



5, avenue d'Italie - 75013 Paris

www.mnasm.com

L'organisation de la psychiatrie dans le département de l'Eure et Loir

Présenté par :

Mme le Docteur Dominique Frémy
Mme le Docteur Catherine Isserlis
M. Pierre Juhan
M. Francis Mangeonjean
M. le Docteur Philippe Meyer

Mai 2010

RESUME	4
1. les constats :.....	4
2. Les préconisations :	5
Conclusion	6
RAPPORT	7
I. Introduction.....	7
1. Les conditions générales de la mission.....	7
2. Les principes de notre intervention.....	8
3. le contexte du département de l'Eure et Loir.....	9
3.1. les caractéristiques géographiques.....	9
3.2. les caractéristiques démographiques.....	9
3.3. les caractéristiques historiques.....	10
II. Les constats.....	11
LA PEDOPSYCHIATRIE	11
1. Chartres.....	11
2. Châteaudun.....	13
3. Dreux	14
4. ISEMA (Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents).....	15
5. Analyse	17
5.1. Les besoins :.....	17
5.2. Les moyens:	17
5.3. Leur déploiement par filière :.....	18
a. par pathologie.....	18
- Autisme.....	18
- Trouble des conduites	18
b. Par âge.....	19
- Périnatalité et petite enfance	19
- Enfance	19
- Adolescence.....	20
6. Conclusion concernant la Pédopsychiatrie	20
LA PSYCHIATRIE GENERALE.....	21
- Le centre hospitalier Henry Ey à Bonneval	21
- L'analyse de l'organisation des soins au centre psychothérapique du Coudray	22
1) Le constat	22
2) Les propositions.....	23
- Bonneval et le secteur social, médico-social, la Réhabilitation, les personnes âgées	26
- La psychiatrie générale au centre hospitalier de Dreux	28
1) Les caractéristiques principales.....	28
2) Des évolutions envisagées qui méritent d'être encouragées.	29
III. L'analyse globale des effectifs en personnel.....	30
1. ANALYSE	30
1.1. Au Centre Hospitalier de DREUX.....	30
1.2. Sur le Centre Hospitalier de BONNEVAL	31
a. Analyse globale	31
b. Analyse par type d'activité.....	32
2. QUELQUES PISTES DE REFLEXIONS :.....	35
2.1. Sur le site de Dreux	35
2.2. Sur le site de Chartres	35
a. Le CPC	35
b. Le Centre d'Accueil et de Crise.....	36
2.3. Sur le site de Bonneval :.....	38
IV. Propositions.....	39
ÉVOLUER VERS UNE ORGANISATION DEPARTEMENTALE DE LA PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE :	39

DEGAGER, AVEC LES PARTENAIRES, DES BESOINS PRIORITAIRES, ET PRECISER LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE DANS LES REPONSES :	40
EVALUER A UN NIVEAU DEPARTEMENTAL LES BESOINS EN LITS, PLACES D'HOPITAL DE JOUR ET DE CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL ET REPARTIR LES MOYENS AFFERENTS :	41

V. Conclusion.....	43
---------------------------	-----------

ANNEXES : 44

LETTRE DE SAISINE DU 20 JUILLET 2009 SIGNE PAR LA DHOS	44
OFFRE SANITAIRE, MEDICO-SOCIALE ET SOCIALE EN PSY CHIATRIE ET SANTE MENTALE EN REGION CENTRE	45
RECAPITULATIF DES VISITES.....	46
TABLES RONDES	49
ÉQUIPE PROJET DU CPC DE CHARTRES	65
RESTITUTION DU RAPPORT A L'ARS DU 17 MAI 2010	66
PROPOSITION DE MODIFICATIONS DE M. LE DOCTEUR ABDERRAZAK NASRY	67

RESUME

La saisine initiale : la MNASM a été saisie d'une demande portant au départ sur le fonctionnement de la pédopsychiatrie dans le département, dont l'activité connaissait, à Chartres, une forte rétraction depuis le départ à la retraite du « chef de service historique », le Dr Jacques Constant, et la brève période de remplacement par un nouveau responsable.

Par ailleurs, l'organisation du centre hospitalier Henry Ey à Bonneval était également une forte préoccupation exprimée par l'ARH, du fait d'un dispositif soignant jugé trop déployé, sans que les nouveaux sites construits ne puissent ouvrir, ou fonctionner dans de bonnes conditions.

L'équipe de professionnels constituée pour analyser la situation, composée de trois psychiatres, d'un directeur des soins et d'un directeur d'hôpital s'est rendue à cinq reprises dans le département et a eu un contact avec quasiment toutes les structures qui, dans les champs du sanitaire et médico-social, prennent en charge des personnes au titre de la psychiatrie et de la santé mentale. Cette analyse, qui s'est déroulée de septembre 2009 à mars 2010, a pu établir certains constats et formuler quelques recommandations :

1. les constats :

- **La Psychiatrie générale** ; analysée dans le périmètre du département, cette activité est constituée de trois lieux extrêmement dissemblables : à Dreux se trouve l'exemple d'une psychiatrie ouverte, installée dans un centre hospitalier général, en lien avec la communauté environnante, reconnue comme efficace par les autres services de l'établissement, et ayant accepté les règles actuelles de gouvernance (constitution en pôle, notamment) ; le Centre hospitalier Henry Ey, dont le siège est à Bonneval est implanté à la fois sur Chartres et sur le site historique ; le « pôle » chartrain est composée de trois « secteurs » situés à proximité du centre hospitalier général, installés au centre psychothérapeutique du Coudray ; puis à proximité se trouvent des locaux prévus pour un centre d'accueil et de crise ; enfin, deux unités sont situées en périphérie de Chartres, à Morancez, pour les patients anxio-dépressifs, et pour l'addictologie.

Le site historique de Bonneval regroupe, dans des bâtiments dispersés dans un vaste espace foncier, un secteur de psychiatrie générale, et l'ensemble des structures d'hébergement pour des personnes relevant de prises en charges prioritairement sociales et médico-sociales : ces locaux d'hébergement sont, pour certains, peu adaptés, et un vaste programme de reconstruction est engagé ou même terminé.

Les équipes de Bonneval interviennent aux urgences du Centre hospitalier général de Chartres et assurent également les soins psychiatriques aux détenus (Centre de détention de Châteaudun) et à la maison d'arrêt de Chartres.

- La Pédopsychiatrie :

Il existe dans ce département trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile correspondant au nord (Dreux) , au centre (Chartres) et au sud (Châteaudun) ; comme dans beaucoup d'autres départements, les orientations et les objectifs des trois services sont assez différents ; mais on retiendra pour l'essentiel qu' au moment de la saisine, une crise de fonctionnement touchait le S.P.I.J de Chartres avec une réduction du nombre de lits en fonctionnement de 8 à 3, faute d' effectifs médicaux en nombre suffisant ; des signes de solidarité avaient cependant commencé à se manifester pour aider les équipes chartraines, et sous l' impulsion de la DDASS, un groupe de réflexion avait commencé à poser les jalons d'une réorganisation de moyen terme pour le département ; précisons également que les locaux d'hospitalisation complète à Chartres (Saint Brice) sont vétustes et très en deçà des conditions d'accueil (et de sécurité...), et des conditions de travail acceptables en 2010 pour les équipes (cela renforce d'autant leur mérite d'avoir assuré la continuité du travail soignant au moment de la pénurie de médecins) ; signalons enfin que les locaux de pédopsychiatrie de Dreux étaient , eux aussi mal adaptés ; et qu'ils ont été fermés depuis par la direction de l' établissement.

2. Les préconisations :

- La Psychiatrie générale :

L'activité du Centre hospitalier de Bonneval doit rapidement évoluer et passer de la phase de développement des activités à la phase de consolidation de l'existant ; l'épicentre de ce changement se situe au CPC de Chartres dont les modes de fonctionnement doivent être revus.

Le Centre Henry Ey a en effet poursuivi une politique ambitieuse de reconversion et de relocalisation de ses activités qui l'a conduit à réaliser plusieurs projets immobiliers ; la réinstallation des unités dans des locaux neufs a été réalisée à un rythme rapide ; l'administration doit désormais s'attacher à affermir sa politique de recrutement et à améliorer la qualité de son suivi des transformations et répartitions d'emplois.

Mais son véritable défi est de réexaminer le fonctionnement des entités désagrégées qui le composent et dont il faut maintenant faire un tout : l'acuité de ce constat est forte pour le CPC qui, globalement, regroupe trois secteurs autonomes ; elle vaut aussi pour la filière réhabilitation qui doit se « brancher » résolument sur les quatre secteurs de psychiatrie générale ; l'enjeu final est d'établir un continuum de gestion depuis l' accueil psychiatrique aux urgences en hôpital général jusqu'à la sortie du patient hors du système : le travail sur les inadéquations des prises en charge en hospitalisation sera un bon levier d'action ; la reconfiguration des locaux du CPC, à quantité de lits globalement constante, apportera des perspectives de solution à la question de la « saturation » des lits.

