanitaires, ne se fait pas en relation avec l'équipe de la MAS (absence de contacts depuis le départ du Docteur Lenoir qui y intervenait) et propose une réponse spécifique pour les autistes, un foyer à double tarification ou occupationnel, un long séjour psychiatrique, une maison de retraite. L'inscription du dispositif médico-social à mettre en place gagnerait à être pensé dans un contexte de réseau sanitaire/médico-social départemental avec prestations interprofessionnelles de liaison de la psychiatrie dans les lieux médico-sociaux, en organisant un lieu hospitalier intersectoriel d'hospitalisations séquentielles afin de répondre aux besoins des résidents des structures médico-sociales lors de décompensation.

On assiste, actuellement, à une démedicalisation des unités de long séjour qui induit clairement un risque de dérive pour des équipes confrontées à une situation néo-asilaire de fait et reproduite.

La conjonction de l'absence de projets clairement définis quant à leurs contenus et à leurs dates de mise en place, du maintien de conditions matérielles d'accueil inadaptées, de la démedicalisation constitue un ensemble de données dont les effets sont bien connus et doivent être prévenus.

Les cadres regrettent un manque de reconnaissance des unités extrahospitalières dans leur ensemble, lié à l'évidence aux temps médicaux limités qui y sont actuellement affectés. Le rôle des psychologues est très apprécié. Dans les CMP, les médecins présents surtout lors des consultations (qui peuvent concerner jusqu'à 18 patients), ne communiquent pas suffisamment entre eux. L'absence fréquente de médecin lors de premier contact ou lors des situations d'urgence en CMP nécessite une maturité et une autonomie des personnels qui ont leurs limites et nécessitent d'être codifiées (délais d'attente de 3 mois pour une consultation médicale programmée).

Le cadre de l'UMP souligne la satisfaction des infirmiers quant à leur travail dans le cadre de l'urgence. L'absence de lits de très court séjour alors que la « *pression* » sur les lits à Mayenne et Laval oblige, souvent, à une recherche difficile et prenant du temps pour trouver une solution de façon éloignée (Le Mans, Flers, Alençon).

Les unités d'entrants, avec plus d'une admission par jour, ont le sentiment de ne pas apporter autant qu'elles le voudraient du fait d'une absence de maîtrise en amont et en aval. L'hospitalisation des patients du secteur de Château-Gontier, souvent dans le cadre de soins

obligatoires posent fréquemment des problèmes de sortie en l'absence de proximité et embolisent ces unités. Les médecins y sont beaucoup plus présents que dans les autres unités et elles bénéficient d'une restructuration de qualité avec de bonnes conditions d'accueil et une qualité hôtelière adaptée.

De façon plus globale, les cadres des secteurs de la psychiatrie de Mayenne gardent le sentiment d'avoir vécu « *un séisme* ». Ils perçoivent une discontinuité dans leur évolution professionnelle alors que, pour eux, les équipes des secteurs de Laval s'inscrivent dans une continuité.

Derrière le malaise, actuel, tout à fait compréhensible, ils demeurent engagés et font face à une situation difficile. Ils aspirent, avant tout, à une lisibilité de l'avenir de leur dispositif de soins.

3.1.3 Le Centre Hospitalier de Château-Gontier

Le secteur qui a été créé et rattaché au Centre Hospitalier du Haut-Anjou (Château-Gontier) n'englobe pas le canton de Segré, en Maine et Loire, contrairement à ce qui prévaut dans la carte sanitaire de Médecine, Chirurgie, Obstétrique. L'offre y est pour le moment très limitée pour un secteur de psychiatrie générale de 52 896 habitants (avec des perspectives de 70 000 habitants) appartenant à un bassin de santé et de vie (la Mayenne Angevine) scindé sur le plan de la cartographie sectorielle puisque Segré situé à 20 kilomètres de Château-Gontier s'inscrit au sein d'un secteur rattaché au CESAME (nous verrons plus loin l'état actuel des effets de la convention liant les deux établissements). La situation actuelle peut être perçue comme une implantation préalable qui peine à dépasser le stade des principes alors que lors d'hospitalisation (soins obligatoires ou absence de possibilité en médecine à Château-Gontier) les patients sont orientés, selon leur trimestre de naissance, sur un des quatre autres secteurs de psychiatrie générale de la Mayenne. Une telle situation très insatisfaisante pour tous, à commencer pour les patients, perturbe comme nous l'avons vu le fonctionnement de secteurs confrontés eux-mêmes à une restructuration délicate.

En outre, le rattachement d'un secteur unique à un hôpital général, formule dont on connaît les difficultés, rencontre un dispositif MCO en pleine restructuration.

Le Centre Hospitalier de Château-Gontier occupe définitivement une position majeure sur le plan MCO dans son bassin sanitaire puisqu'il assume totalement dans le public la chirurgie et l'obstétrique depuis 1996 et qu'il a acquis une clinique.

Pour ce qui concerne actuellement l'activité psychiatrique le Docteur Giraud, praticien à temps partiel, assume la fonction de chef de service alors qu'un objectif de quatre ETP de psychiatres est affiché. Le Centre Médico-psychologique est installé transitoirement dans l'ancienne mairie sur la place du marché en centre ville ce qui, malgré des conditions précaires, a l'avantage d'offrir des lieux banalisés et connus de la population. L'activité de consultation et de VAD est complétée par une possibilité d'accueil de jour et des hospitalisations autant que possible (état clinique le permettant et disponibilité de lits) en médecine au Centre Hospitalier de Château-Gontier en forte complémentarité avec l'hôpital de jour et pour des séjours de durée limitée ne dépassant pas une dizaine de jours.

Le problème de l'hospitalisation pèse d'un poids bien évidemment considérable sur la situation actuelle ne serait-ce que par la discontinuité des soins induite, la multiplicité des interlocuteurs au niveau des équipes chargées des temps hospitaliers (multiples unités sur deux sites hospitaliers) l'image du SPAL étant bien mieux perçue par les patients et leur famille que le Centre Hospitalier de Mayenne qui demeure marqué par l'image de «l'hôpital psychiatrique», établissement chargé d'accueillir les malades mentaux du département. Or, souvent il n'y a pas de lit de libre à Laval et Mayenne et trouver une solution (jusque dans l'Orne) demeure un exercice épuisant demandant un temps et une énergie considérables.

Bien entendu, les malentendus demeurent le lot quotidien et à Château-Gontier on trouve que les hospitalisations sont souvent trop courtes et que les patients sortent de façon insuffisamment stabilisée (nous avons vu qu'à Mayenne et Laval le vécu est inversé puisque le sentiment est souvent celui d'hospitalisations prolongées sans nécessité faute de solution d'aval et de possibilités d'activités ambulatoires à la hauteur des situations rencontrées).

La vision de l'équipe de Château-Gontier apparaît claire : disposer en propre de lits, développer l'hôpital de jour et le CMP en accentuant sa capacité à permettre une alternative à l'hospitalisation complète (hospitalisation à domicile, appartements thérapeutiques). De façon plus précise sont évoqués : 4/5 lits de très court séjour sur le site des urgences, 15 lits de court séjour, 10 lits de moyenne et de longue durée.

