

**Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale**

**La reconstruction des lits d'hospitalisation complète
du CHS de la Sarthe**

Présenté par :
Dr Stéphane Bourcet
Dr Marie-Christine Cabié
Mme Carole Festa
Dr Gérard Massé
M. Jean-Jacques Moitié
Mme Anne Veber

Novembre 2005

<u>LE CADRE D'INTERVENTION DE LA MISSION.....</u>	3
LA SAISINE.....	3
LE MODE D'INTERVENTION.....	3
<u>LA SANTÉ MENTALE DANS LE CONTEXTE RÉGIONAL ET DÉPARTEMENTAL.....</u>	5
LE BILAN DU SROS 2.....	5
LES ÉVOLUTIONS DE LA DEMANDE DE SOINS	5
LES ORIENTATIONS DU VOLET PSYCHIATRIQUE DU SROS 3.....	6
<u>LE CHS DE LA SARTHE.....</u>	8
LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	8
L'IMPLANTATION DES LITS D'HOSPITALISATION	9
LA PRÉSENCE DE LA PSYCHIATRIE AU CHM.....	10
<u>LA QUESTION DU LIEU D'IMPLANTATION DE L'HOSPITALISATION : UNE OPPORTUNITÉ POUR FAIRE ÉVOLUER L'ENSEMBLE DU DISPOSITIF VERS UNE RÉPONSE PLUS ADAPTÉE AUX BESOINS.</u>	16
LES ATOUTS ET LES OPPORTUNITÉS.....	16
LES FREINS ET LES RISQUES	18
<u>LES PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA MNASM</u>	21
1.LA MNASM PARTAGE AVEC LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE LA CONVICTON QU'IL EST NÉCESSAIRE DE RENFORCER LA PRÉSENCE PSYCHIATRIQUE AU CHM.....	21
2. LE CHS DE LA SARTHE PEUT CONDUIRE UN PROJET AMBITIEUX VISANT SIMULTANÉMENT À CONSTRUIRE DES LOCAUX NEUFS POUR L'HOSPITALISATION COMPLÈTE ET À OPTIMISER LE DISPOSITIF AMBULATOIRE DE LA VILLE DU MANS.....	28
2.1 L'HOSPITALISATION COMPLÈTE AU CHS.....	28
2.2 LA CAPACITÉ EN LITS DU FUTUR ÉTABLISSEMENT.....	30
2.3 UN AMBULATOIRE OPTIMISÉ.....	31
3.LA CONDUITE ET L'ACCOMPAGNEMENT D'UN PROJET AMBITIEUX.....	32
ANNEXE 1 : DEMANDE D'INTERVENTION CONJOINTE DU DIRECTEUR ET DE LA PRÉSIDENTE DE LA CME DU CHS..	35
ANNEXE 2 : LETTRE DE SAISINE DU DIRECTEUR DE L'ARH DES PAYS-DE-LA-LOIRE.....	36
ANNEXE 3 : LE PROGRAMME DES INTERVENTIONS DE LA MNASM.....	37
ANNEXE 4 : COURRIER DE LA PRÉSIDENTE DE LA CME EN DATE DU 24 OCTOBRE 2005.....	38

Le cadre d'intervention de la mission

La saisine

La localisation envisagée pour la reconstruction des lits d'hospitalisation complète du CHS de la Sarthe imposée par l'extrême vétusté des locaux, suscite des divisions au sein de l'établissement depuis une dizaine d'années. Les deux sites susceptibles d'accueillir la totalité des lits d'hospitalisation complète et sur lesquels sont actuellement implantés les lits d'hospitalisation opposent les acteurs : le site d'Etoc Demazy, derrière la gare du Mans en centre ville, et le site pavillonnaire d'Allonnes situé au sein de la communauté urbaine du Mans.

L'option du site d'Allonnes est défendue par le conseil d'administration du CHS, elle est soutenue par les organisations syndicales de l'établissement. L'ARH et la DDASS la jugent techniquement préférable et le Ministre, lors d'une rencontre avec le président du conseil d'administration et le directeur de l'Etablissement a donné son aval à cette localisation, sous réserve d'un accord avec les médecins de l'hôpital. Si le corps médical se rallie désormais à la rénovation sur un site unique, l'option d'Allonnes rencontre toujours une forte opposition chez les médecins.

Les acteurs divisés sur cette question ont souhaité bénéficier d'une aide extérieure pour « sortir du blocage » et permettre un engagement prioritaire de cette opération sur le volet investissement du plan de santé mentale au niveau de la Région, avant la fin 2005.

Le directeur et la présidente de la CME du CHS de la Sarthe ont adressé une demande d'intervention conjointe de la MNASM à l'ARH en juin 2005 qui l'a soutenue et a souhaité une intervention rapide au début de l'automne 2005 (*cf annexe 1 et 2*).

Une réunion avec l'ARH et la DDASS en août 2005 a permis de préciser le cadre et les objectifs de cette saisine.

Le mode d'intervention

Cette mission courte, destinée à faciliter la décision, a permis un regard complémentaire, d'ordre professionnel, sur la question de l'implantation de l'hospitalisation de la psychiatrie du département pour les prochaines années.

Elle n'a, en aucune façon, eu l'ambition de se substituer aux responsabilités des acteurs locaux.

Elle a surtout cherché à favoriser l'expression de chacun, et tenté de faciliter le rapprochement des préoccupations et des projets des équipes médicales et soignantes autour des différents modes de prise en charge.

Elle a essayé de contribuer, d'une part à établir et favoriser les conditions permettant aux différents acteurs d'envisager une solution à leur situation conflictuelle, d'autre part à travers les rencontres avec les différents acteurs, les professionnels comme les élus, à apporter l'analyse d'observateurs neutres, professionnels de terrain.

Elle a cherché à proposer ainsi les grandes lignes d'un processus susceptible d'éclairer ou de mettre en évidence des pistes de travail afin d'améliorer le service rendu dans le contexte rencontré.

La mission s'est déroulée sur quatre jours et demi fin septembre et début octobre. Chacun des acteurs de l'hôpital ou leurs représentants, puis les partenaires institutionnels du CHS, le directeur, le président de la CME et des médecins du CH du Mans, les maires des deux communes du Mans et d'Allonnes, le préfet, ont été rencontrés. Des réunions de travail avec les équipes soignantes et médicales de l'hôpital ont ensuite été organisées sur la base du projet médical.

Le programme complet de nos interventions figure en *annexe 3* du présent rapport. La MNASM tient à souligner la qualité et le professionnalisme des échanges. Elle tient à remercier l'ensemble des personnes qu'elle a rencontrées pour l'accueil qui lui a été réservé.

L'équipe constituée pour cette mission était composée des personnes suivantes : Docteur Marie-Christine Cabié, Psychiatre Praticien Hospitalier Chef de Service au centre hospitalier de Melun, Docteur Stéphane Bourcet, pédopsychiatre Praticien Hospitalier et Chef de service au CH de Toulon, Docteur Gérard Massé, psychiatre, Praticien Hospitalier et Chef de service au CH de Sainte-Anne, coordonnateur de la MNASM, Jean Jacques Moitié, Directeur des Soins au Centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif, Anne Veber attachée d'administration centrale, et Carole Festa, directrice d'hôpital, toutes deux permanentes à la MNASM.

La santé mentale dans le contexte régional et départemental

Le bilan du SROS 2

Durant le SROS 2, l'offre de soins, toutes spécialités confondues, a fait l'objet d'une réorganisation importante. Le nombre d'établissements a fortement diminué au profit du regroupement des cliniques privées de court séjour. Cette réorganisation a donné lieu à la mise en œuvre de plusieurs opérations d'investissement dans le département, notamment la maternité et le pôle mère enfant au CHM, le regroupement des cliniques dans la partie sud de la ville du Mans (cliniques de CMCM), la reconstruction du pôle santé Sarthe et Loir au Bailleul.

Ces opérations devraient faciliter la réorganisation des différents sites d'hospitalisation autour de pôles de référence et de recours constitués par les établissements manceaux, et la mise en place de pôles de proximité périphériques avec les autres établissements du département.

L'état des lieux du SROS 2 a mis en évidence qu'une « *profonde mutation doit s'opérer dans les modes de prises en charge et nécessite une importante réorganisation de l'offre de soins* ».

Le bilan de réalisation du SROS 2 a fait apparaître que « *la région Pays de la Loire qui présentait de fortes disparités intra régionales dans l'offre de soins en santé mentale s'était engagée dans le développement des coopérations entre établissements notamment entre psychiatrie et MCO* ». La diminution du nombre de lits dans les établissements spécialisés de la région a été très variable d'un département à l'autre. En l'occurrence, elle a été la plus faible dans le département de la Sarthe.