La psychiatrie de Dreux est installée dans des locaux très appropriés conçus sur de tout autres principes ; mais le pôle de psychiatrie générale approche de son point de rupture ; la question des patients chroniques et la mobilité accrue du dispositif sont des voies d' abord que la mission juge pertinentes : la question des moyens doit se régler,

au moins partiellement, dans le cadre de l'organisation globale de l'établissement (par une partie des effectifs dégagés par la fermeture des lits de pédopsychiatrie)

- La pédopsychiatrie.

La mission propose de réorienter les moyens et les locaux vers une politique de filières dans le périmètre du territoire de santé c'est à dire le département : le présent rapport pointe alors quelques manques mais aussi des possibilités de meilleur usage des moyens actuels ; chaque filière doit faire des choix clairs et faire connaître ensuite des référents de filières ainsi que leurs engagements de service : les enfants et adolescents jeunes suivis à Chartres , la filière ados à Dreux , le secteur de Châteaudun – Bonneval avec une forte valence autisme pouvant assurer la référence de cette prise en charge spécifique .Tels sont les objectifs proposés.

La réfection des locaux de Saint –Brice est une priorité du même ordre que celle du CPC : le lieu d'implantation est « au plus près » de l'hôpital général (Pasteur ?), sinon dans..., ce qui aurait l'intérêt de favoriser le travail avec la pédiatrie et d'assurer la psychiatrie de liaison ; à ce sujet la MNASM recommande que le projet de territoire prévoie explicitement un engagement de service, pour les enfants également, à l'égard des structures d'hébergement.

En définitive la notion de pôles de compétence devra émerger plus clairement que par le passé et se substituer à la vocation universelle que chaque aire géographique s'efforçait, dans le système antérieur, d'assumer, avec des succès inégaux et surtout avec peu de lien avec l'activité de l'aire voisine.

Conclusion

Le département **doit désormais consolider l'existant au lieu de poursuivre son développement** : c'est probablement la forme de changement la plus difficile puisqu'elle consiste à faire fonctionner, différemment, ce qui existe : cela signifie changer de regard sur ce qui a été fait et modifier les pratiques médicales : les choix de locaux, les lieux d'implantation et les organisations internes en découleront, et pas l'inverse ; rien ne serait plus dangereux, par ailleurs de choisir une forme de coopération entre établissements avant d'en avoir défini, par le détail, les enjeux : cette orientation pose la question de l'ingénierie globale de la concertation puis de l'élaboration des projets depuis le pôle jusqu'au territoire : à vouloir rester dans l'incertitude dans les choix de chacun, le résultat de la coordination risque d'être une « coquille vide » ; à l'inverse, la désignation de **l'opérateur** qui porte le projet sera déterminante, surtout pour la pédopsychiatrie.

RAPPORT

I. Introduction

1. Les conditions générales de la mission

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale est intervenue dans le département de l'Eure et Loir à la demande du directeur de l'ARH du Centre, Monsieur Legrand, sur le fondement d'une lettre de saisine en date du 22 juin 2009 puis d'une lettre de mission signée de Madame Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en date du 20 juillet : la rédaction de ces courriers avaient été précédée d'une réunion préparatoire dans les locaux de la MNASM en mai 2009, où les termes de la problématique à résoudre avaient fait l'objet de longs échanges avec l'équipe de l'ARH alors en charge de la psychiatrie, en présence de M Legrand, et Mme L'Helgouac'h, directrice de la DDASS de l'Eure et Loir.

La mission a été constituée pendant l'été et a commencé ses visites en septembre 2009 et les a achevées fin février 2010 ; elle était composée de Mme le Docteur Dominique Frémy, pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Novillars, de Mme le Docteur Catherine Isserlis, pédopsychiatre au Centre Hospitalier de Versailles, de M. Pierre Juhan, directeur d'hôpital, coordonnateur du groupe, de M. Francis Mangeonjean, coordonnateur général des soins au Centre Psychothérapique de Nancy et de M. le docteur Philippe Meyer, psychiatre au Centre Hospitalier d'Erstein.

Elle s'est rendue à cinq reprises en Eure et Loir et a visité l'ensemble des sites assurant la gestion de services en psychiatrie, dont des structures médicosociales (à Bonneval) ainsi qu'une structure médicosociale innovante (ISEMA) ; ces visites de sites, pour certaines, ont pu paraître brèves à nos hôtes ; elles ont permis cependant à l'équipe de professionnels constituant la mission de percevoir rapidement le milieu et le contexte dans lequel se déployait l'activité ; le planning des visites figure en annexe ; la mission a entretenu des liens réguliers avec la direction de la DDASS ainsi que le référent psychiatrie de l'ARH et a adressé dès le début du mois de mars un état des lieux et un programme d'action concernant le site du CPC de Chartres dont le fonctionnement en 2010 nous paraissait relever d'orientations nouvelles à prendre sans tarder.

Le cycle de visites a été ponctué fin février par l'organisation de tables rondes associant, sur six thématiques, les offreurs de soins et les représentants des usagers ainsi que les institutions bénéficiaires des services de la psychiatrie ; le cadre informel ainsi que la présence d'un tiers, l'équipe de la MNASM, dont on sait par avance l'aspect temporaire de l'intervention dans le département, ont permis de « poser les choses » et d'entendre des échanges, qui de l'aveu même des participants, étaient, sinon inédits, du moins rarement exprimés. Ces constats, par exemple sur la sécurité, sur les troubles portant atteinte à la sécurité publique, sur l'interprétation souvent difficile du comportement des personnes, sur l'efficacité de programmes réguliers de formation/information à l'adresse des personnels de la sécurité publique ou de l'administration pénitentiaire, peuvent -parmi d'autres- servir d'éléments préparatoires à un programme de santé publique centré sur la prévention : ils n'ont donc pas vocation à rester lettre morte.

2. Les principes de notre intervention

En préalable, il apparaît indispensable de rappeler que la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale n'a pas, de par la nature du mandat reçu, à se substituer aux différents acteurs, seuls habilités à décider des suites éventuelles à donner à ses propositions. Par son travail d'écoute et d'analyse, ses commentaires, la Mission, composée de professionnels de terrain, souhaite apporter sa part dans les réflexions engagées.

Cette mission technique n'a donc, en aucune façon, le but de présenter une élaboration univoque d'analyses et de solutions, ni de se substituer à la nécessaire appropriation, par les acteurs eux-mêmes, des différentes pistes susceptibles d'être sélectionnées. Elle n'est pas, davantage, une mission d'inspection. Son objectif est d'ajouter un regard complémentaire d'ordre professionnel. Elle a pour seule ambition, par la médiation d'observateurs extérieurs, de proposer les grandes lignes d'un processus, source d'aide pour éclairer certaines idées-forces, pour mettre en évidence des fils conducteurs susceptibles de faire progresser certains points d'une situation rencontrée, à un moment donné de l'histoire de ce département.

Il reviendra à l'ensemble des acteurs de se servir de ce document, de l'enrichir et de l'approfondir. Il apparaît nécessaire d'ajouter que le débat, ainsi poursuivi, devra concerner toutes les composantes de la psychiatrie, discipline multidimensionnelle et, au-delà, continuer à inclure l'ensemble des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux impliqués.

Ainsi que le prévoit la méthodologie d'intervention de la MNASM telle qu'elle a été approuvée par son comité de pilotage puis telle qu'elle est inscrite dans sa Lettre générale de Mission 2008, la mission se tient à la disposition de ses mandants pour une évaluation de l'efficacité des recommandations mises en œuvre à la suite de ce présent rapport, au terme d'un délai d'un an suivant la restitution des conclusions.

Il faut noter toutefois que les conditions d'admission puis de prise en charge des patients au CPC (Centre psychiatrique du Coudray), nous ont semblé suffisamment préoccupantes, du fait du cloisonnement des locaux et de leur inadaptation aux conditions de traitement de la maladie mentale telles que souhaitées en 2010, du fait également de positions thérapeutiques focalisées sur l'appartenance au secteur, pour qu'un **document d'étape** soit adressé début mars au directeur de l'établissement, après discussion et échanges sur ce sujet avec le corps médical réuni en collège et avec l'encadrement soignant.

Signalons enfin, mais le cas de l'Eure et Loir, de ce point de vue, n'est pas exceptionnel, que plusieurs analyses antérieures avaient été conduites sur la situation de la psychiatrie, tout particulièrement à Bonneval : le travail réalisé par le CNEH en 2008, puis l'élaboration du projet d'établissement, témoignent tout à la fois de l'existence de données très complètes, et très riches, sur les indicateurs d'activité de la psychiatrie, et de la difficulté qu'il y a à en tirer des enseignements opérationnels sur la voie du changement, celui des pratiques en particulier. Cela explique

donc que la mission n'ait pas repris, pour les activités en 2009, les données déjà bien connues par leur analyse antérieure, de files actives par secteur, de délais d'attente en CMP, ayant par ailleurs le sentiment que ce n'est pas, même si ce constat est regrettable, un accroissement de la connaissance et de la pertinence de ces indicateurs qui, en eux mêmes, suffisent à déclencher, puis à entretenir, la flamme de la volonté de changement.