Actuellement, le sentiment de l'urgence d'une solution à trouver est évident : le CMP « est au maximum » de ses capacités avec les moyens dont il dispose alors que des antennes existent à Craon, Grez-en-Bouere. A Craon une activité CATTP a lieu une fois par semaine.

Il importe d'intégrer dès maintenant dans les schémas de pensée et donc à terme dans les stratégies thérapeutiques, la place d'une hospitalisation complète gérée directement par ce secteur (plutôt qu'une solution affichée mais accessible dans plusieurs années). L'équipe de Château-Gontier pense que les patients hospitalisés au long cours et demeurés sur le site de Mayenne relèvent de réponses à mettre en place sur le plan départemental dans le cadre de structures médico-sociales et ne doivent pas être hospitalisés dans les lits sectoriels de Château-Gontier à créer.

Le CESAME/CHS de Sainte-Gemmes-sur-Loire est un établissement public départemental important (602 lits et 390 places) qui a développé les soins ambulatoires en jumelant les structures de premier recours (CMP/CATTP) avec les hôpitaux de jour et a pour objectif de se conformer à 45 lits par secteur de 70 000 habitants comme le préconise le SROS de Psychiatrie. Le 10^{ème} secteur de psychiatrie générale (créé en 1993) est en voie d'être transféré au Centre Hospitalier de Saumur après un long et patient travail de mise en place de l'extrahospitalier et donc d'implantation locale comme préalable au sein de l'hôpital général.

Le CESAME suit avec attention les projets de révision du découpage sectoriel du Choletais concernant les secteurs rattachés au Centre Hospitalier général de Cholet (121 lits et 79 places). Cet établissement a le sentiment de servir de secours pour de nombreux services de psychiatrie dans les départements adjacents lorsqu'un manque de lit disponible se précise.

Le secteur 49 G 05 dont le médecin-chef est le Docteur Desormeaux, a une vaste zone sectorielle qui associe Angers Nord-Ouest, Avrillé, Châteauneuf-sur-Sarthe, Le Lion

d'Angers, Pouancé et Segré. L'hôpital de jour de Segré fonctionne de façon satisfaisante avec des personnels dont la résidence administrative est à Angers. La création d'un poste de praticien hospitalier rattaché au secteur 49 G 05 et partagé entre château-Gontier et Segré a pu être appliquée sur le terrain pendant six mois. Le financement du poste était prévu et la prime multisites acceptée mais n'a pas été versée puisque le praticien est parti. Ce praticien qui a « tenu le coup » pendant un semestre a partagé son temps pour 5 demi-journées à Château-Gontier et 3 à Segré compte tenu des 2 demi-journées d'activité d'intérêt général. Un tel poste, du fait même de deux pôles d'activité, nécessite une bonne expérience de terrain et institutionnelle ainsi qu'une forte motivation dans un contexte de nécessité de vitalisation d'un pôle ambulatoire encore fragile, dont il est pensé à Angers qu'il dépendrait au mieux avec profit du Centre Hospitalier de Laval.

3.1.4 La Clinique Notre Dame de Pritz à Changé

Cet établissement de 44 lits créé en 1965, privé à but lucratif, conventionné, qui appartient à Médipsy depuis 1992, présente certaines particularités qui méritent d'être soulignées d'emblée car peu habituelles.

Il répond de façon significative aux besoins de prise en charge de la Mayenne puisque 20 % des entrées en 2000 provenaient du service des urgences du Centre Hospitalier de Laval proche (des médecins de la clinique interviennent à l'UMP). Une attention est portée aux besoins d'hospitalisation de populations précarisées. Une collaboration clinique/hôpital est effective pour les sismothérapies qui ont lieu sur le site de la clinique qui est également partie prenante dans des programmes de santé publique (prévention du suicide, alcoologie avec partenariat avec le Centre de la Bréhonnière).

Le programme d'optimisation de la qualité est en place depuis fin 1997, ce qui s'est traduit par l'accréditation de l'établissement en juin 2000. Diverses instances fonctionnent dont le CLIN et la commission de conciliation.

Une restructuration immobilière a été entreprise afin d'améliorer le confort, la sécurité et la fonctionnalité : création d'un nouveau bâtiment d'hébergement avec chambres individuelles (demeurent 16 chambres doubles), de deux infirmeries, de salons supplémentaires (fumeurs et non fumeurs) d'une nouvelle cuisine et plus récemment d'un ascenseur.

On relève la présence de 5 psychiatres, 1 généraliste, 1 pharmacien, 1 psychologue mi-temps, 40 ETP paramédicaux pour 45 personnels. A noter, aussi, la présence la nuit, les week-ends et jours fériés d'étudiants en médecine non thésés disposant d'une autorisation de remplacement du Conseil de l'Ordre. Des médecins spécialistes interviennent à la demande (cardiologues, ...) comme un généraliste installé sur la commune. Les 35 heures sont négociées depuis juin 1999 et appliquées depuis octobre 1999. L'absentéisme apparaît faible. Le personnel a souscrit des actions dès l'entrée en bourse de Médipsy. Le prix de journée est de 750 francs, honoraires non compris.

On relevait l'année dernière 376 entrées (62 % de femmes) dont 30 patients bénéficiant de la CMU. Pour 15 852 journées réalisées la DMS est de 42 jours (elle est en augmentation puisqu'elle était auparavant de 32 jours). Il existe des problèmes d'aval puisque trois patients

sont hospitalisés depuis plus d'un an et sont en attente de placement en structure médico-sociale. Le recrutement est départemental à 64 % et régional à 71 % (quand il ne l'est pas, la Bretagne et surtout la Normandie sont concernées : Orne, Calvados, Manche).

Une réflexion interne concerne une implication au niveau de la psychogériatrie et de places de jour. Elle apparaît assez aboutie au niveau de lits de post-urgence sous forme d'un projet « d'Unité de Courte Durée Psychiatrique » avec extension de sept lits et à moyens constants bien que la venue d'une assistante sociale est vivement souhaitée.

Ce projet exprime une volonté de s'inscrire de façon affirmée et croissante dans le SROS compte tenu des particularités de l'établissement :

- montée en puissance des urgences,
- motivation médicale,
- désir d'améliorer l'accueil des situations cliniques aiguës,
- réponse au libre-choix en aval de l'accueil et de l'évaluation qui relève des services d'urgence, des CMP, des médecins libéraux et non de la post-urgence,
- favoriser les complémentarités public-privé.

Le fonctionnement proposé est le suivant :

- accueil en moins de 48 heures en journée et non 24h/24,
- de patients ne relevant pas de soins obligatoires,
- en chambres individuelles, proches de l'infirmierie centrale,
- durée de séjour en moyenne de 7 jours ne dépassant pas 10 jours dans tous les cas,
- un des 7 lits devra être chaque jour disponible.

3.2 La psychiatrie infanto-juvénile

La psychiatrie infanto-juvénile de la Mayenne est entièrement rattachée au Centre Hospitalier de Laval.