Les évolutions de la demande de soins

Les évolutions quantitatives

Entre 1990 et 2002, la population régionale s'est accrue de 8%, mais plus faiblement en Sarthe que dans les autres départements de la Région. L'augmentation des recours aux soins pour troubles mentaux constatés au plan national se retrouvent bien évidemment en Pays de la Loire. Le taux de recours pour la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile confondues, a été évalué dans la région à 23 patients pour 1000 habitants. Les

symptômes du mal-être social sont responsables d'une augmentation de 90 % de la file active en CMP et de 20% de demandes d'hospitalisations complètes.

La région se caractérise également par un taux de suicides et troubles mentaux liés à l'alcool supérieur à la moyenne nationale. Seul 50 % des troubles dépressifs sont pris en charge et 25% seulement par le secteur spécialisé. Par ailleurs, les demandes de prises en charge pour la population âgée ne cessent de s'accroître.

Les évolutions qualitatives

La demande de masse qui sature l'ensemble des dispositifs est liée à l'interaction complexe entre, d'une part, des changements de représentation du fait psychique et de la psychiatrie, au sein de la société, (banalisant davantage celle-ci ou la stigmatisant moins), et d'autre part, des évolutions de l'offre.

Observée dans tous les pays développés à la même époque, elle se reflète dans les études épidémiologiques : 15 à 20% des troubles mentaux diagnostiquables en prévalence annuelle dans la population générale, 12 à 15% de leurs conséquences en termes d'invalidité, autant que les maladies cardiovasculaires, deux fois plus que les cancers, 30% de toutes les années de vie perdues par mortalité évitable ou par invalidité (source : OMS, 2004).

L'importance de plus en plus grande des missions confiées, dans le cadre de la planification sanitaire, à la psychiatrie au fil des années traduit autant qu'elle l'accroît, la pression qui s'exerce sur les dispositifs.

La conjonction de la demande de masse et des changements de représentations a accentué le caractère ambulatoire des demandes. Elle a rendu impossible la séparation entre les troubles observés et le contexte social d'émergence, obligeant à prendre en compte le retentissement social des troubles dans l'appréciation des besoins.

Une partie importante de la tâche de la psychiatrie consiste maintenant à préciser un diagnostic entre ce qui est psychiatrique et ce qui ne l'est pas, ce qui l'est suffisamment pour nécessiter l'intervention de la discipline sans l'y réduire, pour partager des missions communes avec d'autres partenaires ou pour les aider à redevenir acteurs principaux de l'aide ou de la thérapie. Ces tensions dialectiques, parfois conflictuelles, entre clinique, éthique et organisation, traduisent ce changement de paradigme : psychiatrie vs santé mentale et une terminologie parfois contradictoire, y compris dans les documents publics.

Les orientations du volet psychiatrique du SROS 3

Les enjeux identifiés au niveau régional concernent :

- *La garantie de l'accessibilité des soins qui passe par une amélioration de la lisibilité du dispositif de soins, l'augmentation des amplitudes d'ouverture des dispositifs et par une prise en charge de qualité aux urgences, une hospitalisation complète proche de la population qu'elle dessert en veillant à la qualité, la sécurité et la permanence des soins.*

- *La garantie de l'offre de soins psychiatrique qui passe par une offre de soins graduée et diversifiée, le développement d'une offre médico-sociale adaptée, une qualité de l'accueil en hospitalisation complète.*
- *La garantie de la continuité et de la cohérence de la prise en charge en considérant le dispositif de soins essentiellement en terme d'intégration, d'articulation et de relais, ce qui implique de réduire les cloisonnements au sein du dispositif de soins entre pédo-psychiatrie et psychiatrie générale, entre psychiatrie et disciplines somatiques, puis renforcer les partenariats et le travail en réseau avec les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.*
- *Le soutien et l'implication des patients et de leur famille.*

Dans l'esprit de la circulaire relative à l'élaboration du volet psychiatrique des SROS de troisième génération, la région des Pays de la Loire a rappelé, dans son cahier des charges techniques relatif au SROS 3, son souci de distinguer différents niveaux de réponses des dispositifs de santé par taille de territoire : interrégional, régional, territoire de santé et territoire de proximité.

Au niveau du territoire de santé, l'ARH préconise notamment que la psychiatrie de liaison, tant auprès des services de MCO, que des urgences, des services de soins de suite ou des établissements médico-sociaux, voire sociaux, ainsi que la psychiatrie infanto-juvénile (pour laquelle l'hospitalisation des enfants et des adolescents doit être réalisée au sein des services de pédiatrie ou à proximité immédiate de ceux-ci), soit « *le champ d'excellence du travail en intersectorialité* » (pour favoriser le décloisonnement sectoriel).

En psychiatrie générale, pour l'ambulatoire, l'ARH souligne surtout la nécessité que « *le CMP, pivot du système de soins sectorisés, soit pensé dans une approche intersectorielle pour répondre à une permanence du soin et favoriser une meilleure fluidité des urgences à l'hôpital général.* »

Le CHS de la Sarthe

Le projet d'Etablissement

Le CHS de la Sarthe dessert l'ensemble de la population du département qui compte environ 530 000 habitants.

Le département est découpé en sept secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Chaque secteur dispose d'au moins un CMP et un CATTP dans le département et dans la ville du Mans. Dans le département, des implantations ont pu être réalisées au sein d'hôpitaux de proximité comme à Saint-Calais ou La Flèche. Le dispositif ambulatoire de la ville du Mans est concentré, pour l'essentiel, dans le centre de la ville autour du site d'Etoc Demazy.

Les lits d'hospitalisation sont répartis entre le site d'Etoc (trois secteurs adultes disposant au total de 180 lits répartis en 10 unités) et, le site d'Allonnes (4 secteurs adultes totalisant 309 lits, 10 lits de psychiatrie infanto-juvénile, une structure intersectorielle de géronto-psychiatrie et un centre pour déficients mentaux profonds).

Le projet d'Etablissement élaboré en 1995, poursuivait, essentiellement, trois objectifs :

- le développement de l'activité ambulatoire au sein de la communauté urbaine du Mans et dans le département,
- l'insertion de l'activité dans le réseau de soins départemental,
- et, enfin, la restructuration des sites d'hospitalisation sur le seul site d'Allonnes.

L'ARH avait alors souhaité que soit engagée préalablement une réflexion sur le rapprochement avec le CH du Mans.

Un protocole d'accord qui a été signé avec l'ARH en 1999, portait notamment sur l'extériorisation des soins psychiatriques pour adultes, la création d'un centre d'écoute et d'orientation pour adolescents, la réhabilitation de la géronto-psychiatrie, la construction de deux Maisons d'Accueil Spécialisées et d'un Foyer d'Accueil Médicalisé. Ce protocole prévoyait, également, le projet de création, au sein du service d'accueil des urgences médico-chirurgicales du CH du Mans, d'une unité d'urgence et d'accueil psychiatrique et l'implantation de lits de

psychiatrie. Il envisageait enfin que soient définis les projets médicaux et le projet d'établissement au premier semestre de l'année 2000.

En l'absence de choix clairs et stables sur l'implantation des lits d'hospitalisation complète, la démarche d'élaboration du Projet d'Etablissement n'a pu être poursuivie, et les oppositions nées de l'impossibilité d'arrêter un site n'ont pas permis au CHS de s'engager dans une dynamique de projet.

Fin 2003, à la suite de la démission de son président de la CME, un projet médical a été finalement adopté en CME, complété par le projet de pédo-psychiatrie, et le projet d'implantation des lits de psychiatrie. En l'absence de vote favorable du CA, l'équipe projet de l'ARH a instruit le projet en février 2005. Elle a déploré, et nous partageons cette analyse, *le manque d'analyse des besoins et de l'existant, l'absence d'évaluation de l'impact de la création des lits de MAS, l'imprécision du projet de prise en charge des urgences au SAU du MANS*. Elle regrettait que *le projet médical fasse surtout apparaître l'addition de projets de secteurs et que l'organisation des prises en charge n'intègre aucune dimension intersectorielle*. Des fiches techniques ont ensuite été élaborées, qui complètent le projet médical.

L'implantation des lits d'hospitalisation

A Allonnes, l'hôpital est installé dans une quinzaine de bâtiments d'au plus deux niveaux, de type « hôpital village », sur 35 hectares environ. Les terrains comprennent dans leur partie ouest une partie boisée classée. Les unités sont majoritairement composées de chambres à trois ou quatre lits et de quelques chambres à 2 lits, aucune unité ne comporte de sanitaires individuels. Le rapport établi par l'ingénieur régional de la DRASS des Pays de la Loire en avril 2005 indiquait « *qu'hormis les services logistiques et géro-psycho-geriatrique, les bâtiments du site d'Allonnes sont de médiocre qualité* ». Dans le cas d'une utilisation du site d'Allonnes pour la reconstruction des lits d'hospitalisation, le rapport conclut à la possibilité « *de regrouper l'ensemble de l'hôpital sur la zone Nord et de vendre les terrains rendus disponibles au Sud* ».