3. le contexte du département de l'Eure et Loir.

3.1. les caractéristiques géographiques.

L'Eure et Loir est l'un des six départements de la région Centre : pour des raisons historiques les limites géographiques n'en recourent pas celle de la Beauce et de fait, tout en incarnant ce que l'on peut appeler la « ruralité paisible », ce département est composé au Nord de cantons (Anet par exemple) qui sont péri-urbains et subissent donc l'attractivité de la région Île de France, de Paris et des Yvelines, ainsi que de cantons du type Illiers-Combray qui sont au cœur de la vie rurale et/ou sylvestre (Senonches) ; la mission a pu constater en Eure et Loir, comme bien d'autres départements de notre pays, la présence de villes dont l'identité est très différente, avec un sentiment d'éloignement entre elles, tant géographique que symbolique, qui montre bien que la « carte n'est pas le territoire » ; tel est le cas pour Châteaudun, Chartres, et Dreux dont les manuels d'histoire font état de leurs « différences » et d'oppositions fort anciennes(cf. la lutte entre les Carnutes et les Durocasses au temps des druides) ; ces regroupements identitaires se retrouvent de nos jours, mais heureusement en termes apaisés, par exemple pour la prise en charge des enfants, dans le dessin des secteurs psychiatriques rattachés à ces trois zones de populations.

3.2. les caractéristiques démographiques.

Le département possède une population de 422.000 habitants dont l'évolution est globalement très lente, avec des indicateurs socio-économiques moins difficiles que dans d'autres régions de France, encore que tant pour l'industrie (les difficultés du tissu industriel à Dreux), que pour l'agriculture (la crise du secteur des céréales), la situation soit hélas aisément réversible (le nombre d'allocataires de RMI/RSA pour 1000 habitants en Eure et Loir reste plus faible que la moyenne de la région elle-même plus faible que la France entière, mais il augmente plus rapidement). Il est à noter que le secteur drouais (55000 habitants) a un indice de jeunesse supérieur à 2 (rapport entre les moins de 20 ans et les plus de 60 ans) avec un nombre important de logements sociaux et une précarité sociale très visible ; selon les données issues des travaux de la conférence sanitaire de territoire, le taux de mortalité est quasi identique à celui de la moyenne nationale alors que le taux de natalité est légèrement supérieur ; il est à noter enfin une surmortalité liée au taux de suicides, ce qui a conduit le GRSP à publier en 2007 un guide - répertoire consacré à la souffrance psychique et la prévention des suicides. Selon les données de l'URCAM (2007), le département disposerait de 10 psychiatres - neuropsychiatres libéraux à Chartres et de cinq pour la ville de Dreux, ces chiffres intégrant très probablement une part de psychothérapeutes.

3.3. les caractéristiques historiques

A l'inverse de départements de la région Île de France, dont certains ne disposent pas pour leur psychiatrie de Centre hospitalier « historique », d'autres ne disposant d'ailleurs que de lits d'hospitalisation tardive (cf. Hauts de Seine, Seine et Marne), L'Eure et Loir dispose sur son territoire un centre hospitalier spécialisé, le centre Henry EY, qui compte doublement dans l'histoire de la psychiatrie. Tout d'abord, par la présence des murs qui témoignent d'un passé architectural très ancien (cf. l'abbaye de Saint-Florentin fondée en 857) et par l'empreinte laissée par le Docteur Henry Ey, médecin chef du pavillon des femmes dans l'établissement de 1933 à 1970, faisant ainsi de l'ancienne abbaye « **le centre rayonnant de la psychiatrie française** » ; cet établissement porte donc doublement le poids de l'histoire tout en ayant pu, au fil des dernières décennies, entreprendre un transfert de certaines de ses activités au plus près des lieux de vie où se concentre le plus de populations, c'est-à-dire à Chartres.

Cette dimension historique est donc à prendre en compte pour expliquer une partie des difficultés de fonctionnement du centre hospitalier Henry Ey, l'unité entre cultures, « les Bonneval » et « Ceux de Chartres » étant à maintenir dans chacun des projets entrepris ; cet équilibre dans le dispositif est également à rechercher dans la « répartition géo-populationnelle dans le département : il semble, par exemple, que sous une apparente uniformité de « population rurale » vivant dans le sud du département, se cachent de réelles différences dans les troubles et leur expression, selon que l'enfant vit dans une famille en habitat dispersé ou qu'il vit dans une famille en agglomération. Cet exemple montre que le dispositif de soins doit s'adapter aux données de géographie, et que cet exercice est plus difficile dans les lieux où le poids de l'histoire est particulièrement fort.

II. Les constats

LA PEDOPSYCHIATRIE

L'organisation de la pédopsychiatrie du département d'Eure et Loir offre la particularité d'avoir trois secteurs chacun rattaché, pour des raisons historiques, à un établissement différent, ce qui ne facilite pas la coordination de leur développement, longtemps restée plus ou moins séparée par secteur et assujettie à des projets d'établissements différents mais qui se décline depuis peu en une organisation départementale sur certaines filières. Pour mémoire, rappelons que les trois secteurs : respectivement Chartres, le nord et le sud du département desservent une population très différente tant dans la taille que dans la répartition géo populationnelle (urbaine ou rurale, et de condition économique très différente) :

- Le secteur de psychiatrie infanto juvénile 28 I 02 est rattaché au Centre hospitalier général de Chartres. Il recouvre approximativement, Chartres et ses environs (Lucé, Mainvilliers, Voves, Maintenon, Epernon, Courville sur Eure, Gallardon, Chartres, Le Coudray) sans être en cohérence avec les trois secteurs de psychiatrie générale du Coudray : G 06 (Brou, Courville sur Eure, Illiers-Combray, Lucé, Mainvilliers), G 02 (Chartres Sud-Ouest, Janville, Orgères en Beauce, Voves), G 01 (Chartres Nord-Est, Chartres Sud-Est, Maintenon) qui, eux, dépendent de l'hôpital Henry Ey situé à Bonneval.
- Le secteur infanto juvénile drouais 28 I 03 est, quant à lui, en cohérence avec le secteur de psychiatrie de psychiatrie générale et est rattaché au centre hospitalier de Dreux. Il dessert Dreux et les cantons de Anet, Brezolles, La Ferté Vidame, Senonches, Château neuf- en- Thymerais, Vernouillet.
- Le secteur infanto juvénile drunois 28 I 01 recouvre le sud du département avec les zones urbaines de Châteaudun et de Nogent le Rotrou et est rattaché administrativement à l'hôpital de Bonneval.

1. Chartres

Le service de psychiatrie infanto juvénile rattaché au Centre hospitalier de Chartres appartient au pôle « psychiatrie et handicap » qui comprend, en outre, la Maison Départementale des Personnes Autistes avec un total de 68 lits et places.

Le service a vécu un traumatisme avec la forte diminution en nombre de l'équipe médicale, réduite de 6 à 1 praticien hospitalier (PH) en quelques années. Cet épisode est survenu quelques années après le départ à la retraite du Dr. Constant fondateur du secteur, auquel a succédé le Dr. Guérin dont le départ rapide, n'a laissé persister qu'un PH en poste, le Dr. Luxembourger.

Cependant, l'équipe des soignants n'a pas vécu cette hémorragie médicale dans la nostalgie d'un passé brillant mais s'est organisée, malgré la raréfaction des moyens médicaux, pour survivre et faire fonctionner le secteur dans l'optique du meilleur service rendu aux patients.

Construit dans les années soixante dans des préfabriqués qui n'étaient pas destinés à durer, situé dans la périphérie du site hospitalier à dominante moyen long séjour de Saint Brice, le bâtiment, assez labyrinthique, abrite quatre unités de plain-pied : un hôpital de jour pour enfants, un hôpital de jour pour adolescents, une unité de soin pour autistes et une unité d'hospitalisation temps plein. Certaines salles sont mutualisées. Mais la vétusté des bâtiments et l'isolement de l'unité temps plein la nuit imposent de revoir cette implantation. Alors qu'une patougeoire vient d'être réhabilitée à l'hôpital de jour, les locaux de l'unité d'hospitalisation dont le sort est toujours resté incertain n'ont, quant à eux, pas été réhabilités, malgré une organisation tout à fait inadaptée rendant les soins difficiles.

Durant cette période, l'hospitalisation complète est descendue à 3 lits sur les 8 lits initialement prévus. Depuis début 2010, la suppléance médicale s'est organisée pour les adolescents à un niveau départemental et la capacité d'hospitalisation est revenue à un effectif de 5 lits. Depuis début 2010, elle s'est structurée pour les adolescents à un niveau départemental sous la responsabilité du Dr Nasry, avec une permanence médicale à laquelle tous les secteurs participent et la capacité d'hospitalisation est revenue à un effectif de 5 lits.

Par ailleurs, il existe 32 places d'hôpital de jour réparties en fonction des tranches d'âge et des pathologies avec une unité particulièrement dédiée aux TED pour des enfants de 3 à 14 ans ; après quoi la Maison Départementale des Personnes Autistes, étroitement liée au secteur à sa fondation par le Dr Constant, prend le relais jusqu'à 24 ans.