3.2.1 Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

Le deuxième secteur (Nord) a été créé au début des années 80. Le 53 I 01 (château-Gontier, Craon, Evron) a été longtemps dirigé par le Docteur Fosse qui n'a pas demandé le renouvellement de sa chefferie. Le médecin-chef du secteur 53 I 02 est le Docteur Hulo.

Le rattachement d'un seul secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans un premier temps à un Centre Hospitalier général, puis d'un second intersecteur au moment où les moyens ont été partout fixés peuvent, sans doute expliquer, les faibles moyens dont dispose le I 01 et les très faibles moyens du I 02.

Secteurs	infirmiers	Personnels d'encadrement infirmier	AS H	psychologues	Assistant de service social	Autre personne non médical affecté au service	Secrétaire médicale	Psychomotricien	Instit.	Orthophoniste	Total
101	17.50	1.00	4.00	3.75	1.00		2.00	1.00	1.00	1.75	33.00
102	6.00	1.00		3.50		1.00 ⁽¹⁾	1.50	2.30		0.80	16.10
Effectif total	23.50	2.00	4.00	7.25	1.00	1.00	3.50	3.30	1.00	2.55	49.10

Sur le plan médical on relève 4 ETP pour le IO1 et 3,5 ETP pour le I 02 (un poste est vacant au Nord et un demi poste l'est au Sud alors que les mutations sont fréquentes). Un poste a été créé pour l'unité d'hospitalisation complète.

Les capacités relevant de la carte sanitaire sont les suivantes :

AIRE DE PLANIFICATION	Population de 0 à 16 ans	EQUIPEMENTS			INDICE GLOBAL
		Hospitalisation complète	Hospitalisation de jour	Accueil familial Thérapeutique	
Secteur I 01	28 661		17	5	0.77
Secteur I 02	32 122	4	UAT 6		0.19
Total	60 783	4	23	5	0.46

Le dispositif extrahospitalier est constitué :

- pour le I 01 par des CMP/CATTP à Laval, Château-Gontier, Evron et Craon (extramuros),

- pour le I 02 par des CMP/CATTP à Laval, Ernée (2 jours par semaine) et Mayenne.

En fait, chaque intersecteur dispose d'un CMP à Laval installés tous les deux dans un même bâtiment sur le site de la maison de retraite Saint-Julien, en ville et donc à distance de l'hôpital.

Partout, les files d'attente sont importantes et le demeurent.

La direction de l'établissement a demandé au Docteur Hulo de mener une réflexion sur une départementalisation des deux services dans un climat particulièrement difficile et qui ne s'y prête pas.

Au delà de conflits institutionnels persistants, la situation rencontrée par les équipes est marquée par une offre de soins encore limitée par rapport aux besoins ce qui ajoute à un sentiment d'insécurité et s'impose comme culpabilisant.

Il a fallu dans ce contexte « tirer partie des manques » et confier à l'ambulatoire bien au delà de ce qui lui revient du fait des capacités existantes de l'accueil de jour. D'où des tensions au niveau des prises en charge, un sentiment fréquent que les suivis sont « sur la corde raide » avec un risque d'éviction scolaire et à terme sociale. Afin de répondre au plus grand nombre possible des demandes, les soins sont volontiers proposés « en pointillé » en privilégiant le nombre plutôt que l'intensité. Une telle fragmentation a permis un nombre croissant de prises en charge. Si d'emblée, une conception d'un travail séquentiel (présence de 3 à 5 journées et demi en hôpital de jour) a pu être pensée comme capable de répondre de façon adaptée, une dérive sous la pression des demandes est perçue comme inquiétante voire inadaptée d'où un certain découragement : « on fait peser sur des institutrices de maternelle des enfants autistes ». Une démarche imaginative a mis beaucoup d'espoir sur l'intégration scolaire, mais les limites en sont actuellement très perceptibles lors de troubles du comportement persistants concernant souvent des enfants psychotiques.

Le secteur Nord a des délais d'attente de trois mois sauf lors de situation présentée comme urgente. Les psychologues du service assurent des premières consultations mais sont à leur tour, saturées. Les infirmiers assument des entretiens de bilan, mais « cela bouche » pour les psychothérapies analytiques lors d'indication. Certains enfants peuvent être orientés vers les consultations libérales.

Alors que le dépistage des troubles autistiques et psychotiques apparaît de plus en plus performant, il n'existe pas de relais possibles le plus souvent, en dehors de consultations du fait de la sous capacité criante des hôpitaux de jour.

Des enfants de Château-Gontier font 400 kilomètres par semaine, pour se rendre à Laval, dans l'attente de l'ouverture d'une unité d'accueil de jour au Sud.

Il n'en demeure pas moins que dans un tel contexte, bien des démarches paraissent intéressantes, créatives sans avoir le temps de mener une réflexion quant au fond, dans un contexte d'équipes responsabilisées et se vivant comme militantes alors qu'elles se sentent isolées ne serait-ce qu'au sein de leur établissement.

Il existe un fort désir de développer la formation/supervision dans le cadre d'un sentiment d'isolement voire d'éclatement à tel point que : « cela devient de la formation individuelle » (le secteur Sud a bénéficié d'une dotation de 33 000 francs l'année dernière pour la formation continue). L'accueil des stagiaires de l'IFSI est investi avec le but avoué de les motiver, à l'avenir, pour la psychiatrie.

La psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier de Laval est installée pour son site principal dans la partie ancienne de l'hôpital en centre ville. Les activités ambulatoires, les secrétariats et les bureaux médicaux y subissent un problème d'insonorisation car ils sont

installés dans un ancien bâtiment hospitalier, les nombreuses pièces étant situées de part et d'autre d'un long couloir (le secteur Nord au rez-de-chaussée, le secteur Sud au premier étage où les moquettes sont usées avec un problème d'hygiène).

Les services se sont montrés actifs pour répondre à des appels d'offre de « sponsoring » (opération pièces jaunes de la Fondation de France, concours organisé par un laboratoire) afin d'améliorer les locaux (ce qui a permis notamment une très jolie décoration en trompe-l'œil du couloir du rez-de-chaussée). Les pièces du rez-de-chaussée semblent avoir été dans l'ensemble repeintes ce qui n'est pas le cas de celles du premier.

Deux autres bâtiments sont situés sur le même site : l'un a vu sa toiture refaite alors qu'il est désaffecté, l'autre accueille l'hôpital de jour dans des conditions précaires alors que le toit est défectueux et nécessite d'être bâché.

En fait les locaux de l'hôpital de jour initialement hospitaliers (ancien service des prématurés) et, pour une petite partie ancien appartement de fonction n'ont pas bénéficié d'une réelle adaptation, malgré de longues années d'usage, à leur nouvelle fonction. Les espaces souvent étroits sont sommairement aménagés et non fonctionnels pour des enfants. Une salle d'activité très agréable a été refaite grâce à l'association des parents.