Les deux MAS sont en cours de construction sur le site d'Allonnes et celui d'Etoc Demazy

Le CHM dispose également sur la commune d'Allonnes d'un site annexe dédié à l'activité de SSR et de SLD.

A Etoc Demazy, les bâtiments construits datent, pour partie, de la période d'ouverture, en 1834. Ce site est quasiment situé face à la gare au sein d'un quartier d'affaires. La surface du terrain est estimée à plus de 26 000 m², mais le classement au titre des monuments historiques d'une partie des bâtiments n'autorise à envisager qu'environ 6 hectares constructibles (après la création de la

MAS). Le site abrite, aujourd'hui, quasi exclusivement des unités de soins qui comprennent des chambres à deux lits ou à trois lits. Il subsiste encore des chambres à 4 lits. Aucune unité ne comporte de sanitaires individuels.

La question de la rénovation de l'hospitalisation complète est à l'étude depuis de très nombreuses années, un audit externe en 1990, avait conclu à la pertinence d'une implantation sur Allonnes.

La position médicale défendue, au fil des années, s'est toujours attachée à conforter les liens avec l'hôpital général. Les médecins du CHS se sont longtemps prononcés pour le maintien de deux sites pour défendre une implantation au CHM. Lorsque la construction d'un nouveau bâtiment de psychiatrie n'a plus été envisageable, et que la tutelle a demandé qu'un choix entre Etoc et Allonnes soit fait, la communauté médicale a adopté l'option d'Etoc.

La prés en ce de la psy ch i a t r i e au CHM

Le CHM accueille plus de 60 000 passages aux urgences ? par an ce qui représente près de 50% des passages du département, la clinique « Les sources » prend en charge 10% du total du département, tandis que le PSSL, le CH de Saint-Calais, le CH de la Ferté-Bernard, le site de Mamers du CHIC Alençon Mamers et le CH Château du Loir accueillent entre 6 et 8 % de la population du département.

En 1992/93, l'ARH a financé, pour les urgences, 1.5 ETP destinés à couvrir au moins 11 demi-journées hebdomadaires ainsi que 12 lits d'UHCD. Or, aujourd'hui, seulement 0.5 ETP sont affectés à la liaison, et les 12 lits initialement conçus pour la psychiatrie accueillent des patients notamment suicidants. L'objectif initial pour ces 12 lits était d'assurer une prise en charge par une équipe infirmière spécialisée (la formation de cette équipe a été initiée) et d'une permanence médicale.

Alors que l'implantation de la psychiatrie était engagée, un psychiatre à temps partiel a dû interrompre brutalement son activité. Le système patiemment construit s'est délité et, depuis 2003, l'intervention de la psychiatrie de secteur régresse progressivement.

La présence des psychiatres de secteur aux urgences est, aujourd'hui, difficilement maintenue. Les personnels du service des urgences médico-chirurgicales ont bénéficié d'une formation à certains aspects psychopathologiques (suicidants, agitation). Certains consultants psychiatres sont des assistants généralistes travaillant encore récemment à l'hôpital général.

Du fait de cette situation, le Centre Hospitalier du Mans a aménagé des réponses, en fonction des opportunités.

- Les lits d'UHCD ouverts en septembre ont été portés à 20 en incluant l'unité prévue pour la psychiatrie (cette dernière du fait d'un système d'aération indépendant peut se transformer en unité d'urgence d'isolement et de décontamination).
- L'hôpital a créé un pôle de médecine polyvalente de 70 à 90 lits (médecine interne-psychiatrie) dans lequel les équipes du CHS ne sont pas actuellement présentes, celles-ci se concentrant aujourd'hui difficilement sur les urgences et la liaison.

Les demandes concernant la psychiatrie arrivant aux urgences de l'hôpital général sont actuellement traitées de la manière suivante :

- un tiers des patients vus aux urgences est orienté vers les CMP qui se montrent de plus en plus disponibles malgré un horaire de fermeture vers 17h30,
- un tiers est hospitalisé, directement, en psychiatrie (pour moitié en clinique et pour moitié au CHS),
- un tiers est hospitalisé en médecine (nécessité d'un bilan situationnel ou d'un recul diagnostique, addictologie).

Du point de vue du CHM, la question de la présence de la psychiatrie à l'hôpital général n'est pas un problème de capacité en lits sur son site mais un défaut de qualité de réponse aux urgences pour les situations cliniques marquées par un aspect psychopathologique prédominant ou partiel.

Le CHM souhaite une meilleure connexion entre dispositifs sanitaires psychiatriques et non psychiatriques, qu'ils soient publics ou privés. Un de ses objectifs est de développer un pôle d'activités cliniques transversales s'appuyant sur des réseaux extérieurs assumé par une équipe mobile disposant de consultations et d'un hôpital de jour contractualisant, en cas de besoin, les hospitalisations nécessaires dans les services.

Pour ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, l'intégration au sein du Centre Hospitalier du Mans d'une unité d'hospitalisation complète intersectorielle (8 à 10 lits) à proximité du pôle « mère - enfant » est envisagée, elle devrait s'accompagner, à la demande du CHS, de la création de 9 places de SAFT.

Par ailleurs, autour de la petite enfance, la communauté médicale a élaboré un projet conjoint CHS-CHM d'hospitalisation de jour qui permettrait la réalisation d'un bilan d'ensemble dans une approche globale dépassant le simple cadre

somatique pour intégrer les problématiques de retard de développement, et de troubles du langage.

Les problématiques rencontrées

La situation que nous avons rencontrée est celle d'un conflit qui se chronicise après s'être cristallisé et qui bloque une évolution marquée, malgré tout, par le franchissement d'étapes importantes ayant nécessité une volonté et une capacité à faire face à des enjeux primordiaux et notamment :

- l'implantation de la psychiatrie à l'hôpital général,
- la mise en place d'un extrahospitalier qui s'affirme au sein de la ville du Mans et en périphérie, dans le département,
- l'aboutissement de projets de création des deux Maisons d'Accueil Spécialisé et d'un Foyer Occupationnel,
- la mise en place de structures « intersectorielles » (service de gérontopsychiatrie, service d'alcoologie en ville regroupant consultations, hôpital de jour et hospitalisation complète).

En revanche, si la présence à l'hôpital général (urgences, liaison) assumée par les secteurs 5 et 7 pour les urgences et la liaison, et par le secteur 6 pour la liaison, parvient à être maintenue, elle ne ressemble en rien à ce qui avait été espéré par la communauté psychiatrique à l'origine. Le processus de collaboration entamé il y a quelques années entre le CHS et le CHM semble s'être ralenti.

L'implantation sur le site du CH du Mans avait été envisagée sous la forme de 12 lits de très court séjour (l'unité a été construite à partir d'un projet pensé et remarquable) et de 100 lits d'hospitalisation complète.

Puis le projet d'implantation de 100 lits d'hospitalisation a été abandonné après un vote défavorable du CA du CHS.

Un pôle hospitalier Sud-Ouest sur le territoire de santé du Mans prend forme incluant un regroupement de cliniques disposant d'un UPATOU et de 50 lits d'hospitalisation en psychiatrie générale).

Chaque acteur rencontré déplore les conditions d'accueil en hospitalisation complète, jugées inacceptables, voire indignes sur chacun des deux sites.

Les praticiens du CHS de la Sarthe ont conçu un projet médical dont les principes représentent, pour eux, autant d'arguments en faveur de la construction de 300 lits sur le site Etoc Demazy : destigmatiser, revaloriser, limiter la désinsertion, favoriser le rapprochement du CHG, mieux répondre au problème de la démographie médicale, être proches des CMP du centre ville. Bien que non

explicitement formulé, il est vraisemblable que, pour de nombreux praticiens, le choix d'Etoc Demazy offre, avant tout, une proximité avec le CHM.

Ces arguments s'opposent à ceux défendus par quasiment l'ensemble des autres acteurs concernés, dont l'UNAFAM et les élus : Allonnes, qui fait partie de l'agglomération mancelle, est accessible facilement autant du centre du Mans que du reste du département, est correctement desservi par les transports en commun, dispose d'espaces dans un environnement de qualité et permet d'optimiser les moyens.

Sur le principe, tous les acteurs et partenaires, (élus, tutelle,...) sont d'accord pour souligner l'intérêt d'apporter une réponse rapide et raisonnable à la question de l'implantation des lits.