L'accueil ambulatoire et les consultations en CMP ont lieu sur le site de l'Hôtel Dieu, très central, dans des locaux qui viennent juste d'être rénovés, avec un CATTP qui accueille 130 enfants environ, dans une prise en charge organisée autour de 30 groupes thérapeutiques dont certains à visée psychopédagogique. Sur ce même site il existe une consultation de thérapie familiale.

Au total, l'état des lieux concernant la pédopsychiatrie de Chartres fait apparaître une offre de soin relativement diversifiée avec une cohérence des filières proposées tenant compte de l'âge et des pathologies.

Malgré la diminution accélérée du nombre de médecins, les équipes de soin se sont organisées pour répondre à la demande et mettre en place une évaluation pluridisciplinaire rapide des situations supervisée par le médecin restant. Les cadres ont contribué avec efficacité au maintien de l'offre de soin. Toutefois, le dispositif s'essouffle et les équipes manquent de visibilité. Récemment, une réorganisation des soins dans les hôpitaux de jour a redonné aux psychologues, dont les compétences étaient jusque là très sous employées, une place institutionnelle plus conforme aux besoins. Leur rôle dans le dispositif global de soin et leur fonctionnement est une réflexion en cours.

L'hospitalisation complète paraît néanmoins constituer le point faible de la pédopsychiatrie chartraine, tant en terme de capacité en lits que de qualité de l'hôtellerie : les locaux sont vétustes, mal adaptés à la sécurité et à la surveillance en cas de risque suicidaire.

2. Châteaudun

Le secteur, organisé sous la forme un secteur = un pôle, a récemment perdu ses attaches avec sa base institutionnelle, l'hôpital de Bonneval, ce qui fait surgir chez les professionnels à la fois regrets et sentiments de liberté. Ce secteur, couvrant le sud du département, est essentiellement rural, centré sur deux agglomérations dans lesquelles il a implanté ses structures : à Nogent dans un pavillon bourgeois en centre ville (la mission n'a pas visité ce site) et à Châteaudun dans un bâtiment qui vient d'être construit en proximité de l'hôpital et des quartiers populaires ; l'installation au cœur du bassin dunois, dans des locaux flambants neufs, marque ainsi une nouvelle étape dans l'histoire du service, quarante ans après sa création à Bonneval par le Professeur Henri Faure.

Dans la même structure de plain-pied, on trouve donc désormais le CMP, le CATTP et l'hôpital de jour ce qui a eu pour effet de rassembler les équipes autour d'un projet de soin commun rénové et de mutualiser l'utilisation de certains locaux. Les professionnels en majorité répartissent leur activité sur deux unités ce qui donne une cohérence au secteur. Les locaux neufs ont été pensés avec les équipes et sont très bien aménagés mais il est trop tôt pour juger réellement de leur fonctionnalité.

Le CMP a une file active telle qu'elle ne permet actuellement qu'un délai de prise en charge d'environ 2 mois en moyenne. Les déplacements dans les écoles sont fréquents et le secteur répond à la demande aux besoins de l'hôpital de Châteaudun en intervenant aux urgences (grâce à la proximité) sachant qu'il n'y a pas à Châteaudun de service de pédiatrie mais une maternité dans laquelle le service intervient parfois.

L'hôpital de jour est organisé en 4 unités thérapeutiques dont l'une pour jeunes autistes (3 ans à 7 ans) avec un personnel qui a suivi une formation spécifique en commun avec celui de l'IME de Châteaudun, vers lequel les enfants seront orientés à leur sortie. Cette organisation de la formation, inter institutionnelle, est de nature à faciliter les liens entre les prises en charge sanitaires et médicosociales et à donner une continuité à une prise en charge conduite avec les mêmes références cognitivo comportementales.

Pour les adolescents nécessitant une hospitalisation, 1 lit de crise est actuellement réservé au pavillon les Vergers à Bonneval, dans une chambre spécialement aménagée au milieu du service adulte, mais il est heureusement peu utilisé. Actuellement, lors des rares besoins pour des enfants, les solutions sont trouvées dans les services parisiens ; ce dispositif a vocation, pour la mission, à évoluer par l'insertion de ce lit dans l'organisation départementale, à Chartres.

Le partenariat avec les écoles, les services d'accompagnement et les établissements médicosociaux est bien développé et repose surtout sur le médecin chef. Le service s'oriente vers une activité spécifique de prise en charge des troubles des apprentissages et des dyspraxies, avec des actions de formation en direction des enseignants. Une convention est en cours pour améliorer la prise en charge des troubles du langage et des dysphasies. Le recours à une équipe spécialisée du CHR d'Orléans paraît régulier.

3. Dreux

Il existe une configuration de la pédopsychiatrie propre à DREUX qui doit gérer des situations à forte composante sociale. L'hôpital général de DREUX centralise les demandes car le secteur libéral n'a pas les moyens humains de jouer un rôle de première ligne. Les filières de soin pour les enfants et pour les adolescents sont organisées de façon séparée sous des responsabilités médicales distinctes.

La prise en charge pédopsychiatrique des enfants s'effectue sur trois unités distinctes selon qu'elle a lieu en CMP (SPIJ), en hôpital de jour, ou en hospitalisation complète.

- L'hospitalisation complète avait été initialement prévue en 2006 dans des locaux temporaires intégrés dans le service de pédiatrie du CH de DREUX avec une équipe pédo psychiatrique dédiée. Cette solution s'est avérée défavorable car les liens fonctionnels entre pédiatrie et pédopsychiatrie n'avaient pas été suffisamment travaillés et la structure qui devait accueillir 5 enfants n'a pas dépassé le stade de 2 lits d'hospitalisation. Très rapidement, le dispositif prévu a montré ses limites et les lits ont été embolisés pendant 4 ans par la prise en charge, dans des conditions tout à fait inadéquates, d'un seul enfant présentant une pathologie sévère du lien d'attachement et des troubles du comportement majeur.

Malgré des moyens conséquents (équipe de dix soignants) l'initiative ne s'est donc pas avérée concluante et l'administration de l'hôpital a définitivement fermé cette unité en 2009.

- L'hospitalisation de jour enfants. La capacité d'accueil est de 12 places organisées en deux filières :
 - 8 places pour enfants autistes.
 - 5 places pour enfants présentant d'autres troubles. Tranche d'âge de 3 à 12 ans.

Le parti pris d'optimiser ces 5 places apparaît sous forme d'une hospitalisation à temps partiel qui permet de recevoir 17 enfants sur ces 5 places. On se rapproche d'une prise en charge en CATTP. Mais, malgré tout, les délais d'attente avant d'entrer en hôpital de jour paraissent longs.

Les locaux, de construction récente, paraissent pourtant avoir mal vieilli et les espaces de vie sont confinés. Les modalités de prise en charge des troubles envahissant du développement sont définies par le médecin responsable de l'unité et n'offrent pas la diversité qu'attendraient les associations de parents en ce qui concerne les enfants autistes. Ils désirent que soient intégrées les méthodes TEACH et ABA. De plus, la prise en charge en hôpital de jour doit se prolonger jusqu'à l'âge de 10 ans car le médico social (IME des Trois Vallées) n'est pas en mesure d'accueillir les enfants autistes plus tôt. (L'âge charnière habituel étant 6 ans).

- Un AFT de 10 places
- Les soins en CMP sont annoncés par les usagers avec des délais de prise en charge très longs (entre 9 mois et 1 an) ce qui ne représente pas la réalité du travail de cette équipe qui a par ailleurs développé une activité domiciliaire
- La prise en charge des adolescents est partagée entre les unités du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et celles du secteur de psychiatrie générale

Les adolescents sont reçus sur un site dédié par une équipe spécifique et il existe un hôpital de jour de 5 places pour adolescents qui privilégie les prises en charge à temps partiel ; un travail de collaboration pluri partenariale étroit est en cours pour la mise en place de la Maison des Adolescents dont l'ouverture est imminente, ce qui devrait à terme faire progresser le circuit des demandes et améliorer l'accès aux soins. ; dans ce cadre la nomination d'un responsable du projet est une bonne garantie de succès : il faudra notamment veiller à ce que la finalité départementale d'un tel projet prenne corps avec, soit des antennes dans les autres villes, soit un dispositif réellement mobile.

❖ L'ADAJ issu du secteur adulte

La structure ADAJ, est spécialisée dans l'hospitalisation de semaine des adolescents. Le CAC, sous la responsabilité du Dr Docteur THOMAS, comporte 6 places qui peuvent accueillir des adolescents à partir de 16 ans suite à une tentative de suicide. Dans la journée, les adolescents sont intégrés dans les activités de l'hôpital de jour où de nombreuses activités de médiation sont organisées et, le soir, ils rejoignent les locaux du CAC.

Dans la mesure où la structure est fermée le week-end, le cadre oblige à un travail étroit avec la famille ou avec l'ASE. La durée maximale de séjour est fixée à environ 3 fois 5 jours..