Une salle à manger, plusieurs salles d'activités et de lieux de vie accueillent trois groupes adolescents et grands enfants (8 infirmiers pour les 2 groupes) et petits (4 infirmiers). Celui des adolescents (8 places) a lieu le mercredi après-midi, celui des grands (12 places) le mardi et le jeudi et celui des petits (5 places) tous les jours. Enfants et adolescents viennent en taxi ou VSL de tout le département. Le manque d'espace oblige à un planning rigoureux.

On relève une pièce d'eau bien installée, un jardin pour les petits et un autre pour les grands. L'équipe a le sentiment d'un manque de temps en psychologue, psychomotricien et infirmier.

Le Docteur Fosse est arrivé en 1992 d'abord comme faisant fonction de praticien hospitalier. Alors qu'elle a eu rapidement le sentiment que la question cruciale des adolescents était posée en Mayenne, elle s'est rapprochée des pédiatres (au moins une demi-journée par semaine en pédiatrie avec une psychologue et une infirmière). La confrontation aux tentatives de suicide a induit une étude épidémiologique avec l'INSERM de Rennes qui a permis de prendre en compte les tentatives de suicide non hospitalisées par une démarche auprès des généralistes (le nombre de tentatives de suicide hospitalisées doit être multiplié par sept). Un projet pluridisciplinaire a concerné les réponses aux besoins des adolescents avec la création d'un poste de praticien hospitalier en pédiatrie et en pédopsychiatrie, d'un quart de temps de psychologue, de trois quart de temps d'assistante sociale, d'un ETP infirmier en pédopsychiatrie et de quatre ETP infirmiers en pédiatrie. L'expérience a débuté en 1997. Une deuxième étude INSERM a été soutenue par Philippe Jeammet et Daniel Marcelli.

Parallèlement, un effort d'information a été accompli auprès des généralistes. Des journées de formation ont été proposées au niveau départemental. Le constat qu'en amont de l'hospitalisation ces jeunes n'ont pas de réelle pathologie mentale mais se trouvent dans une impasse liée à la solitude et à l'isolement particulièrement marqués en milieu rural, a été à l'origine d'un point d'accueil et d'écoute anonyme et gratuit pour les jeunes de 12 à 20 ans. ESPACE a été pensé pour ne pas être connoté psychiatrique et /ou médical et mis en place

avec un objectif de prévention avec le soutien de la FSF, la ville, le conseil général (un poste d'assistante sociale) et la DDASS (un poste d'infirmier).

Un emploi-jeune n'a pas été remplacé et il reste une seule infirmière, ESPACE étant actuellement fermé du fait de la récupération des congés. Il pourrait être transformé en structure médico-sociale telle qu'un Point Accueil Jeunes. Alors que des expériences similaires sont préconisées par le SROS de Psychiatrie une telle situation est mal vécue par les promoteurs d'une initiative s'appuyant sur une vision communautaire même si elle a pu être perçue comme trop « psy » et ne travaillant pas assez en réseau, remettant en cause la capacité de la société à répondre aux besoins des adolescents particulièrement en milieu rural et donc en Mayenne.

3.2.2 L'unité pour adolescents de la pédiatrie

La répartition des pédiatres libéraux en Mayenne est la suivante : un pédiatre à Château-Gontier (vacations à la maternité publique), un pédiatre à Mayenne (vacations à la maternité publique), deux pédiatres à Laval (un libéral exclusif, un praticien à temps partiel au Centre Hospitalier).

Le Département de pédiatrie du Centre Hospitalier de Laval regroupe cinq Unités Fonctionnelles : accueil/urgences, hospitalisation complète, hospitalisation de jour, néonatalogie, unité de soins pour adolescents.

Cette dernière unité s'inscrit dans un projet qui a été conçu en commun avec la psychiatrie infanto-juvénile (Dr Fosse) concernant plusieurs niveaux amenés à être coordonnés et complémentaires : unité d'hospitalisation complète de pédiatrie, unité d'hospitalisation complète de psychiatrie infanto-juvénile et ESPACE, lieu de rencontres et de prévention.

Le contexte est celui de l'accueil des adolescents de 12 à 18 ans dans le cadre d'un hôpital général permettant une évaluation rapide, de préciser un diagnostic et d'engager puis de poursuivre une réponse thérapeutique adaptée dans une sorte de « sur-mesure » et dans une optique fermement pluridisciplinaire (somaticiens et psychiatres) ainsi que dans un cadre interprofessionnel. Le projet s'est inspiré des expériences antérieures (Courtecuisse, Alvin, Marcelli).

Auparavant, l'établissement recevait un nombre croissant d'adolescents, souvent à la suite d'une tentative de suicide et amenés à être hospitalisés « de façon éparpillée dans tous les services en fonction des places au delà de l'âge de 15 ans ».

L'unité d'hospitalisation est située au sein du service de pédiatrie et dispose de 6 lits spécifiques pour 12 lits de pédiatrie. L'équipe « adolescents » de la pédiatrie intervient en journée jusqu'à 18 heures sauf les week-ends. Elle est donc absente en soirée et pendant la nuit.

Les pédiatres trouvent que la souplesse prévue a abouti à une création de postes en personnels insuffisante et que la non stabilité des psychiatres pose problème puisque quatre

d'entre eux se sont succédés depuis l'ouverture. Un enseignant tente de maintenir une appétence scolaire en organisant une classe l'après-midi jusqu'à 16 heures. En semaine, des ateliers sont co-animés par des infirmiers (psychiatrique et pédiatrique). Un groupe de parole est centré sur le vécu de l'hospitalisation.

L'équipe de pédiatrie ados. outre le Dr Paris, praticien hospitalier, est constituée par une infirmière et une auxiliaire le matin, une auxiliaire l'après-midi. L'activité est déplacée aux urgences après 18 heures. Pour la pédopsychiatrie, une présence infirmière est quotidienne (avec deux intervenants), le pédopsychiatre vient à deux reprises par semaine et la psychologue une fois par semaine (initialement son travail était plus axé sur le soutien et l'écoute de l'équipe).

Les lieux d'accueil des adolescents sont installés de façon diffuse au sein du service de pédiatrie qui est en étage : quatre chambres dont deux à un lit, une salle de jeu à distance de ces chambres, un lieu de vie plus calme est conçu comme un lieu convivial avec télévision, ordinateur...

La population accueillie concerne les 12-18 ans avec une moitié de problèmes somatiques et une autre moitié de situations présentées comme « psychosociales » (dont la moitié est constituée par des adolescents ayant fait une tentative de suicide). Le jour de notre visite on relevait la présence de trois jeunes filles anorexiques.

La DMS est de 5 jours (2,5 jours pour les troubles somatiques et 8 jours pour les troubles psychologiques voire beaucoup plus pour certaines pathologies, type anorexie mentale). Les adolescents ayant fait une tentative de suicide sont surtout adressés pour suivi aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ils sont revus systématiquement trois semaines après leur sortie par le pédiatre. Depuis que cette collaboration se déroule, on assiste à un métissage des cultures de soins : notamment les pédiatres découvrent la nécessité de temps hospitaliers poursuivis au delà de ce qu'ils connaissaient, les pédopsychiatres assument celle de réponses à court terme.