L'impossibilité, depuis plus de 10 ans, de déterminer le lieu d'implantation des lits assurant l'hospitalisation en psychiatrie de l'ensemble de la population du département tient certes principalement à la difficulté de trouver une solution consensuelle au sein du CHS, et plus largement au sein de la communauté urbaine du Mans mais peut-être pas exclusivement :

Une partie de la communauté médicale n'est, en effet, pas prête en cas d'implantation à l'hôpital général, à assurer la réponse graduée et intersectorielle des soins qu'elle implique, et craint, par ailleurs, de voir converger sur le site du CHS les « cas difficiles », tandis que les cas légers seraient traités à l'hôpital général près des disciplines somatiques, créant ainsi une « psychiatrie à deux vitesses ».

En l'absence de consensus sur la question de l'hospitalisation complète avec les médecins, la direction de l'hôpital a pu organiser des alliances objectives pour renforcer les activités non médicales sur le site d'Allonnes, depuis quelques années, les services logistiques et les services techniques ont été regroupés sur le site d'Allonnes, et développer les projets de création de MAS et de FAM, de rénovation de la géronto-psychiatrie, sans oppositions explicites, ni blocage d'aucun des acteurs. Opposée à un transfert complet de l'hospitalisation sur le site de l'hôpital général, la position de l'administration a contribué à renforcer l'opposition des médecins au développement d'une pratique de soins plus articulée avec le dispositif somatique et d'urgence de l'hôpital général.

Les élus ne sont pas favorables à une implantation complète de la psychiatrie au CHM, essentiellement pour des questions liées au voisinage.

Ainsi, tout a concouru à pérenniser le statu quo. A défaut de décision sur l'implantation des lits, le travail sur le projet médical entre les différentes communautés médicales, soignantes, et administratives, n'a pu être conduit par les acteurs au sein du CHS. A cet égard, les réserves émises quant à la portée de notre mission, et à la méthode employée pour notre démarche ont souligné la difficulté que représenterait la mise en œuvre d'une démarche de projet.

De fait, au delà du choix du site, demeure une difficulté d'appropriation du projet médical par l'ensemble des professionnels impliqués dans les prises en charge, à commencer par les équipes soignantes, peu ou pas associées à son élaboration.

De plus, ce ne sont pas seulement les complémentarités avec le CHG qui sont en cause mais une politique de soin commune concernant l'ensemble des secteurs, se développant à partir des CMP et s'inscrivant dans de multiples réseaux, le travail de réinsertion devant avoir lieu dans la cité (DMS autour de 15 jours).

Une expression s'est révélée traduire particulièrement l'évolution du positionnement des acteurs : *« il ne faut plus passer à côté des portes qui nous sont ouvertes, celle de l'hôpital général n'en étant qu'une parmi bien d'autres ».*

La question du lieu d'implantation de l'hospitalisation : une opportunité pour faire évoluer l'ensemble du dispositif vers une réponse plus adaptée aux besoins.

Les atouts et les opportunités

Le CHS du Mans dispose, pour sa modernisation, de terrains disponibles dont il n'a pas besoin de faire l'acquisition. Sa capacité d'autofinancement permet d'envisager cette importante opération d'investissement sans risque de nuire à l'équilibre budgétaire de l'hôpital, toute chose étant égale par ailleurs.

L'ARH des Pays de la Loire a l'intention de placer cette opération parmi ses priorités pour les opérations d'investissements de la Région au titre du volet investissement du plan de santé mentale.

L'établissement est, actuellement, bien doté sur le plan des moyens humains. Un bilan réalisé à l'automne 2004 avec l'équipe de secteur de l'ARH, la direction et les représentants des médecins faisait état « *qu'en partant d'un effectif cible de 5 praticiens par secteur (4 PH et un assistant), au total pour l'ensemble des secteurs et intersecteurs adultes il n'y a aucun poste à créer.* ». En revanche, pour la psychiatrie infanto-juvénile, l'effectif constaté étant de 4 ETP par secteur, il a été estimé à 2.9 ETP le besoin de psychiatres supplémentaires, soit 4.4 ETP, en intégrant les besoins liés au développement du centre d'écoute et d'orientations pour adolescents.

Indépendamment des évolutions qui ont pu intervenir depuis ou de la disparité entre certains secteurs, le CHS de la Sarthe, contrairement à bon nombre d'établissements hospitaliers spécialisés en France, a donc réussi à maintenir ses moyens médicaux.

La diversification d'aval, qui va être mise en place dans le secteur médico-social représente un élément crucial qui constitue le premier levier d'une évolution de la réponse apportée par le dispositif aux patients requérant la prise en charge la plus lourde et la plus longue.

Les réunions de travail que nous avons organisées entre professionnels du soin qu'ils soient médecins, infirmiers, psychologues ou assistantes sociales durant notre mission ont fait apparaître plusieurs dynamiques susceptibles de nourrir un projet d'évolution du CHS, ambitieux et susceptible d'améliorer les réponses aux demandes de soins de la population du département.

Du côté de la psychiatrie générale, la réponse souhaitée au CHM concerne une unité ou un département spécifique gérant les lits de 48 à 78 heures et capable de conceptualiser et d'organiser la psychiatrie de liaison à hauteur des besoins.

Pour l'ambulatorio, les professionnels ont souligné la nécessité d'améliorer la coordination entre les CMP et les urgences, d'étendre les plages d'ouverture et de rendre le dispositif plus lisible pour la population

L'hospitalisation sur le site du CHG est une nécessité pour certains patients (pathologies mixtes, troubles thymiques, indications de sismothérapie, etc ...).

Une telle démarche implique une réflexion concernant l'intersectorialité sur d'autres prises en charge que l'alcoologie et la psychogériatrie (il existe des structures intersectorielles mais pas encore de réelle politique intersectorielle).

Pour ce qui concerne la « psychiatrie infanto-juvénile », des psychiatres, psychologues et cadres infirmiers des 3 intersecteurs est, ouest et nord ont fait état des projets suivants articulés autour de deux niveaux de réflexion :

1. Un niveau de base dont l'assise mérite, selon eux, d'être consolidée :
 - Le développement et le renforcement d'une couverture de proximité assurée par les CMP, CATTP et hôpitaux de jour, ainsi que s'agissant de l'intersecteur ouest leur externalisation du CHS.
 - L'intégration au sein du Centre Hospitalier du Mans (CHM) d'une unité d'hospitalisation complète intersectorielle (8 à 10 lits) à proximité du pôle « mère - enfant ». Concomitamment à l'ouverture de ces lits, la création de 9 places de SAFT est envisagée.
 - L'évolution de l'unité intersectorielle d'hospitalisation complète l'Orme (inter secteur ouest), préalablement à son intégration dans le pôle « mère - enfant », vers un fonctionnement plus conforme à sa vocation initiale, à savoir l'accueil des enfants, adolescents et préadolescents en souffrance psychique nécessitant un temps d'hospitalisation à visée diagnostique et / ou thérapeutique.
2. Un second niveau (missions transversales) qui dépasse les sous intersecteurs et intersecteurs. Quatre axes sont à renforcer de ce point de vue.
 - La petite enfance avec un projet conjoint CHS-CHM d'hospitalisation de jour qui permettra la réalisation d'un bilan d'ensemble dans une approche

globale dépassant le simple cadre somatique pour intégrer les problématiques de retard de développement, de troubles du langage, etc... ;

- La famille avec un projet d'unité intersectorielle de thérapie familiale et plus généralement la volonté de multiplier les lieux de soutien à la parentalité ;
- La pédo psychiatrie de liaison au CHM (pédiatrie, maternité et urgences...) ;
- Le partenariat avec la psychiatrie générale pour la création, notamment, d'une unité intersectorielle pour les adolescents /jeunes adultes.

La nécessité de formaliser cette politique intersectorielle, tant au sein des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile (actuellement des « *structures intersectorielles sans véritable politique intersectorielle* »), que s'agissant de l'articulation avec la psychiatrie générale est soulignée par tous. Le support de cette formalisation fait toutefois l'objet de discussions (département intersectoriel fédérant les 3 intersecteurs », etc..). En revanche, tous s'accordent sur la nécessaire réactivation des réunions mensuelles « NOE », temps commun aux 3 intersecteurs.

S'agissant, enfin, des moyens nécessaires à la mise en oeuvre de ces 4 axes, les professionnels estiment qu'ils devront faire l'objet d'un débat interne à l'établissement impliquant la psychiatrie générale, permettant d'établir une priorisation, en vue notamment des négociations avec les tutelles.

Les freins et les risques

La chronicisation de cette situation a certainement favorisé le repli défensif des différents acteurs les uns par rapport aux autres et vis-à-vis des partenaires extérieurs qui, pourtant, semblent manifester un réel intérêt pour la discipline et une volonté de soutenir les projets susceptibles d'améliorer les réponses aux besoins de santé mentale de la population.

Elle a, en tout cas, aggravé des cloisonnements déjà largement existants, et conforté un faible degré d'intersectorialité. Les réunions de travail ont fait apparaître que certaines équipes se connaissaient peu.