Cet accueil séquentiel des adolescents a permis de répondre aux besoins d'adolescents présentant une personnalité abandonnique : le Docteur THOMAS donne l'exemple d'une adolescente qui est venue pendant 2 ans pour un séjour d'une semaine chaque mois. Un travail étroit est réalisé avec l'école, la mission locale (existence d'un PRS à Dreux). Des réunions régulières ont lieu avec l'ASE. En revanche, le Docteur THOMAS semble rencontrer des difficultés avec ses collègues de pédopsychiatrie et indique l'échec de réunions régulières qu'elle avait tenté de mettre en place. Elle dit ne pas avoir été associée cette année aux travaux de mise en place de la future Maison de l'Adolescent, alors qu'elle figure comme membre du comité de pilotage.

4. ISEMA (Internat socio-éducatif médicalisé pour adolescents)

Il s'agit d'une structure expérimentale au sens de la loi « Bas » du 5 mars 2007 ; L'ADSEA de l'Eure et Loir a été retenue pour sa mise en œuvre lors de l'appel à projet, puis elle a été mise en place très rapidement en avril 2009. Bien qu'il ne s'agisse pas spécifiquement d'une structure sanitaire, nous ajouterons cet équipement au

dispositif de soin en psychiatrie du département de l' Eure et Loir en raison du type de population auquel il s'adresse et de son niveau de médicalisation.

La Mission a visité les locaux provisoires dans un cadre champêtre assez isolé, et les locaux définitifs dans une vaste maison bourgeoise dans le centre d'Illiers-Combray. La structure relève le défi d'offrir soin et éducation pour des jeunes réputés « incasables » ; elle reçoit le concours d'un médecin psychiatre (à mi-temps) ce qui est indispensable pour la couverture médicale ; elle a un effectif de 15 personnes sous l'autorité d'un directeur, Monsieur G. Pain. Il est prématuré de juger la probabilité de succès d'une telle initiative : sa création porte en elle-même toutes les contradictions du système : elle témoigne de l'insuccès des structures traditionnelles à prendre en charge le parcours de ces jeunes ; en même temps les secteurs traditionnels, dont la pédopsychiatrie, peuvent se sentir dépossédés et donc se désinvestir de cette responsabilité ; or la collaboration et la coopération de tous les acteurs sont indispensables pour permettre le succès de l'initiative ; une défaillance des secteurs de pédopsychiatrie et/ou des secteurs de psychiatrie générale, par exemple, par le refus inapproprié d'admettre en urgence un jeune pris en charge par l'ISEMA, est de nature à compromettre l'expérience ; il est donc de l'intérêt de tous que cette structure innovante de 12 places, que le département a lancée, trouve et garde sa place dans l'ensemble du dispositif.

Cette création ainsi que celle de l'ITEP à Senonche (20 places) témoigne de l'effort engagé en termes de financement au titre de l'action sociale et médico-sociale par les différents contributeurs, Etat, Département, Sécurité sociale ; néanmoins si l'on se rapporte aux bilans établis pour les différents plans et état des lieux et en se référant aux propos tenus lors des tables rondes, il semble que des manques subsistent : l'Eure et Loir a un seul ITEP - récent- dédié à cette tranche d'âge, et commence à peine à se lancer dans une politique de Samsah (à Lucé). Ainsi que le précise un document récent établissant en Avril 2009 un bilan du Priac , « il est essentiel de développer une culture du réseau, du partenariat, la coordination n'étant pas innée » ; la mission conduite en Eure et Loir confirme en tous points de vue cette affirmation ; mais celle-ci pose la question de l'opérateur capable d'assurer cette fonction : il appartiendra à l'ARS de fixer la nature de ce mandat d'opérateur responsable de la prise en charge pour un territoire afin que pour chaque filière du soin depuis l'amont, et du moment de l'accès au dispositif de soin jusqu'à l'aval dans le passage vers des lieux de vie au sein du social et du médico-social, un responsable de la cohérence de l'ensemble apparaisse clairement.

Il n'est d'ailleurs pas dit que cet opérateur se cantonne exclusivement dans une fonction de coordination de structures : son rôle, encore largement à inventer dans notre pays mais déjà en place, dans cet esprit, par exemple au Québec, serait plutôt celui de « courtier en services » offrant ce qui est nécessaire (éducation, soins, rééducation), au bon moment, au bon endroit, lors des difficultés du parcours de vie de l'enfant - adolescent pris en charge.

5. Analyse

5.1. Les besoins :

L'Eure et Loir est l'un des départements de France où la densité en médecins est la plus faible, le déficit est majeur en médecine générale (225 pour 100 000 habitants, contre 340 pour la moyenne française) et risque encore de s'aggraver dans es années à venir. Le service de PMI du Conseil général et le Service de Promotion de la Santé de l'Éducation Nationale sont dès lors seuls en première ligne pour repérer les enfants et adolescents en grande difficulté, les orienter et gérer les situations de crise. Cette sous médicalisation entraîne un transfert important de patients vers les Urgences des hôpitaux publics.

De plus, le nombre d'enfants placés (ASE et PJJ) dans l'Eure et Loir est important (supérieur à 1000, dont un certain nombre issus de la région parisienne), tous en grande souffrance psychologique alors qu'il y a très peu de temps de psychologues dans les MECS ; de même, le nombre de places en Instituts médico éducatifs est important (il y a 9 IME au total), dont un certain nombre accueillent des enfants de la région parisienne), et accueillent beaucoup d'enfants ou d'adolescents souffrants de troubles des conduites et du comportement par manque de places en ITEP.

Toutes les attentes se tournent donc vers les dispositifs sanitaires de pédopsychiatrie et, faute d'une réponse dans l'urgence, vers la pédiatrie via les services d'urgences des hôpitaux du département.

Bien que, selon les représentants de la MDPH et de l'ASE rencontrés, les rapports avec les trois secteurs soient « bons, avec chacun leur style, mais il manque une vision départementale ».

5.2. Les moyens:

La Mission rejoint le constat fait par les documents de suivi du SROS 3 2006-2011 pour le département de l'Eure et Loir : la pédopsychiatrie a des effectifs qui globalement se situent dans la moyenne nationale mais la caractéristique la plus flagrante et donc la plus préoccupante concerne le nombre de postes médicaux non pourvus : seule l'affirmation d'une politique de projet de territoire garantissant des missions claires à chaque praticien pourra apporter un début de solution à cette problématique, idem pour les postes actuels de personnels non médicaux ainsi que pour les psychologues, pour lesquels la description des tâches, dans une fiche de poste pour chaque poste, (ce qui est entrepris au SPIJ de Chartres), est une chance d'accroître à la fois l'attractivité et l'efficacité des postes actuels.

S'agissant d'éventuels renforts par rapport aux effectifs actuels du territoire, dès lors qu'ils seraient préalablement tous pourvus et réalloués (cf. infra), la Mission recommande de privilégier la création de quelques postes pour une équipe mobile de pédopsychiatrie médicosociale, rattachée à l'unité d'hospitalisation temps plein et satisfaisant la fonction de charnière entre le dispositif soignant, en amont et en aval de la crise.

5.3. Leur déploiement par filière :

Les filières de soins comprenant toutes les étapes du soin de la prévention à la réhabilitation, et donc toutes les collaborations au décours de la prise en charge en soin, peuvent être abordées selon plusieurs axes :

- par pathologie : avec deux thématiques émergentes, les troubles envahissants du développement et les troubles des conduites.
- par âge : périnatalité, enfance, adolescence :

a. par pathologie

- Autisme

- Sous l'impulsion du Dr Constant, le département de l'Eure et Loir a organisé la prise en charge des enfants et adolescents souffrants de pathologies du spectre autistique sous la forme d'une filière de prise en charge où les premiers intervenants sont les CAMSP, puis les SPIJ avec dans chaque secteur une unité d'hôpital de jour spécialisée (4 à 8 places par secteur) et un effort d'inclusion des enfants à l'école sans qu'il existe de CLIS spécifique dans le département; les soins sont poursuivis jusqu'à 14 ans puis le relai est pris par la Maison Départementale des Personnes Autistes soit par le SESSAD soit par le jusqu'à 24 ans ; enfin des unités de prise en charge d'adultes autistes existent dans plusieurs FAM du département tel que le foyer spécialisé « La Chanterelle » à Lèves, établissement de 32 places qui accueille des autistes adultes homme ou femme.
- La Maison des Personnes Autistes, gérée par le centre hospitalier de Chartres est un « outil d'accompagnement de l'adolescence jusqu'à l'âge adulte » qui comprend un Service d'Accueil, un SESSAD de 24 places et un IME de 12 places théoriques. Elle avait, en 2009, accueilli environ 70 personnes depuis sa création en 2000.
- Cette organisation exemplaire dans le domaine de la prise en charge des adolescents lors du passage à l'âge adulte et de l'accueil des adultes, secteur habituellement particulièrement délaissé, abouti cependant au paradoxe que les services de psychiatrie infanto juvénile constituent le seul opérateur pour les TED de 3 à 14 ans. Or il s'avère que les SPIJ ont de plus en plus de mal à répondre aux besoins pour cette tranche d'âge et ne peuvent offrir la diversité des modes de prise en charge prévue par les textes.
- L'éducation nationale et les structures médico sociales qui doivent pouvoir contribuer à accueil de ces enfants ont aussi besoin de l'aide et de l'expérience des équipes de psychiatrie infanto juvénile pour mieux répondre à leurs besoins. Enfin les attentes et les difficultés familles doivent être prises en compte. Dans tous ces domaines une organisation départementale de la réponse serait souhaitée.