Les pédiatres navrés des longs temps d'attente pour une consultation pédopsychiatrique ont eu l'idée que chaque praticien hospitalier de cette discipline se libère deux demi-journées par mois afin d'être disponible pour toute sollicitation non programmée.

3.2.3 L'Unité de Soins Intensifs Spécialisés pour Enfants et Adolescents (USISEA)

Ouverte depuis le 17 juillet 2000, elle est installée dans un pavillon à l'entrée de l'hôpital qui était auparavant un logement de fonction. L'espace est scindé, en se servant au mieux de l'architecture intérieure initiale entre une cuisine, une salle à manger, une salle d'accueil, une salle de jeu et quatre chambres individuelles.

L'équipe est constituée par 8,60 ETP infirmiers et 2 aides-soignants (deux sont au moins présents constamment). La présence médicale est assurée par un mi-temps de praticien hospitalier.

Alors que les jeunes patients sont admis après une consultation de préadmission, les séjours sont prévus pour une courte durée (de quelques jours à quelques semaines). Mais actuellement 2 enfants sont accueillis au long cours faute de solution d'aval accessible en structure médico-sociale. Le registre des indications semble actuellement dominé par les psychoses infantiles, sans répartition clairement réfléchie entre les indications concernant l'unité adolescents de la pédiatrie et l'USISEA dont le comité technique n'a pas été réuni depuis un an. Ce comité technique doit jouer un rôle important puisqu'il réunit l'ensemble de ceux qui sont partie prenante auprès de l'enfance et de l'adolescence et doit aider à inscrire l'USISEA entre un amont et un aval au sein d'un réseau vivant.

La psychiatrie infanto-juvénile de la Mayenne est convaincue qu'il est dangereux de n'envisager comme seule réponse psychiatrique que celle de l'hospitalisation, fut-elle moderne et adaptée. D'une part, parce que les troubles psychiques des enfants et adolescents appellent pour l'essentiel des réponses ambulatoires, qui sont avant tout du registre d'un dispositif « Consultation Médico-Psychologique/Centre d'Accueil à Temps Partiel ». D'autre part, parce qu'il n'est pas plausible de créer une hospitalisation psychiatrique de court séjour pour enfants et adolescents sans appuyer celle-ci sur les ressources d'un réseau médico-social véritablement porteur en particulier en ce qui concerne les suites de l'hospitalisation.

L'aval d'un service hospitalier de ce type dépend entièrement de la qualité partenariale de son amont. L'hospitalisation doit s'inscrire dans un projet contractualisé avec l'adolescent, sa famille et les partenaires. C'est la condition sin qua non pour que la réalité d'un service de court séjour ressemble à son projet théorique.

Enfin, il n'est pas possible d'ouvrir une hospitalisation de ce type sans une formation préalable des soignants. Un savoir faire appuyé sur une bonne connaissance de la psychologie et de la psychopathologie des adolescents est requis pour une telle entreprise.

L'ensemble unité d'adolescents et USISEA constitue un plateau technique hospitalier diversifié pouvant permettre des réponses multiples pourvu que les indications de l'une et de l'autre soit précisées dans un cadre de complémentarité.

Pour ce qui concerne plus particulièrement l'adolescent les indications d'un temps hospitalier sont multiples qu'il s'agisse des états dépressifs, des décompensations psychotiques (bouffées délirantes), des troubles névrotiques, des situations de crise familiale autour des difficultés psychologiques d'un adolescent, d'un temps de sevrage toxicomaniaque... Quelle répartition envisager entre pédiatrie et pédopsychiatrie alors qu'il peut être très utile d'impliquer les psychiatres d'adultes particulièrement intéressés par la psychiatrie de l'adolescent ?

3.2.4 Le CMPP de Laval

Il est géré par l'association « La sauvegarde de l'enfance ». Sa présence en Mayenne est antérieure à la création des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce CMPP fonctionne exclusivement à Laval et est dirigé par un médecin directeur pédopsychiatre, le Dr Gaschard. Le personnel, la patientèle et le fonctionnement de cette structure correspondent aux standards habituels avec une activité quantitativement importante (dépistage, fréquence élevée de soins

liés à des troubles de l'adaptation scolaire, troubles du langage, etc ... tels que orthophonie, psychomotricité, etc ...). Le recrutement apparaît élargi à l'ensemble du département. Facilité par l'image non psychiatrique du service il est rythmé fortement par les cycles scolaires, la demande émanant souvent du milieu scolaire. Les relations avec les deux intersecteurs sont satisfaisantes avec une complémentarité de fait.

3.3 Les psychiatres libéraux

La Mayenne dispose de 13 psychiatres libéraux qui exercent tous en Secteur I : 9 à Laval, 3 à Mayenne et 1 à Château-Gontier. La mission a rencontré sept d'entre eux le 29 janvier 2002 au Centre Hospitalier de Laval. Les échanges ont permis de préciser certaines données qui ne sont pas habituelles puisque beaucoup d'entre eux ont une activité (selon divers statuts) au sein du service public (7) dont une participation pour certains à des astreintes. Beaucoup suivent des enfants (dont pour au moins 3 d'entre eux pour une moitié de leur activité) alors que la demande apparaît très forte en psychiatrie infanto-juvénile.

L'ensemble des psychiatres libéraux dit ne plus avoir de disponibilité d'accueil de nouveaux patients, être obligé de ne pas pouvoir voir aussi souvent qu'ils le souhaitent certains patients qu'ils prennent en charge, le soutien téléphonique ayant ses limites. Il existe donc un problème « d'embouteillage » certains travaillant jusqu'à 60 heures par semaine. D'autres parlent d'une véritable « pression », d'un manque de disponibilité limitant surtout la vie de famille et toute accession à la formation continue. Est clairement évoqué par ces derniers un sentiment « de culpabilité », « de malaise intolérable » du fait de ne pas pouvoir à toutes les demandes qui leur sont faites.

On assiste à une évolution des demandes de rendez-vous qui sont de plus en plus liées « au bouche à oreille », passent par des travailleurs sociaux, les médecins du travail et concernent de façon croissante une réponse essentiellement psychothérapique (on relève en Mayenne trois psychologues libéraux). Malgré des spécificités propres à chacun les demandes sont volontiers liées à des dépressions résistantes (prises en charge antérieures sans succès par des généralistes qui maîtrisent toutefois de mieux en mieux la pathologie dépressive), des troubles du comportement, des décompensations névrotiques.

Un psychiatre libéral a relevé ne travailler « comme il le désire » qu'en septembre puisqu'il dit ne plus pouvoir prendre de nouveaux rendez-vous à partir de décembre bien qu'il ne donne des rendez-vous que tous les quinze jours, une baisse d'activité (« les mois pendant lesquels on souffle ») apparaissant de juin à août. Il dit ne pas avoir le temps de répondre par écrit à ses correspondants notamment généralistes.

Les avis des participants divergent sensiblement quant à une différence marquée ou non des cadres nosographiques des files actives du public et du libéral. Certains psychiatres libéraux disent suivre beaucoup de patients psychotiques, d'autres beaucoup moins : « dans le privé on fait sa formation soi-même, on apprend à suivre des névroses que l'on ne rencontre pas à l'hôpital ».