Certaines interventions médicales, qui semblent toutefois minoritaires au sein du CHS, mettent en évidence les approches suivantes :

- l'opposition entre l'activité au sein de l'hôpital général et celle des CMP, alors qu'elles s'appuient et se complètent,
- la revendication de moyens supplémentaires qui conditionne la réorganisation des actions de soins à mener, et leur priorisation,
- les missions grandissantes des psychologues et des infirmiers seraient perçues uniquement comme un moyen de gérer la pénurie médicale,
- la maladie mentale, non différenciable parce que chronique, nécessiterait donc un suivi du début des troubles jusqu'à la fin de la vie,
- la prévention impliquerait de ne pas répondre immédiatement lors d'une acuité des troubles.

De façon générale, les relations entre la direction et notamment son directeur en fonction au CHS depuis 21 ans et les psychiatres de l'établissement, apparaissent tendues. Les oppositions sont fréquentes.

Les médecins sont isolés du reste de la communauté hospitalière, et la crise ouverte par le refus de la CME de voter favorablement pour le projet de reconstruction à Allonnes a renforcé les clivages avec les « non médecins » et accentué l'incompréhension ressentie, à leur égard, par les partenaires extérieurs à l'établissement.

Elaboré dans un contexte difficile lié à l'absence de concertation possible avec les cadres et la direction, le projet médical fondement du projet d'Etablissement qui doit intégrer l'opération de restructuration de l'hospitalisation complète, même s'il rappelle les principes de fonctionnement souhaité, mérite d'être approfondi et décliné avec les autres partenaires du soin, en interne comme en externe.

L'analyse des besoins comme base d'analyse de l'évolution des réponses à apporter doit pouvoir être mieux appréhendée.

Le projet médical du CHS de la Sarthe s'apparente davantage à un « alignement en tuyaux d'orgue » de chaque projet de service qu'à une traduction de la stratégie et de la cohérence de l'ensemble du dispositif.

La dimension intersectorielle de l'organisation des prises en charge est absente de la réflexion sur l'adaptation du dispositif à l'évolution quantitative et

qualitative de la demande et la mise en place de réponses graduées en fonction des besoins à l'échelle d'un territoire.

Malgré la création des deux MAS, les réflexions, au sein des équipes des secteurs concernant l'impact de ces réponses dans le fonctionnement de l'hospitalisation complète et la psychiatrie de liaison, n'ont pas encore pu être conduites.

Simultanément, résolument engagée dans le transfert progressif des activités sur le site d'Allonnes, dans la création des réponses dans le médico-social, et la restructuration à Allonnes du service de géro-psycho-geriatrie, la direction s'est engagée de façon moins volontariste pour l'implantation partielle de lits sur le site du CHM.

Dans l'immédiat, l'évaluation technique et financière du projet de construction de l'hospitalisation complète doit pouvoir aujourd'hui être précisée pour être réalisée.

Par ailleurs, la capacité à négocier de chacune des deux parties étant devenue très faible (tout a été dit par des acteurs qui se connaissent depuis très longtemps), le pilotage de l'opération sera difficile à conduire, sans appui extérieur.

Les propositions et recommandations de la MNASM

1. La MNASM partage avec la communauté médicale la conviction qu'il est nécessaire de renforcer la présence psychiatrique au CHM

Les deux sites présentent le même inconvénient de ne pas être inclus sur un site hospitalier de court séjour pérenne. Il est regrettable que la solution de l'implantation sur le site du CHM n'ait pu être mise en œuvre. L'ouverture aujourd'hui de nouvelles négociations pour l'implantation totale de l'hospitalisation complète sur un terrain du CHM ne ferait désormais que reporter trop loin dans le temps la perspective d'amélioration des conditions hôtelières des hospitalisés et des conditions de travail des équipes médicales et soignantes.

Le site d'Allonnes comme celui d'Etoc Demazy ne peut répondre seul à la palette très diversifiée des demandes de prises en charge de la population du département et à leur évolution dans les années à venir.

En effet, l'organisation de la réponse psychiatrique aux besoins de demain ne peut plus ni occulter les demandes de soins qui passent par l'hôpital général, ni ignorer les autres disciplines (présence aux urgences et psychiatrie de liaison), et le fait que l'hospitalisation de courte durée permet de limiter les hospitalisations complètes dans une discipline qui demeure stigmatisante et donc d'accueillir certains patients.

La réponse d'hospitalisation en MCO est adaptée pour la prise en charge de bon nombre de pathologies ou populations spécifiques (adolescents dépression,...). Elle inclut pour le moins des lits d'UHCD, des lits de crise, voire des lits d'hospitalisation dont la vocation intersectorielle est le plus souvent dictée par l'optimisation des moyens dont dispose chacun des secteurs pour assurer ses missions.

Aussi, si le site de l'hôpital général ne peut être retenu comme site d'implantation de l'hospitalisation complète du CHS de la Sarthe en totalité, il nous paraît indispensable a minima de renforcer la présence aux urgences avec des lits d'UHCD (en récupérant la capacité des 12 lits dévolue à cette activité), d'en rendre l'organisation plus lisible, et de renforcer la liaison en l'étendant aux besoins identifiés par les équipes du CHM.

Par ailleurs, il nous semble incontournable, comme projettent de le faire les cliniques privées intégrées dans le pôle sud du territoire, de prévoir sur le site du CHM la création de lits d'hospitalisation de court séjour de psychiatrie en complément de ceux qui seront construits à Allonnes.

Le nombre de lits nécessaires dépendra de la déclinaison du projet médical, de l'analyse des besoins et de la concertation avec les différents partenaires au sein des territoires de santé desservis.

Leur volume ne doit pas nécessiter la mise à disposition d'un nouveau terrain sur le site du CHM, ni la construction d'un nouveau bâtiment. La réhabilitation de locaux qui pourraient être dégagés dans le cadre des restructurations du CHM paraît tout à fait envisageable. Elle assurerait, par ailleurs, une complémentarité favorisée avec l'activité somatique du CHM.

Une partie de la communauté médicale du CHS est prête à engager les réflexions pour ce projet qui s'inscrit dans la continuité d'un processus qui avait déjà été engagé et qui a été interrompu. Les organisations syndicales n'y sont pas opposées et les équipes qui ont été formées, sont prêtes à s'inscrire rapidement dans le projet de lits d'UHCD.

Par ailleurs, la recherche d'une meilleure optimisation des ressources existantes entre secteur public et secteur privé répond à la nécessité d'assurer une répartition des moyens, des missions et des charges de chacun des deux dispositifs en articulation avec les structures médico-sociales et sociales.

Le renforcement des missions à l'Hôpital général du Mans concernerait donc :

- la psychiatrie infanto-juvénile avec le projet d'installation des 10 lits d'hospitalisation complète au sein du pôle mère - enfant, l'hôpital de jour psychiatrie/pédiatrie ...
- l'accueil l'évaluation et l'orientation des urgences, qui doivent pouvoir bénéficier des lits initialement prévus pour un accueil de 24 à 72 heures
- le développement de la psychiatrie de liaison en relation avec les disciplines somatiques ainsi qu'au sein du pôle mère - enfant avec la psychiatrie infanto-juvénile.
- Des lits pour des prises en charge de courte durée qui devront probablement être intersectorielles et que le projet médical devra préciser. Ces lits ne doivent pas faire l'objet d'une construction neuve. Ils pourraient être installés dans des locaux réhabilités mis à disposition par le CHM lors des restructurations envisagées.

Les professionnels du CHM que nous avons rencontrés, le directeur et le président du Conseil d'administration de cet établissement ont exprimé leur intérêt et leur soutien à ce projet.

Quelques remarques générales complémentaires

Les difficultés que les équipes ont rencontrées lors des projets d'implantation de telles unités ne doivent pas conduire à l'abandon pur et simple de ce modèle. Il nous paraît important de mieux définir les conditions auxquelles une intégration, y compris graduée serait réussie, d'autant plus que la pression croissante sur les temps médicaux risque de déplacer la masse critique médicale des CHS vers les CHG.

Une coordination forte d'une réponse psychiatrique ouverte, comportant l'assistance en cas de crise, en appui du réseau naturel, social ou sanitaire de première ligne (les généralistes), représente une des pistes susceptible de limiter le recours, programmé ou non, à la seconde ligne. Le développement des urgences psychiatriques, pour aussi légitime qu'il soit, s'il ne s'articule pas avec les généralistes, amplifie le recours à l'urgence comme modalité habituelle d'entrée dans le dispositif. D'où la nécessité d'induire, un recours prioritaire aux généralistes alors qu'actuellement c'est l'inverse : la deuxième ligne, urgences hospitalières spécialisées ou non, est plus accessible et offre davantage de garanties générales d'appui d'où une nécessité en première intention massif par les utilisateurs.