- Trouble des conduites

A ce propos, l'étude des IR et des SESSAD de la région Centre : fiche annexe II TCC réalisée par la DRSM et la CRAM du Centre en 2002-2003, notait : « Le département d'Eure-et-Loir est atypique avec un taux d'équipement en places d'IR et de SESSAD le plus faible de la région alors qu'il possède le taux d'équipement le plus élevé en places habilitées ASE et/ou PJJ.. » Ce fort taux d'équipement en structures habilitées ASE et/ou PJJ vient compenser le

manque de prises en charge pour troubles de la conduite et du comportement financées par l'Assurance Maladie. Cette situation devrait s'améliorer lorsque la totalité des places autorisées actuellement pourront être financées et installées au niveau du SESSAD de Lucé qui a une vocation départementale et du futur IR de Senonches. Au total, le dispositif prévoit 30 places pour le SESSAD et 30 pour l'IR.» A l'époque seul le SESSAD de Lucé avait été étudié alors qu'il venait d'ouvrir et ne recevait que 8 enfants.

Depuis l'Isema a ouvert ses portes. Il est trop tôt pour évaluer les apports de ce type de projets innovants mais à ce sujet il faut rappeler l'importance du travail en pluri partenarial dans ce domaine et éviter que quelque acteur que ce soit ne se trouve en position d'être seul porteur de projets pour les enfants et adolescents souffrant de ce type de pathologie.

b. Par âge

- Périnatalité et petite enfance

Dans le champ de la périnatalité, des compétences existent dans les secteurs de psychiatrie tant adulte qu'enfant du département qui mériteraient d'être mises en valeur et mieux connues des acteurs locaux afin que les familles qui en ont besoin puissent en bénéficier. Mais il semble y avoir un hiatus à devoir combler dans la mise en place des soins précoces avec des équipes dédiées à la petite enfance, l'ensemble de la prise en charge du jeune reposant plutôt sur les CAMPS.

S'agissant de la politique à l'égard de la petite enfance et de l'enfance, le bilan actualisé du PRIAC établi en Avril 2009 pointe la nécessité de mieux asseoir le rôle respectif des CMPP et des CAMSP ; alors même que des crédits importants ont été alloués pour un meilleur fonctionnement des CAMSP en Eure et Loir, il semble particulièrement nécessaire de faire mieux assumer les rôle respectifs de chacune de ces structures, auxquelles la mission ajoute les CMP.

- Enfance

Le projet initial avait estimé à 5 lits les besoins en hospitalisation complète pour enfants et la localisation de cette unité à CHARTRES. Il apparaît actuellement peu réaliste d'envisager la construction d'une nouvelle structure tant que les besoins en lits pour enfants n'ont pas été évalués avec suffisamment de précision. Dans un premier temps, et, pour préfigurer une organisation territoriale, l'ouverture selon les besoins de 2 lits au maximum pour enfants adossés à 5 lits pour adolescents situés actuellement sur le site de ST BRICE (secteur de CHARTRES) permettrait d'affiner l'étude des besoins et d'améliorer les liens avec les partenaires comme l'Aide Sociale à l'Enfance, afin qu'ils limitent les hospitalisations de dernier recours en pédopsychiatrie. Un projet d'Accueil familial Thérapeutique sur une fonctionnalité départementale permettrait d'éviter de faire converger vers l'hospitalisation à temps complet des enfants en difficulté dans leur famille ou en collectivité dont les soins peuvent se déployer dans les hôpitaux de jour pour lesquels le territoire est bien équipé.

- Adolescence

La MDA de Dreux : financée en 2008, elle est en passe d'ouvrir ses portes mais sa fonctionnalité départementale reste floue (Cf. son appellation). La valeur ajoutée d'une telle structure ne réside pas dans son ouverture matérielle mais dans la mobilisation des acteurs autour d'un projet territorial prenant en compte la diversité du département et dans leur capacité à organiser sur la durée les coopérations dans le parcours des jeunes en difficulté de telle sorte que la demande puisse être posée au bon endroit au bon moment sans que la réponse ne soit un tout psychiatrique.

De la même façon le projet de clinique départementale de l'adolescence ne peut se concevoir comme une fin en soi. Les organisations par filières se focalisent sur la question des parcours avec un ou des dispositifs d'amont sous tension pour que tout soit fait pour éviter le recours à l'hospitalisation et un aval qui évite les réhospitalisations et traiter autant que possible les jeunes dans et avec l'appui de leur environnement.

6. Conclusion concernant la Pédopsychiatrie

L'Eure et Loir a la chance, comme les autres départements de la région Centre d'identifier ses territoires à travers la notion de département : il faut donc profiter de cette chance en raisonnant dans ce périmètre en terme de filière d'âges/pathologies, de la petite enfance à l'âge adulte. La logique ultime de ce raisonnement conduit à subordonner chaque projet de site à l'expression d'un projet de territoire, tant en termes de projet médical qu'en termes d'allocation des ressources. Dès lors que les objectifs de chaque segment pour chaque filière sont fixés en termes de prise en charge (nature, délais, et priorités des prises en charge), il s'en déduit une politique de réallocation de ressources à l'intérieur de la politique de territoire pour les enfants et les adolescents du département (intégrant les objectifs connus dans l'évolution prochaine des structures d'aval et les besoins des usagers tels qu'évoqués dans les tables rondes).

La politique d'investissement est également à considérer du point de vue du territoire et pour la psychiatrie dans son ensemble : dans ce cadre, la réfection des locaux du CPC reste pour de la mission la toute première urgence, sachant que la question de sécurité des lieux en pédopsychiatrie à Chartres est une préoccupation du même ordre ; elle peut s'envisager sur le moyen terme et se réfléchir alors dans le même temps que les futurs locaux de la pédiatrie, et, naturellement, dans le cadre d'un projet pensé en commun ; mais si le volume prévisionnel des investissements de reconstruction pour la pédopsychiatrie excède ce que les pouvoirs publics peuvent financer dans le total des investissements de la psychiatrie pour l'Eure et Loir, une mise aux normes de sécurité des locaux d'accueil des enfants doit être décidée rapidement.

Enfin, ce n'est qu'après la clarification des objectifs poursuivis par ce projet de territoire qu'une forme juridique de coopération devra être imaginée, dans une logique de gestion commune des ressources en personnel et de choix cordonnés des priorités d'investissement.

- Le centre hospitalier Henry Ey à Bonneval

Le centre dispose de quatre secteurs de psychiatrie générale, trois à Chartres et un à Bonneval, et un inter secteur de pédopsychiatrie regroupant au total 239 lits et 191 places de psychiatrie ; il déploie aussi une activité de soins aux personnes âgées (une unité d'admission de 120 lits d'EHPAD, 90 lits de maison de retraite, 50 lits de longue durée) ; il vient d'ouvrir une polyclinique de 25 lits pour patients déficients chroniques et un FAM de 27 places qui se substituent aux locaux très vétustes situés dans l'ancienne abbaye.

Trois des quatre secteurs, 60 lits au total, sont installés depuis la fin des années quatre vingt dix à la périphérie de Chartres dans un bâtiment moderne à proximité de l'hôpital général ; six lits de centre d'accueil et de crise sont en projet dans un bâtiment dont la construction est achevée mais qui n'a pu ouvrir faute de recrutements insuffisants ; un CMP commun est situé en centre ville. La troisième localisation de la psychiatrie générale est située à Morancez en périphérie de Chartres ; elle regroupe deux structures de soins, une unité de psychologie médicale de 16 lits pour patients anxio dépressifs et une structure de soins en alcoologie, addictologie 16 lits d'HC (Docteur Mounier), 15 places d'hôpital de jour et 5 places pour patients anxio dépressifs (Docteur Bais) ; le centre hospitalier Henry Ey a eu la possibilité de s'installer à Morancez à la faveur d'une opération de partenariat privé/public dans un cadre associant à la fois un bâtiment moderne et bâtiment historique attenant. Le parc de lits et de structures n'est pas géré de façon homogène car les lits de psychiatrie générale sont dédiés à une « politique de secteur traditionnelle » et subissent à ce titre les indications plus qu'ils ne les choisissent : le CPC est en permanence saturé et n'arrive pas à absorber la demande de soins en particulier celles concernant les patients hospitalisés sous contrainte, notamment les détenus pour lesquelles un arrêté d'hospitalisation d'office est signé : la situation semble avoir atteint une situation d'embolisation telle que certains patients détenus demeurent sous statut d'hospitalisés d'office dans les locaux du centre de détention.