Malgré une polarité plutôt rennaise quant à la formation initiale, les hospitalisations ont lieu au SPAL et surtout à la Clinique Notre Dame de Pritz avec liste d'attente. Il est fait

souvent appel par la population aux magnétiseurs dans un premier temps (de 2 à 3 consultations parfois jusqu'à 5). Dernièrement une patiente a été suivie pendant 5 ans par l'un d'entre eux.

Au total, des psychiatres libéraux demeurent inquiets quant à l'avenir de leur pratique, de sa transmission : « le vide attire le vide ». alors même qu'ils perçoivent mal l'évolution du dispositif public (auquel un certain nombre d'entre eux participe ou a participé). Ayant, pour la plupart d'entre eux le sentiment de ne plus avoir le temps de répondre comme ils le voudraient, de vivre sous la pression, de ne pas être coordonnés, ils aspirent surtout à voir leur nombre augmenter et se sont montrés intéressés par la notion de temps rémunéré pour la formation continue et pour créer des liens et les faire vivre comme par celle d'actions de formation auprès de généralistes.

3.4 Le Syndicat Interhospitalier

Une certaine lourdeur sur le plan administratif apparaît largement compensée par une représentation de chaque établissement gérant des secteurs de psychiatrie sur la base d'un paritarisme.

Son secrétaire général qui est le directeur du Centre Hospitalier de Laval considère qu'il dispose en fonction de ses missions actuelles des moyens suffisants (2 postes administratifs dont 1 chef de bureau).

Son rôle consiste à gérer les situations intersectorielles (thérapie familiale, réinsertion, centre de consultation pour alcooliques et toxicomanes, accueil familial thérapeutique). Il constitue un instrument de dialogue au sein de la psychiatrie, renforçant ainsi un effet de communauté et limite un possible effet centripète de secteurs rattachés à plusieurs Centres Hospitaliers généraux (exemple, convention Laval/Mayenne pour l'organisation des gardes et astreintes).

Beaucoup souhaitent que le SIH poursuive sa cinétique et se développe, l'ensemble des secteurs pouvant être amené à lui être rattaché plutôt qu'à un seul Etablissement Public de Santé dans l'objectif d'une organisation d'une cohérence autour d'un pôle unique permettant des synergies entre secteurs et entre équipes médicales dans un cadre départemental. L'idée serait alors qu'une structure administrative intégrée corresponde à une organisation de fait de la psychiatrie et au delà de la santé mentale.

4. PROPOSITIONS

L'état des lieux que nous avons mené concernant la psychiatrie de la Mayenne comme celui des réseaux qui le concernent, est certes sommaire mais la Mission d'Appui en Santé Mentale n'a pas vocation d'audit. Son objet est de mettre en évidence les points essentiels pour lesquels une évolution, parfois stratégique, toujours fonctionnelle, apparaît souhaitable et possible.

Quels sont les points sur lesquels peuvent s'organiser la réflexion et les propositions ?

4.1 L'adaptation de la sectorisation

L'annonce de la mise en place d'un secteur Nord de psychiatrie générale correspondant au Pays de Haute Mayenne et rattaché au Centre Hospitalier de Nord-Mayenne doit être suivie d'effet pour des raisons évidentes d'organisation et de meilleure coordination des démarches de soin et de réseau.

Un seul secteur de psychiatrie infanto-juvénile apparaît nécessaire pour la Mayenne. Son organisation en sous secteurs adaptés aux bassins de vie permettra une meilleure cohérence qu'un département hospitalier. Bien entendu, cette évolution devra être accompagnée d'un renforcement progressif mais conséquent, à la hauteur des besoins, des moyens en extrahospitalier à commencer par un hôpital de jour à Château-Gontier.

4.2 Les points concernant les établissements

4.2.1 Le Centre Hospitalier de Laval

Un redécoupage de l'hôpital en centres de responsabilité, dénommés pôles d'activité est actuellement évoqué. La psychiatrie du Centre Hospitalier de Laval a dès maintenant une masse critique suffisante pour constituer un pôle amené à une contractualisation interne par une méthode négociée et participative de gestion afin de mettre en place son projet médical.

Dans ce contexte de déconcentration de la gestion, des contrats internes d'objectifs et de moyens, voire de délégations de signatures accroîtront la responsabilisation des acteurs.

Une évaluation des objectifs et de leur réalisation devra déboucher sur des modalités d'intéressement au résultat de la gestion dans le cadre d'une gestion du pôle par son Directeur, praticien hospitalier, un cadre soignant et un cadre administratif.

Nous avons vu le sentiment de non reconnaissance de leurs particularités que subissent les équipes de psychiatrie générale et infanto-juvénile. La mise en place d'un infirmier général adjoint serait un signe fort de reconnaissance et préparerait celle du pôle de psychiatrie.

Par ailleurs, la psychiatrie infanto-juvénile devra trouver un cadre architectural adapté à ses activités à Laval, notamment pour l'hôpital de jour.

4.2.2 Le Centre Hospitalier de Nord-Mayenne

Il importe de trouver des solutions à une situation particulièrement difficile et inquiétante. Il apparaît indispensable que le corps médical, y compris le Président de la CME, adhère au rattachement de la psychiatrie à l'hôpital général.

Pour ce qui concerne les unités d'hospitalisation complète accueillant des patients hospitalisés au long cours, il s'agit d'appliquer un des objectifs clairement défini par le SROS et qui concerne :

- le renforcement des liens avec le secteur médico-social : *« les liens devront être renforcés avec la collectivité départementale pour apporter une réponse au problème des prises en charge inadéquates en complément des engagements qui seront pris par l'Etat. Cette coopération devra permettre de mener à bien la structure de 70 lits validée dans le projet d'établissement (30 lits de MAS et 40 lits de foyer occupationnel) »*. Rappelons que la MAS a été ouverte le 1^{er} juillet 2000 et que tout FO ou FDT doit faire l'objet d'une négociation avec la collectivité territoriale et l'Etat.

- mais aussi l'intersectorialité présentée comme le cadre privilégiée de développement de prises en charges spécifiques : *« le projet d'unité spécialisée pour la prise en charge des malades autistes est validé »*.

Une telle unité sanitaire départementale a vocation à s'inscrire en complémentarité du dispositif médico-social accueillant des adultes.

Les usagers des établissements médico-sociaux, dispersés géographiquement dans des structures de nature souvent associative, présentent des besoins croissants de soins psychiatriques, alors que les vacations de psychiatrie y sont de moins en moins assurées. La demande d'hospitalisation pour des séjours de rupture justifie une unité d'hospitalisation psychiatrique spécifiée chargée du bilan, du diagnostic, de l'orientation mais aussi, de traitements séquentiels en collaboration avec l'ensemble des structures pour handicapés au niveau du département, dans un contexte de réseau.

Des psychiatres interviennent au sein des structures médico-sociales soit comme vacataire soit comme psychiatre de secteur dans un contexte pratique de liaison. Cette activité répond à une impérieuse nécessité et est à l'évidence amenée à se développer en associant les autres professionnels des équipes psychiatriques.