De notre point de vue, l'existence de lits d'UHCD dédiés, ou non à la psychiatrie, au sein des urgences, ou un centre de crise adjacent au service des urgences permet d'atteindre un double objectif :

- stratégique, afin d'arrimer définitivement la psychiatrie d'urgence au MCO à travers cette organisation et de mettre fin à un développement séparé entre la psychiatrie et la médecine, « apartheid » légitimé par les uns ou tacitement accepté par les autres, dont la France est l'un des derniers et plus résistants représentants.
- fonctionnel, au bénéfice des patients, des familles et du réseau de première ligne en général. C'est ce que ces derniers demandent en priorité pour destigmatiser les prises en charge et qui est plus facilement accepté. Ces lits facilitent l'accès au plateau technique somatique. Enfin, ces structures permettent d'interposer un « système tampon » dans le temps et dans l'espace entre une réponse ambulatoire trop précoce, trop risquée, et insuffisamment préparée et une réponse hospitalière spécialisée, non encore inévitable.

Certains, dans les réunions de travail ont proposé que le "protocole de 72 heures" soit distinct de l'accueil aux urgences et puisse être intégré dans la réponse intra-hospitalière sous forme d'unité intersectorielle d'admission, d'hospitalisation de courte durée au sein du centre hospitalier spécialisé. De telles unités associent les fonctions de centre d'accueil et de crise intersectoriel et d'admission. Elles sont appelées dans quelques établissements « services d'urgences psychiatriques », mais

elles ne préviennent guère l'hospitalisation car celle-ci est imposée à la structure. Les nouveaux patients subissent un circuit long car ils se présentent, de toute façon, aux urgences de l'hôpital général mais sont, d'autant plus facilement, orientés vers le CHS que l'existence d'une UIA au sein de ce dernier rend moins "indispensable" l'existence d'une réponse satisfaisante aux urgences de l'hôpital général, ou justifie qu'elle reste faible. Grâce à quoi, le MCO et la psychiatrie continuent à vivre leur existence séparée.

Dans les prochaines années, la rationalisation des organisations hospitalières, la pression démographique sur la permanence des soins, vont mener à des choix difficiles : doit-on maintenir ou renforcer la présence des psychiatres au sein des CHS existants, dans une perspective de développement séparé avec l'hôpital général ? Les urgences psychiatriques forcément moins médicalisées doivent-elles devenir, ou redevenir des portes d'entrée pour des orientations rapides vers un hôpital psychiatrique monopolisant le traitement des épisodes aigus ? Doit-on, au contraire, faire de l'hôpital général le lieu de traitement de tous les épisodes aigus, y compris psychiatriques ? Ceci implique, dans chaque hôpital important, que les urgences comprennent une partie psychiatrique de très court séjour et un ou plusieurs services pour la psychiatrie aiguë, polyvalente ou spécialisée, les services à dominante résidentielle étant situés dans la cité, les services à dominante sanitaire de longue durée, le plus souvent intersectoriels, pouvant faire l'objet d'implantations à réfléchir au cas par cas.

Bien entendu, nous recommandons cette dernière hypothèse. La plupart de ceux qui ne partagent pas notre option mettent en avant deux arguments : le premier est que la stigmatisation qui affecte l'hôpital psychiatrique est intimement liée à la qualité hôtelière de l'accueil, très souvent encore médiocre. Si la MNASM partage ce constat, que le plan de santé mentale souligne, elle ne peut en accepter les conséquences. Une simple remise aux normes de l'accueil ne répondrait pas aux attentes des usagers et des familles, ni aux besoins de couverture somatique des patients, et fermerait les possibilités d'un « métissage » entre psychiatrie et MCO, alors que l'évolution technique et organisationnelle va dans ce sens.

Un autre argument, fréquemment évoqué, concerne les besoins d'espace dont doivent bénéficier les patients, en phase aiguë comme au long cours. Pour ces derniers, la réponse résidentielle dans la communauté avec appui thérapeutique apparaît plus appropriée et plus respectueuse que des parcs souvent agréables mais peu fréquentés. Le poids des institutions ne doit pas être surévalué au point de faire opter pour de nombreux hectares partiellement occupés et incompatibles avec toute possibilité de sécurisation sérieuse.

On comprendra, de tout ce qui précède, l'importance que nous attachons aux urgences, du fait de leur contenu même, qui permet une amélioration de l'accessibilité des soins en santé mentale et des réponses aux patients et en égard à l'enjeu stratégique d'une politique intégrée de santé mentale, dont l'ombilic (les

urgences) la relie à l'hôpital général et à ses différents programmes somatiques et psychologiques, à l'urgence préhospitalière, à l'urgence dans la communauté et à ses différents programmes sanitaires (médecine de ville), psychiatriques et sociaux.

Le modèle d'organisation le plus fréquemment rencontré réside dans la participation des secteurs psychiatriques du bassin de population desservi par l'hôpital général, seuls ou conjointement avec des personnels de celui-ci. Dans beaucoup d'endroits, cette organisation est effective et appréciée. La coopération et le transfert de connaissances mutuelles des différents acteurs sont reconnus et la référence sectorielle du territoire n'est pas un obstacle dans le temps au traitement de l'urgence, etc.

Trop souvent, cette organisation est davantage une apparence qu'une réalité. Du temps médical spécialisé est affecté aux urgences, mais sans coordinateur identifié, sans responsable de l'activité, ce qui laisse le personnel paramédical spécialisé dans une régulation incertaine entre l'organisation et les hiérarchies de l'hôpital général et celles de la psychiatrie. Parfois, ces difficultés renvoient à une réelle difficulté. Écartelée entre ses obligations sectorielles (hospitalisation, ambulatoire) et les besoins à l'hôpital général (urgences, liaison), la psychiatrie a du mal ou répugne à y affecter un temps médical suffisant ou suffisamment séniorisé. Souvent, la psychiatrie « traîne les pieds », ou encore un psychiatre isolé, dépendant ou non d'un seul secteur, travaille aux urgences, sans lien fort avec sa filière. La couverture médicale des heures et des jours non ouvrables, des week-ends et des jours fériés apparaît incertaine, entre indisponibilité médicale, gardes et astreintes, qui n'ont pas toujours de corrélation avec l'activité observée. Ceci pourrait donner l'impression que la notion de tableau de garde est parfois perdue de vue. Des flux importants peuvent faire l'objet d'interventions différées, tandis que des flux limités peuvent être gérés 24h/24.

Si depuis dix ans, en France, les équipements et les ressources humaines ont été renforcés aux urgences psychiatriques, peu de politiques mises en œuvre ont défini préalablement les objectifs à atteindre. Or, à quoi servent, ou devraient servir, les urgences psychiatriques, et quels sont les indicateurs d'efficacité ? À détecter les troubles mentaux et initier rapidement le traitement, certes. À adresser dans l'hospitalisation spécialisée les cas les plus graves et à renvoyer chez eux, avec ou sans rendez vous spécialisé, les cas les plus légers. Mais quid des nombreuses situations dont l'interprétation reste difficile les premières heures (cas des TS, par exemple). Dans de nombreux sites d'urgence, il n'existe pas de « *système tampon* » en dehors du tri, ce qui oblige au « *tout ou rien* » :

- soit hospitaliser par excès de précaution, y compris en hospitalisation sous contrainte si le patient n'est pas coopératif. Ce cas, le plus fréquent, fait participer les urgences à la pression sur les lits psychiatriques, alors qu'elles devraient tendre à la diminuer.

- Soit renvoyer chez eux, en prenant un risque, des patients encore instables, du fait d'un manque de temps et de lit.

Certains sites développent des centres de crise ou centres dits de 72 heures adjacents aux urgences. Nous y sommes totalement favorables car nous pensons qu'ils permettent une évaluation plus fine et diminuent le recours à l'hospitalisation psychiatrique classique. Ils supposent néanmoins que soient remplies trois conditions : la première est que ces centres soient implantés à proximité immédiate des urgences et non à distance, car leur fonctionnalité est obérée s'il y a rupture de continuité, la seconde est qu'ils effectuent, réellement, un travail de crise qui recontextualise les pathologies et les troubles dans l'environnement du patient, inclue les proches et les associe aux suites, etc. Enfin, ce dispositif suppose une véritable formation des personnels médicaux et paramédicaux dans ce domaine.

Concernant plus particulièrement la psychiatrie dite de liaison.

Les enquêtes de morbidité hospitalière retiennent les troubles mentaux en tant que diagnostic principal. Elles ne donnent donc qu'un reflet très imparfait de l'impact de la pathologie mentale dans les services médico-chirurgicaux de court séjour. Deux mécanismes de minimisation des troubles psychiatriques peuvent être relevés :

- dans les cas de pathologie mixte, il est probable que seul le diagnostic somatique a été retenu,
- en l'absence de demande somatique, un trouble médical associé, correspondant à la démarche du service accueillant, est volontiers mis en avant.