A l'inverse le lien semble, pour des raisons tenant aux personnes, plus établi entre l'accueil médical et infirmier aux urgences du CHG (où les équipes de Bonneval sont très présentes avec une activité croissante 2009/2008) et les deux structures qui viennent d'ouvrir récemment à Morancez ; la fluidité des trajectoires de patients dans un ensemble, un système soignant, regroupant les urgences, la psychiatrie de liaison, le centre psychiatrique du Coudray et les deux services de Morancez, reste encore à développer : rien n'indique actuellement que le parcours de soins offert à la population de Chartres requérant des soins psycho-somatiques soit proche de l'optimum tant du point de vue clinique que du point de vue économique (cf. interrogations sur la durée de séjour en psychiatrie, et sur les séjours en MCO plutôt qu'en psychiatrie).

De toute évidence « la dynamisation des prises en charge » que la direction d'Henry Ey appelle de ses vœux lorsqu'elle prépare le projet d'établissement passe désormais par la consolidation de l'existant plutôt que par l'extension de l'activité et, au titre de cette consolidation, la réinitialisation des conditions de fonctionnement du CPC est la toute première priorité.

- L'analyse de l'organisation des soins au centre psychothérapique du Coudray

1) Le constat

S'agissant de ce lieu de soins, le programme médical 2008 – 2013 du Centre Henri Ey indique deux problèmes majeurs : la difficulté à faire hospitaliser des patients et l'absence d'unité ouverte.

La Mission, à travers ses rencontres individuelles, ses réunions de groupe et la visite des locaux, peut établir un bilan plus contrasté : l'existence de cette structure est tout d'abord le témoignage d'une action volontariste destinée tout à la fois à « re-localiser » l'activité, en initiant ainsi l'évolution du site principal de Bonneval, pourtant un des « berceaux historiques de la psychiatrie », tout en rapprochant la structure hospitalière du bassin de vie de la population à Chartres. Il faut donc saluer l'initiative de planification, prise dans les années quatre-vingt, mais visiblement pensée à l'aune des principes des années soixante-dix, qui avait conduit à l'installation en périphérie de la ville, de surcroît désormais en proximité du nouvel hôpital général, avec une bonne desserte routière; la hardiesse et la ténacité des promoteurs d'une telle option stratégique avaient dû, à l'époque, être certainement très importantes pour imposer un tel choix et, depuis lors, les efforts des équipes successives de personnels pour, jour après jour, faire vivre la structure, auront dû être également considérables et donc très méritoires.

Pourtant, tel qu'il est en 2010, le bâtiment souffre de handicaps majeurs : conçu pour accueillir des patients pour des séjours de courte durée, il doit faire face à la présence de malades dont l'état - pourtant stabilisé- ne permet pas une sortie aisée vers l'aval du soin ; leur durée de séjour, parfois donc indûment accrue, est d'autant plus inappropriée que la place dédiée, dans les locaux, à des activités à visée rééducative est très réduite (pas de plateau technique par exemple). De plus le fonctionnement strict par pôle / secteur, dont on peut constater les différences sur la durée des séjours, sans mise en commun d'activités, nuit au fonctionnement harmonieux de cette offre de soins. À cela s'ajoute la coexistence dans le même lieu de patients de statut juridique et de pathologie différente, sans que la politique de secteur dont c'était pourtant la philosophie d'origine ne puisse garantir à la population chartraine la possibilité d'y trouver le recours à une hospitalisation au moment voulu dans une continuité de soins avec une même équipe dédiée à son territoire d'habitation ; bien au contraire le marqueur le plus fort du fonctionnement d'une telle structure semble bien être qu'il est très difficile d'y entrer ! Au défaut originel - le bâtiment a été conçu initialement selon certains principes - mais fonctionne depuis 1998 selon des modalités totalement différentes, viennent s'ajouter plus récemment des facteurs aggravants :

- La crise de la démographie médicale avec son corollaire, le turn over des praticiens, l'ensemble sur un fond de drames individuels parfois et de désarroi collectif toujours, ne permettent pas une projection positive de l'évolution de leurs pratiques pour les professionnels qui y travaillent. A cela s'ajoutent l'absence de lieu de restauration collective pour les agents et des vestiaires séparés pour chaque secteur, dont on peut se demander s'ils garantissent la meilleure utilisation de l'espace : globalement, ces conditions de travail sont ainsi peu propices à une réflexion collective qui est pourtant indispensable dans une telle institution. Il faut également mettre l'accent, pour la déplorer, sur l'absence de rencontre inter équipes sachant que seul le cadre supérieur fait le lien sur le 3 Unités fonctionnelles de ces trois secteurs.

- La dualité Bonneval – Chartres : le rassemblement de lieux d'hospitalisation aussi dissemblables dans un même hôpital a contribué, au fil des années, à alimenter un climat de rivalités, un repliement, pour certains, sur le site historique, qui rendent difficiles la préservation de l'identité de groupe et la poursuite d'une réflexion commune concernant les besoins globaux du département, malgré les efforts des administrations successives. Les choix faits quant aux conditions futures d'hospitalisation sur Chartres devront veiller à comporter quelques signaux forts permettant de réaffirmer l'unité du CHS Henri Ey : on peut penser, par exemple, à ce que des praticiens travaillant sur le site de Bonneval puissent, partiellement et temporairement, contribuer à ce que le CPC passe le cap difficile qui s'amorce. De même il sera judicieux de veiller à informer les établissements hospitaliers du département de la réflexion puis des décisions, sachant que toute coopération ambitieuse passe d'abord par des préliminaires qui sont la connaissance de ce que chacun porte comme projet : les réunions que la MNASM a pu conduire, rassemblant les acteurs hospitaliers du champ de la psychiatrie dans ce département, ont montré, mais la situation est un grand classique, même au temps de l'Internet !, un grand déficit de connaissance mutuelle du fonctionnement des structures, les unes au regard des autres .

2) Les propositions

La Mission a rencontré chez beaucoup de professionnels travaillant au CPC un sentiment mélangé de difficultés vécues au quotidien et d'impuissance à se projeter vers un autre mode d'exercice (pour les praticiens) et de fonctionnement (chez les soignants), l'un potentialisant l'autre, le système s'acheminant lentement vers une situation d'autoblocage, où pénurie de médecins et manque de moyens viendraient un jour donner le coup de grâce.

La consolidation du système de soins en psychiatrie à Chartres passe par la reconnaissance d'un besoin de réinitialisation des pratiques médicales et des pratiques soignantes (l'un est le pendant et/ou le complément de l'autre). L'ampleur du changement doit conduire à l'élaboration d'un programme d'action plus conforme à l'objectif - sinon l'idéal - de souplesse et de qualité que chaque équipe et chaque professionnel porte. L'ampleur du changement pour le CPC est importante : il doit inclure le type de liens à repenser, par exemple, avec la médecine générale et la psychiatrie de ville, pour faire du CPC un pôle véritable de niveau 2 et du CMP un rôle de premier recours ; il doit aussi, poser et régler très vite : - comment laisser aussi longtemps un bâtiment de soins comme le CAC aussi durablement vide de tout occupant ? - la question du sens à donner à ces murs, compte tenu de la nouvelle orientation proposée pour l'organisation des soins dans les locaux du CPC.

Pour avancer, cette équipe projet pourrait s'inspirer des quatre orientations suivantes :

- **la question du périmètre** : le CPC doit être désormais pensé comme participant à une entité de soins fédérant dans un ensemble toutes les unités délivrant les soins de psychiatrie à Chartres, le tout dans une logique de gestion unifiée des accès aux soins (le regroupement des CMP et des hôpitaux de jour est une première étape) et d'affirmation d'une gradation des recours selon le principe « le meilleur soin, au bon moment, au bon endroit » : les activités d'accueil aux urgences du CHG, d'hébergement (éventuel) temporaire dans des lits de MCO de patients « psychiatriques », l'activité psychiatrique de liaison et les activités du CPC dans leur nouvelle configuration, avec une capacité d'accueil d'urgence, y compris pour les patients qui ne sont pas hospitalisés sous

contrainte, sont à considérer comme constituant un ensemble cohérent de lieux et d'étapes dans le parcours de soins des patients.

Il y a donc lieu de procéder à une évaluation du parcours actuel du patient afin d'imaginer dans quelles conditions celui-ci peut être re-mobilisé : le questionnaire conçu par la MNASM et rédigé dans le cadre d'un travail sur les hospitalisations inadéquates demandé par les pouvoirs publics, accompagné de son guide d'aide à la réponse, peut être un outil utile pour favoriser la réflexion collective autour de cette « mise en mouvement du parcours des patients » (possibilité de prendre, pour l'analyse, la file active de patients à une date identique pour les trois pôles).