Le dispositif sanitaire se trouve en perte de crédibilité auprès des structures médico-sociales qui l'accusent de ne pas mettre suffisamment en œuvre sa technicité pour leurs résidents et de procéder à des réorientations prématurées. En retour, les services de psychiatrie ont pu accuser le médico-social de générer ses situations de crise, de se « défausser » sur le sanitaire mis en difficulté par des transferts inadaptés. Si un tel contentieux demeure, tout partenariat réel apparaît impossible.

Une connaissance mutuelle s'impose, dans le respect de chacun, afin que l'éducatif ne soit plus saturé par des pathologies non traitées, afin que le soin ne se résume pas à une absence d'objectif d'intégration, conduisant à systématiser la régression, l'hébergement résumant alors seulement l'apport. Le sanitaire ne doit plus être du médico-social de technicité éducative très limitée.

La sectorisation psychiatrique, domaine sanitaire, ne doit donc pas se cantonner à des prestations ponctuelles de soins, mais assurer un travail régulier, en réseau, avec des lieux de vie dont les projets concernent la qualité de l'existence et la réinsertion.

A l'instar de ce qui s'est fait en Loire Atlantique une charte pourrait lier services de soins et services sociaux et médico-sociaux.

Il n'en demeure pas moins que les unités du Centre Hospitalier de Nord Mayenne participant au département intersectoriel de patients accueillis en hospitalisation complète au long cours sans admissions prévues, tel que défini dans le projet d'établissement en janvier 1988, nécessitent une attention particulière dans l'attente de l'aboutissement de leur évolution prévue.

Pour ce temps intermédiaire une présence renforcée de médecins non uniquement ou forcément psychiatres, de psychologues, de paramédicaux doit être organisée avec une attention soutenue quant aux conditions de vie au quotidien des patients.

Le renforcement des unités extrahospitalières dans le cadre d'une lisibilité de l'avenir global du dispositif de soins du secteur du Pays de Haute-Mayenne s'impose comme une priorité et répond, là encore aux orientations du SROS : « *il est prévu de renforcer le rôle des CMP et de développer les prises en charge de type CATTP, le but étant de jumeler une structure de soins ambulatoires à chaque hôpital de jour* ».

Certaines réflexions d'ordre général méritent un rappel. Là où des projets ont pu être concrétisés, une émergence importante de demandes, auparavant méconnues, apparaît et les équipes ont une réelle difficulté pour répondre à la demande, en termes de temps de réponse et d'étoffement des effectifs. Il convient donc de conforter certaines expériences, encore fragiles, qui démontrent un désir et une forte capacité à s'engager pleinement dans une politique de sectorisation ambitieuse. Est ainsi posé le problème des moyens nécessaires en extrahospitalier et d'un rééquilibrage d'un potentiel de soins demeurant largement prédominant en intrahospitalier.

Plusieurs démarches qui concernent aussi les autres établissements publics de santé du département s'imposent :

- pratiquer une politique de réseau externe,
- améliorer et renforcer l'existant,
- créer, là où ils n'existent pas, des Centres Médico-Psychologiques (CMP), pivots des dispositifs de secteur, qui doivent être facilement repérables, tant par les usagers que par les professionnels de santé. Ils doivent pouvoir assurer des consultations, éventuellement hors de leur site pour aller au devant des usagers. La population doit y trouver la possibilité d'un entretien immédiat avec un médecin, un psychologue ou un infirmier, à des horaires étudiés et compatibles avec les vies professionnelle et familiale. Les CMP doivent jouer également un rôle important dans le cadre de l'urgence. Ils peuvent constituer un réseau naturel d'intervention rapide sur le terrain et disposer de renvois téléphoniques ou de répondeurs lors des heures de fermeture. Un secrétariat permanent doit éviter les transferts quotidiens de dossiers médicaux, les allers et venues avec l'hôpital, comme le demande la circulaire ministérielle du 4 mars 1990,

- mettre en situation extrahospitalière des structures dont la formule l'implique alors qu'elles demeurent au sein des établissements hospitaliers. Ces dernières qui ont vu le jour à « l'intérieur des murs » doivent garder un caractère évolutif et s'adapter aux modifications de la population suivie. Elles ne peuvent être expliquées que par la prise en charge de patients ayant vécu plusieurs voire de longues années à l'hôpital. Il est alors compréhensible que la sortie soit particulièrement préparée et faite par étapes. Mais ce type de prise en charge ne peut être que temporaire et ce pour deux raisons. La première est qu'il apparaît que seules les structures réellement extra-muros permettent d'envisager une réadaptation sociale effective, la deuxième est que les patients au passé si difficile qui en bénéficient, ne devraient plus ou peu être rencontrés du fait des progrès de l'extrahospitalier.

Les diverses équipes, à la suite d'un travail de réflexion qu'ils vivent comme préparatoire, aspirent fortement à de tels développements.

4.2.3 Le Centre Hospitalier de Château-Gontier

Là encore, il s'agit d'appliquer le SROS : « un secteur Sud de psychiatrie adultes géré par le Centre Hospitalier du Haut Anjou dont les moyens notoirement insuffisants sur cette mission devront être renforcés par redéploiements à partir des moyens provenant de la psychiatrie adulte, des moyens internes du Centre Hospitalier du Haut Anjou et, après valorisation de ces ressources, d'une éventuelle mobilisation de l'enveloppe régionale ».

La mise en place d'une unité d'hospitalisation complète doit impérativement trouver une solution rapide avec des conditions architecturales et d'accueil adaptées et capables de recevoir des patients hospitalisés dans le cadre de soins obligatoires.

4.2.4 La Clinique Notre Dame de Pritz

La création de 7 lits de post-urgence à moyens constants répond à un besoin et y répondra d'autant mieux qu'ils permettront d'accueillir des patients en hospitalisation sur demande d'un tiers.

4.3 Le Syndicat Inter-Hospitalier

4.3.1 Des espaces de concertation pour les professionnels

Actuellement, manque cruellement un lieu départemental de rencontre, d'échanges et d'élaboration commune des praticiens hospitaliers de la psychiatrie pour la plupart des thèmes transversaux sous forme de collège médical départemental. De même des réunions régulières des cadres infirmiers supérieurs des trois établissements présentent un intérêt évident.

Des échanges entre soignants sont nécessaires dans le cadre d'un groupe de travail « ad hoc » du Conseil départemental de santé mentale.

4.3.2 Associer la Clinique de Pritz

La présence de représentants de la Clinique de Pritz au niveau du collège médical départemental et des réunions de cadres apparaît nécessaire. L'intégration d'un établissement privé à un SIH n'étant pas possible, des représentants de la Clinique pourraient assister au Conseil d'Administration.

Une réelle intégration demanderait soit le remplacement du syndicat interhospitalier par un groupement de coopération sanitaire, soit une structure à deux étapes syndicat et ensuite groupement, la structure administrative devant être la résultante des objectifs recherchés, la problématique de réseau devant être au premier plan.