La psychiatrie de liaison est un concept développé dans les pays anglo-saxons selon lequel le patient doit être traité dans sa globalité, ce qui implique sa souffrance mentale en relation avec ses difficultés somatiques. Une telle activité repose sur deux axes : la consultation (par demande du somaticien au psychiatre à propos de la situation individuelle du malade) et la liaison qui représente un travail régulier en collaboration avec l'équipe d'un service somatique en vue de détecter, diagnostiquer et traiter les troubles psychologiques.

Cette psychiatrie de liaison peut englober la psychologie médicale (concernant les réactions psychologiques à la maladie), la médecine psychosomatique (le corps est le porte-parole du trouble psychologique) et les consultations psychiatriques proprement dites. Elle est interprofessionnelle et implique psychiatres, psychologues, infirmiers ou autres paramédicaux.

La définition de la psychiatrie de liaison dite « de base » peut paraître imprécise et floue mais peut-il en être autrement ? Sa démarche n'est en rien différente de la psychiatrie de secteur puisqu'elle s'adresse à cet autre tiers social

qu'est l'Hôpital général avec ses règles et ses lois, une culture dominante et des demandes souvent ambiguës.

Ce constat concerne essentiellement l'activité de liaison « tout venant » : les renseignements fournis sont presque toujours succincts, le lieu de l'entretien non aménagé. Seul le patient apparaît disponible pour une rencontre lui permettant d'exprimer ce qu'il n'a pas pu dire jusque-là alors qu'il sent bien que la médecine technique ne l'investit plus.

Ce type de psychiatrie met notamment en évidence après une tentative de suicide, l'amélioration habituelle pendant quelques jours rend aléatoire toute appréciation, qu'un interniste de bon niveau perd ses réflexes professionnels habituels devant un malade atypique, que des entretiens précoces cathartiques semblent avoir des effets considérables. Il s'agit de bien autre chose que d'un flirt avec la médecine.

Cette activité de base ne peut qu'être en premier lieu une psychiatrie de liaison au quotidien se situant actuellement bien en dessous des besoins si on considère la prévalence moyenne de la dépression alors que celle de l'alcoolisme est de 10 à 30% pour l'ensemble de la population hospitalisée.

L'activité de liaison dite « différenciée » ne doit pas se limiter à la psychiatrie de liaison de base qui vient d'être évoquée. Bien des orientations sont possibles :

- relation privilégiée avec un service médical en raison de liens particuliers ou par choix délibéré d'une action ciblée répondant aux découpages médicaux,
- orientation vers la psychothérapie et la formation qui amène un psychiatre à s'implanter peu à peu dans une unité médico-chirurgicale, pour y jouer un rôle dans la discussion de cas ou la supervision.

Si une réelle psychiatrie de liaison oblige à une grande disponibilité, ses missions ne peuvent être scindées en « *activités nobles et moins nobles* ». Toutes offrent une opportunité à ne pas manquer. Chaque demande, même pour « une mauvaise raison » (comme celle d'un médecin confronté à l'annonce qu'il doit assumer d'une séropositivité) doit être prise en compte.

La psychiatrie de liaison contraint à une intrication grandissante des références théoriques et de la façon de concevoir les projets de soins de chacun. La dimension idéologique des difficultés de communication entre les psychiatres et les somaticiens (du fait que leur discours et les ordres auxquels ils se réfèrent seraient hétérogènes) ne saurait être un argument défendable.

Le psychiatre doit accepter le fonctionnement relationnel médical, communiquer, induire des collaborations afin d'éviter un risque d'enkystement ou de mise de côté. Ce travail est perpétuellement à accomplir, car rien n'est jamais

acquis dans ce registre, dépendant de liens très personnalisés avec les médecins (notion de correspondant).

Une grande modestie est de mise car il faut des années pour se faire accepter, longtemps même après avoir prouvé son efficacité. Si l'intégration dépend de la capacité du psychiatre à communiquer, à faire véritablement de la pédagogie quant à une certaine vision des soins, il doit véritablement faire la preuve de sa compétence pour exister et être accepté par ses collègues somaticiens.

Cette activité s'adapte mal au modèle sectoriel des hôpitaux généraux de taille importante.

La psychiatrie de liaison répond aux demandes d'une entité démographique particulière : l'Hôpital général avec des données épidémiologiques propres (pathologies différentes, notion géographique sans grand sens).

La psychiatrie de liaison dans les grands établissements généraux n'est pas sectorisable, ce qui ne veut pas dire qu'elle ne puisse pas s'articuler avec une sectorisation psychiatrique présente de façon adjacente et complémentaire. Elle fonctionne par et pour l'Hôpital général, d'autant que ce dernier a pris une option de spécialisation et de haute technicité au détriment de la médecine interne, en absence de notion géographique de recrutement (qui peut être national pour certains services). Des services de moyen séjour eux-mêmes acquièrent une spécialisation (rééducation cardio-vasculaire par exemple).

Pour la liaison, la continuité est celle des liens entre prestataires de services et services demandeurs.

2. Le CHS de la Sarthe peut conduire un projet ambitieux visant simultanément à construire des locaux neufs pour l'hospitalisation complète et à optimiser le dispositif ambulatoire de la ville du Mans

2.1 L'hospitalisation complète au CHS

Les deux sites d'Allonnes et d'Etoc Demazy ont des avantages et des inconvénients comparables.

Pour autant, et à condition de s'assurer de la régularité des liaisons avec le centre ville dans le cadre des réaménagements des transports en commun en cours dans la ville du Mans, la construction de lits d'hospitalisation complète sur le site d'Allonnes permet de ne pas avoir à régler la question de l'avenir de la géronto-psychiatrie qui a fait l'objet d'une réhabilitation complète récemment, et des services logistiques techniques et administratifs transférés à Allonnes. La proximité

de l'établissement annexe du CHM qui comprend des lits de moyen et long séjour, renforce la cohérence du choix de ce site.

La vente des terrains d'Etoc Demazy devrait rapporter plus que la vente des terrains d'Allonnes et alléger ainsi les charges financières de l'opération de reconstruction de l'hospitalisation complète.

L'accessibilité du site d'Allonnes pour l'ensemble de la population du département ne semble pas moins grande à Allonnes qu'à Etoc Demazy, compte tenu de la position d'Allonnes par rapport aux rocade routières et de la faible distance qui sépare les deux villes.

La question de la proximité ayant été au cœur des débats entre les différents acteurs de l'hôpital, il nous paraît intéressant de nous interroger sur la traduction pratique de cette notion : Qu'est-ce qu'une hospitalisation "proche" ? Est-ce l'absence de distance qui sépare le lieu d'hospitalisation de la population desservie, ou l'accessibilité en transport en commun de ce site ? Mais de nombreux établissements rattachés à un hôpital général situé dans l'agglomération principale sont tout aussi stigmatisants. L'éloignement, c'est aussi la stigmatisation dans une structure ad hoc qui permet de construire socialement, familialement et personnellement, une identité de "fou" confrontée à des réponses promiscuitaires et une hôtellerie trop souvent, dégradée.

De ce point de vue, les deux sites du Mans et d'Etoc sont en réalité confrontés aux mêmes enjeux.

Du point de vue de la prise en charge médicale, les inconvénients sont comparables, le site d'Allonnes n'étant pas moins adapté que le site d'Etoc Demazy, ni pour ce qui concerne l'accessibilité pour la population du département, ni pour l'articulation avec les autres éléments du dispositif. L'expérience du dernier transfert d'un des secteurs d'Etoc à Allonnes ne semble pas avoir engendré de difficultés qui infirmeraient cette analyse.

La Commission du service de soins infirmiers a officiellement pris position en juin 2005, dans une lettre adressée au Président du conseil d'administration dans laquelle elle rappelle que si « *elle avait trouvé bon nombre d'arguments pour une installation de l'ensemble des secteurs de psychiatrie au CH du Mans, elle n'en repère aujourd'hui aucun susceptible de faire une différence positive pour le Mans (Etoc Demazy) au détriment d'Allonnes* ».

Aussi, les aspects techniques et financiers, l'existence des lits de gériatrie, de psychiatrie récemment réhabilités, et l'implantation des services logistiques, techniques et médico-techniques donnent un avantage au site d'Allonnes pour l'implantation des lits d'hospitalisation.

L'avantage que présente le site d'Allonnes pour accueillir le projet d'implantation des lits tient également au coût d'une telle restructuration. La vente des terrains d'Etoc qui permet de compléter d'environ 10% la part d'autofinancement par le CHS, le maintien des services logistiques et de la gériatrie, sur le site d'hospitalisation, assurent une faisabilité financière à ce projet qui doit s'inscrire dans le logique du volet investissement du plan de santé mentale qui apporte des aides à l'investissement auto-financé en partie.

Sauf à maintenir deux sites, l'un pour les lits d'hospitalisation de la psychiatrie générale et l'autre pour la gériatrie, et les activités médico-techniques logistiques et techniques, l'impact du regroupement sur un site de l'ensemble des activités sur les coûts d'exploitation paraît également plus avantageux dans le cas d'une implantation à Allonnes.

2.2 La capacité en lits du futur Etablissement.

La capacité autorisée du CHS en hospitalisation complète est de 375 lits, auxquels sont retirés les 100 lits des MAS. Toute chose étant égale par ailleurs, le volume de lits nécessaires dans le futur projet a été estimé, jusqu'alors, à environ 300.

La Mission a fait le constat, sur d'autres sites que le renforcement de la présence aux urgences, l'implantation des lits d'urgence en ce qu'elle régule les flux de demande en amont de l'hospitalisation, modifie le besoin d'hospitalisation complète. Plus encore, c'est la création de réponses médico-sociales dont la création des MAS et du Foyer d'accueil médicalisé constitue un socle important qui, en offrant des réponses aux patients au long cours, modifie les prises en charge dans les lits d'hospitalisation.

Aussi, nous pensons que la capacité de l'établissement doit faire l'objet d'une estimation particulière au niveau des territoires de santé concernés, au regard du type de prise en charge et de la nature des lits qui seront implantés à l'hôpital général d'une part, de la nature des prises en charge et des collaborations avec la clinique privée qui assure déjà des hospitalisations temps plein, et des réponses médico-sociales d'autres part.

2.3 Un ambulatoire optimisé.

Une partie des bâtiments classés d'Étoc Démazy, si elle apparaît non fonctionnelle pour des locaux d'hospitalisation complète, pourrait, une fois réhabilitée, accueillir un centre ambulatoire, partagé entre les secteurs, afin d'améliorer la lisibilité et la cohérence du dispositif pour la population de la ville, et lui offrir une amplitude d'ouverture plus grande.

Les mutations démographiques des grandes métropoles régionales constituent un phénomène majeur de la période. Une ou deux concentrations urbaines d'un département ou d'une région regroupent désormais la majorité de la population de l'aire géographique concernée.

Tel est le cas de l'agglomération Mancelle. Le critère de 70 000 habitants qui correspondait à la géo-démographie de la France de 1960, encore semi-rurale et permettait une distribution homogène des soins, perd de sa signification dans les grandes agglomérations. Les découpages sectoriels qui conduisent les habitants d'une même ville à relever de secteurs différents et de pratiques de soins diverses, limitent la déclinaison d'une politique de santé mentale au niveau de la ville.

Si la logique sectorielle, base de l'accessibilité et de la continuité des soins, ne saurait être remise en cause, il convient de poser la question de la taille discriminante (superficie et géo-démographie) pour appréhender les besoins en santé mentale, mettre en cohérence la santé mentale avec le MCO et, de façon plus globale, assurer l'adéquation avec les diverses politiques sociales (de la ville, de l'habitat, de lutte contre l'exclusion).

La notion de territoire de santé est reconnue comme pertinente dans le cadre des SROS de troisième génération pour l'organisation des soins, voire des regroupements de secteurs en fonction des réponses graduées apportées dans les soins, dans le cadre du projet médical de territoire.

La notion de territoire permet, par ailleurs, d'unifier la desserte entre psychiatrie générale et infanto-juvénile améliorant la lisibilité d'un dispositif où les interlocuteurs et les clientèles (adolescents, femmes isolées avec enfants, familles marginales et/ou pathogènes) sont souvent communs. Dans ce contexte, les coopérations entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, et structures non sectorisées peuvent être envisagées.

L'organisation de l'ensemble des structures ambulatoires qui concourent à l'offre dans l'agglomération pourrait ainsi faire l'objet d'une réflexion globale sur les implantations, le fonctionnement et les objectifs des dispositifs ambulatoires. L'attente de la population et des services sociaux sont importants et ne cesse de croître.

La disponibilité de locaux particulièrement bien situés dans le centre de la ville à la croisée de la plupart des lignes de transports en commun pourrait donc justifier le regroupement sur un site unique des ressources extra-hospitalières installées actuellement au centre ville du Mans, afin de faciliter l'extension des horaires d'ouverture comme la réactivité et la mobilité de l'offre, ouverte sur la politique de santé et sociale de la ville.

L'ancrage au centre de la cité mancelle et son repérage par la population donne, au site d'Etoc Démazy des atouts considérables pour accueillir un projet ambitieux pour l'ambulatorio de la ville du Mans. L'opportunité créée par la reconstruction de l'hospitalisation temps plein sur un site au lieu des deux actuels nous paraît devoir être saisie pour anticiper une évolution qui paraît inéluctable pour les années à venir.

3. La conduite et l'accompagnement d'un projet ambitieux.

Au-delà de la question du lieu d'implantation des lits d'hospitalisation, le CHS de la Sarthe a l'opportunité d'engager toutes les formes de réponses aux besoins de santé mentale de la population du département vers une nouvelle dynamique. L'Etablissement doit s'engager dans une démarche de projet associant, en interne, l'ensemble des acteurs et s'appuyant sur tous ses partenaires.

L'établissement est dans une configuration idéale pour élaborer un projet structurant et novateur. Les acteurs doivent pouvoir bénéficier d'une aide extérieure, pour relever ce défi, dans un contexte marqué par un fort cloisonnement.

Avec, aujourd'hui, 600 lits répartis sur deux sites différents et demain 300 lits au plus sur un site unique, quelles organisations des soins et du travail thérapeutique devront être mise en place, quelles adaptations sont nécessaires pour y parvenir ?

Nous estimons que les acteurs sont en mesure d'apporter, eux-mêmes, des réponses précises à ces questions. A défaut, il est à craindre que la pérennité des organisations actuelles se heurte à des contraintes de coûts qui paralysent peu à peu, des équipes déjà lassés d'avoir trop attendu !

Ces réflexions doivent être engagées dans le cadre d'un approfondissement du projet médical.

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique dispose :

« Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Il comprend un projet social. »

Les objectifs du projet médical visent à repérer les besoins de prise en charge des habitants du département, à définir les orientations médicales stratégiques et à proposer les projets de soins adaptés et les moyens nécessaires à leur mise en œuvre, pour y répondre dans les cinq années à venir. Le projet médical a vocation à structurer ainsi le projet d'établissement qui se centre sur le service rendu aux usagers à partir d'une évaluation de ses besoins, et de ses attentes.

L'adoption par l'ensemble de la communauté hospitalière d'un projet médical d'ensemble est donc déterminant puisqu'il conditionne le projet d'établissement et, partant, l'opération de construction, ainsi que le projet médical de territoire et le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH.

Cette réflexion devra, en intégrant les orientations du schéma régional, prendre en compte les évolutions générales observées dans le domaine de la psychiatrie et la santé mentale. Elle intégrera, également, les orientations figurant dans le projet médical du CHM et des cliniques.

L'analyse conduite doit permettre d'identifier les points forts, de recenser les objectifs partagés par tous, et de repérer les pistes d'amélioration. Elle doit permettre de répondre concrètement aux enjeux suivants :

- conforter la mission d'hôpital départemental,
- développer des activités spécifiques reflète de besoins encore insuffisamment ou non couverts,
- ouvrir le CHS sur son environnement en développant une politique de partenariat avec les autres établissements en assurant une articulation satisfaisante avec les autres segments de l'offre de soins (médecine de ville, secteur médico-social, secteur social)
- adapter le dispositif actuel aux nouveaux modes de prise en charge, notamment par les alternatives à l'hospitalisation
- prendre en compte les priorités de santé publique définies nationalement et régionalement

L'inscription du projet dans l'enveloppe d'aide du plan de santé mentale place l'établissement dans une configuration idéale : la création des MAS a apporté

une réponse à la question difficile des patients inadéquatement hospitalisés et permet de définir le nombre de lits d'hospitalisation concernés par le nouveau projet.

L'hôpital est en bonne santé financière et l'existence de deux sites vastes autorise un bon niveau d'autofinancement de l'opération. En revanche le climat de tensions internes ne facilite pas la mise en œuvre d'un projet aussi restructurant pour l'hôpital, sans aides extérieures.

La MNASM, qui se sent concernée par ce processus, propose son appui pour accompagner les équipes dans la déclinaison de leurs projets.

Annexe 1 : Demande d'intervention conjointe du Directeur et de la Présidente de la CME du CHS

Annexe 2 : lettre de saisine du Directeur de l'ARH des Pays-de-la-Loire

Annexe 3 : le programme des interventions de la MNASM

**Annexe 4 : courrier de la Présidente de la CME en date du 24
octobre 2005**