4.3.3 Créer et entretenir des liens

Le SIH peut assumer un rôle de tête de réseau si il s'en donne les moyens. On sait la difficulté d'une réelle gestion de (ou en) réseau et la nécessité de déterminer une « fonction réseau » répondant aux besoins d'un ou de plusieurs secteurs. Plusieurs des professions présentes au sein des équipes de secteur peuvent assumer un tel rôle, à part entière, d'organisation des complémentarités à initier et à maintenir dans la durée.

Alors que la coordination interne au dispositif public sera facilitée par le collège médical départemental et les rencontres de cadres infirmiers supérieurs, un effort de coordination interne au privé et public/privé peut être étayé par un observatoire des demandes chargé de recueillir les demandes de patients sans réponses afin de trouver, le plus rapidement possible, une disponibilité.

Le SIH pourrait, pour chaque secteur, gérer les complémentarités avec les généralistes en formalisant des consultations « d'avis spécialisés » à la demande des généralistes pour leurs patients et en prévoyant une rémunération adaptée pour les généralistes qui assurent le suivi au long cours de patients atteints de troubles mentaux.

Un domaine mérite d'être systématiquement développé dans chaque département. Il s'agit du réseau articulant le travail des acteurs du soin à ceux de l'insertion et des différentes composantes de la société au contact de la population souffrant de problèmes psychiques (élus, employeurs, acteurs du logement, justice etc ...). Au sein de cette vaste toile, la priorité serait l'instauration d'un premier réseau de santé mentale, à l'échelon du département, outil de coordination entre les champs sanitaires, social et médico-social, à partir duquel pourraient partir des ramifications concernant des problématiques particulières. Il s'agirait :

- de développer une réflexion en commun visant à définir clairement la nature des problèmes qui freinent l'action de chacun, en vue d'assurer une meilleure réponse à ces problèmes et aux besoins des personnes en difficultés psychiques et rompre l'isolement des intervenants,

- d'animer, de manière permanente, une instance collective où chaque association, chaque institution, chaque corps professionnel aurait la possibilité de venir exposer l'état d'avancement de ses travaux, de ses réflexions, de ses projets, de ses évolutions devant un public large,

- d'améliorer la réinscription sociale des personnes handicapées par la maladie mentale dans une approche globale des besoins en matière d'accès aux soins, par un accompagnement social adapté à l'hébergement, au logement, à la formation, à l'emploi, à la culture, aux loisirs, etc ...

- de développer l'articulation et la conjugaison de l'action de tous les professionnels et de toutes les institutions concernées par les problèmes de santé mentale, en concertation avec les associations représentant les usagers, et ce, aussi bien dans les domaines de la prévention, de l'accès aux soins, du soin, que dans ceux de la réadaptation, la réhabilitation, l'insertion, la lutte contre les exclusions,

- de développer des stratégies, des complémentarités, une concertation, une collaboration, une coordination, la conception d'outils nouveaux, l'information, le partenariat,

- de faire remonter de manière coordonnée et concertée les constats, les besoins repérés, les propositions pertinentes issues de ce réseau, au sein des différentes instances départementales ou régionales de planification animées par les services de la DDASS, de la DRASS, de l'ARH, de la DDE, de la DDTEFP, du Conseil général ou, le cas échéant, de certaines municipalités.

Pour mener à bien le développement de ce travail de réseau, on pourrait imaginer la création d'un centre-ressource pour les professionnels, mais aussi pour les usagers et leurs familles. Ce centre-ressource serait chargé de l'animation et de la gestion :

- d'un dispositif d'information et de documentation, avec une banque de données, la rédaction de guides de la santé mentale et de l'insertion régulièrement actualisés, etc ...,

- d'un dispositif de communication chargé d'animer des commissions de travail à thème, un espace de rencontres et de discussions informelles, des séminaires, un forum des associations, la semaine d'information sur la santé mentale, etc ...,

- d'un dispositif d'ingénierie et d'assistance technique au montage d'actions ou de recherches-actions sur les thèmes ciblés comme préoccupants,

- d'un dispositif de formation et d'appui aux professionnels.

Ce centre-ressource pourrait s'appuyer sur des moyens ou un dispositif supradépartemental voire régional.

4.4 Le manque actuel de psychiatres

Seul des projets cohérents et soutenus, dans un contexte de collégialité peuvent attirer des praticiens.

Les modalités hors statut (logement) ou statutaires (prime multisite, gardes et astreintes, journées d'intérêt général, activité libérale) devront être légitimement incitatives dans le cadre d'une transparence permise par une gestion par le SIH après avis du collège médical départemental.

Il revient, en outre, au SIH de développer une politique ambitieuse de formation continue des praticiens en fonction des projets de service et d'établissement.

Pour ce qui concerne les activités de recherche et d'enseignement des conventions seront passées avec les Universités de Rennes et/ou d'Angers.

5. CONCLUSIONS

La psychiatrie de la Mayenne est engagée dans une restructuration adaptée et ambitieuse mais tout se passe comme si elle était ensablée au milieu du gué.

Nos propositions nous paraissent s'inscrire dans la continuité du SROS et demandent, en fait, son application, tout en accompagnant et en soutenant l'évolution souhaitable.

La psychiatrie de la Mayenne dispose d'équipes médicales et paramédicales compétentes et engagées. Ces équipes ont un urgent besoin de percevoir la lisibilité de l'avenir de leur dispositif de soins.

Les bases en place qui ont demandé beaucoup d'efforts sont positives, et il convient de préciser les cadres, de programmer les mesures indispensables selon un échéancier précis et respecté.

Le SIH doit être renforcé en compétences pour assumer son rôle de coordinateur, nous pourrions dire de « chef d'orchestre » pour des initiatives dont l'aspect, certes expérimental, côtoie ce que beaucoup pensent nécessaire. Cet aspect, à nouveau novateur, implique des collaborations et un soutien particulier du fait même de l'aspect expérimental.

En priorité, le programme médico-social doit être appliqué sans attendre pour répondre aux besoins immédiats des patients, en attente dans des unités où les soignants ne sauraient demeurer isolés sans l'appui dont ils ont besoin. La psychiatrie infanto-juvénile doit être renforcée aussi en priorité. Les patients du secteur de Château-Gontier doivent rapidement, lors de nécessité d'hospitalisation plein-temps, bénéficier d'une réponse adaptée.

Quant à notre commande initiale : comment répondre au manque de psychiatres dans un département à prédominance rurale ? Nos propositions paraissent capables d'inverser la tendance actuelle et impliquent une démarche de tous, volontariste et déterminée, pour un département rural beaucoup moins « enclavé » que bien d'autres et qui dispose d'une psychiatrie dynamique et aux fortes potentialités.

Nous espérons que notre démarche, nourrie d'échanges non uniquement techniques, mais aussi au-delà de ces derniers, aidera à trouver les réponses qui s'imposent. Elle ne saurait se résumer à des conclusions perçues comme une vision imposée, au mieux plaquée. Chaque intervenant doit pouvoir y trouver une part de lui-même à travers des idées proposées, que nous avons reprises, des constats répétés. Il nous semble maintenant que l'expression de points de vue différents, toujours envisageables, ne pourra que s'appuyer sur des arguments étayés.