▪ la question de la réinitialisation des activités

Le raisonnement conduit sur les parcours avec, en filigrane, la question de l'adéquation des prises en charge, doit permettre une conception nouvelle dans l'usage des locaux :

- Le bâtiment du CAC : le principe d'un accueil de crise est légitime, il est recommandé dans diverses textes ministériels relatifs à cette activité ; pour autant le lieu d'implantation choisi, probablement par défaut et/ou par facilité (disponibilité du terrain) ne semble pas entièrement approprié : il n'est pas situé dans l'enceinte hospitalière du CHG (ce qui est notamment le cas à Dreux comme et d'autres CHG visités), ni dans les locaux d'hospitalisation du CHS ; cet isolement fait courir des risques si des problèmes d'urgence vitale ou de violence surviennent et son usage risque, sur le long terme, d'occasionner des dépenses d'exploitation supplémentaires (ambulances) et des pertes indues de temps de trajet (bon usage des moyens en personnel) : la MNASM privilégie une réorientation de cet espace pour le rendre plus conforme aux principes généraux de la prise en charge au sein du CPC.
- Le bâtiment du CPC

Les lieux d'accueil des usagers, dans un parcours de soins restructuré, dans un bâtiment repensé pourraient comporter :

- Un lieu d'accueil et d'évaluation, avec une temporalité de bref séjour (< ou = à 72 heures)
- Un lieu d'hospitalisation fermé et sécurisé
- Un lieu d'hospitalisation ouvert
- Un service d'accompagnement à la sortie

Les deux premiers espaces devraient bénéficier d'une répartition des temps médicaux permettant d'assurer la continuité de la présence médicale. La responsabilité médicale serait assurée dans chacune des entités sous l'autorité d'un coordinateur unique des activités, chaque praticien recevant dans le cadre de sa fiche de poste une prévalence de lieu et de nature d'exercice.

Cette répartition d'activité peut se concevoir à quantité de lits constante, ce qui suppose que la dynamisation des parcours des patients devienne et reste une réalité, et ce qui implique également une forte prise de responsabilité médicale relativement à cette exigence. S'agissant de l'unité de réinsertion et d'accompagnement à la sortie (dont le

fonctionnement est à coupler avec celui des hôpitaux de jour), la Mission propose de l'installer, dans les meilleurs délais, dans les locaux initialement dédiés au CAC. Cela suppose que cinq à six malades reconnus comme pouvant bénéficier d'une sortie puissent rapidement bénéficier de cette création d'activité en y étant regroupés, à proximité d'un plateau technique ad hoc, et activement pris en charge d'une façon spécifique par une équipe dédiée à la préparation à la sortie. Ce travail intensif centré sur quelques patients à la fois, en rendant possible leur sortie plus rapide, redonnerait à l'ensemble du système une potentialité de retrouver des lits actifs. Le coût en ETP d'une telle unité serait de l'ordre de 12 emplois dont la création ex nihilo se heurte manifestement à la contrainte d'équilibre budgétaire relative à Bonneval ; mais cet établissement doit penser à repositionner les emplois initialement prévu pour le C.A.C et s'inscrire dans le cadre d'une réallocation des ressources humaines dans le cadre de la gestion du territoire.

- **La réorientation de la finalité des soins**

Par rapport à d'autres structures hospitalières et probablement en raison de la dichotomie Chartres- Bonneval, les notions de réhabilitation, c'est à dire la restitution des fonctions et habiletés sociales pendant le séjour dans « les murs » de la psychiatrie, puis celle de réinsertion pour accompagner la personne dans son futur environnement après la sortie (question du travail, du logement et/ou de l'hébergement), sont peu présentes dans les « fondamentaux » actuels du travail psychiatrique : la réflexion sur les locaux doit intégrer cette dimension, d'où le nouvel usage des locaux initialement dévolus au CAC ; elle devra se fonder également sur une articulation d'équipe médicale soignante, et médicosociale en synergie dans l'usage des moyens d'hospitalisation de Bonneval et en lien, via la MDPH, avec les structures d'aval dont la palette est large et relativement abondante en Eure et Loir.

- **Repenser les organisations complexes selon des schémas simples** (et en tirer les conséquences).

Il est devenu un truisme d'affirmer la complexité des organisations hospitalières et de mettre un accent particulier à ce sujet sur la psychiatrie : la communauté hospitalière va de ce point de vue devoir affronter un double défi ; repenser l'hospitalisation, donc concevoir de futurs locaux, et gérer une période de transition faite d'attente et d'incertitudes ; c'est pour cela que la **communication** sur le sens du projet vaudra (presque) autant que le projet lui-même ; et c'est pour cela aussi que la MNASM invite la communauté chartraine, et en tout premier lieu l'équipe projet, à faire des choix simples, par exemple : préparer la sortie dès l'entrée du patient (l'étape suivante étant de n'accepter le patient venant du CMP que si sa sortie est préparée par le CMP lui-même), s'accorder sur des tempos de soins fondés sur des pratiques consensuelles correspondant à des indications d'admission, ne pas (plus) accepter des mélanges de pathologies qui sont souvent acceptées par des structures contraintes de le faire ; bien dissocier les types de prise en charge selon le statut des patients ; ne pas oublier que le séjour, pour un an, d'un seul patient dont la prise en charge est évaluée comme étant inadéquate, se substitue à la prise en charge de douze patients qui pourraient bénéficier d'un séjour (rapide) d'un mois ; c'est par la réponse claire à ces interrogations que peut se bâtir le modèle de fonctionnement d'un CPC en lien avec les autres structures chartraines, dont les contours

dans l'espace, désormais dans un format modulable, assureraient ,durablement, la mise en sécurité du dispositif chartrain du CHS Henri Ey.

- **Bonneval et le secteur social, médico-social, la Réhabilitation, les personnes âgées**

La Mission a visité l'essentiel, mais pas la totalité des très nombreuses structures du pôle réhabilitation, réinsertion, handicap, ainsi que la plupart de celles du pôle gérontologie : l'établissement en connaît lui-même ces points positifs, les avancées et ce qui reste à faire ; son projet médical 2008-2013 en témoigne et, compte tenu de l'implantation de la majorité de son activité de psychiatrie en dehors du site de Bonneval, le site historique a vocation à recevoir un label de site d'excellence dans le soin à la personne âgée par une politique de services et par la modernisation de ses structures d'hébergement .

La mission a pu par exemple visiter le FAM et la Polyclinique dont les locaux viennent à peine d'ouvrir : l'existence de ces lieux de vie enfin disponibles représente un réel progrès par rapport aux conditions d'accueil des personnes prises en charge et aux conditions de travail des personnels dans les locaux historiques. Cela va permettre de proposer à terme une typologie plus précise des patients et leur orientation la plus adéquate : au FAM les « patients vulnérables et stabilisés » et à l'unité Saint Florentin les patients qui présentent des troubles du comportement ; en soi, cette possibilité d'orientation représente à terme pour l'établissement une réelle valeur ajoutée sous réserve que la structure de qualification des personnels prenne en compte cette distinction (nécessité de transformation de quelques uns des emplois actuels en emplois d'animation et de rééducation).

De la même façon l'existence d'une unité de géronto-psychiatrie de 25 lits avec des objectifs très stricts en terme d'indications d'admission et de durée de séjour, qui en font une véritable unité d'admission , d'évaluation et de crise, constitue un élément de référence pour la politique d'établissement . Cette exigence de limitation de la durée d'hospitalisation des personnes âgées est possible grâce à un véritable travail de réseau et de partenariat. Pour consolider ce travail de réseau, comme l'indiquent les documents stratégiques du Centre hospitalier, Projet médical, Projet d'établissement, assurer les soins en santé mentale des structures d'hébergement des personnes âgées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de Bonneval, via une équipe mobile, semble un complément stratégique reconnu par l'institution. Ce renforcement des équipes infirmières de liaison, pourrait s'intégrer à la réflexion sur la création d'une unité de vie adaptée aux personnes à fort risque de fugue pathologique (de type « unité d'hébergement renforcé ») qui manque actuellement dans le dispositif.

Mais pour parachever la configuration, il est indispensable que l'établissement associe deux réflexions qui, pour l'heure, semblent complètement disjointes :celle portant sur la nature des prises en charge dans les quatre secteurs de psychiatrie générale, et, en tout premier lieu, ceux du CPC, et celle portant sur la politique de réhabilitation, réinsertion ; en effet le « blocage » du fonctionnement au CPC, qui se traduit notamment par la difficulté de prise en charge des patients hospitalisés sous contrainte (dont la proportion dans le total des admissions s'accroît ce qui, en soi, devrait susciter un travail d'analyse), trouve l'essentiel de son origine dans la difficulté de sortie pour certains

patients, « faute de places » ; selon les dénombrements effectués lors de l'élaboration du projet médical 2008-2013, il semble que le nombre d'hospitalisations inadéquates soit de l'ordre de 30, ce qui représente une part importante des lits d'hospitalisation complète (alors que l'Eure et Loir est déjà moins équipée en lits que la moyenne des départements). Rappelons qu'un patient dont le séjour dure indûment un an, alors que son parcours de soins devrait le faire bénéficier d'autres alternatives, pourrait permettre de traiter un plus grand nombre de personnes nécessitant un tempo de soins différencié, ce qui oblige la structure à repenser les durées de séjour. Il est donc essentiel que le pôle de réhabilitation soit associé dès l'entrée du patient en hospitalisation complète à la perspective ouverte par sa future sortie : cette composante réhabilitation est donc un vecteur important du changement à opérer dans les modes de prises en charge dans un bâtiment du CPC rénové avec une incidence sur le pôle Réhabilitation.

Le champ de la réhabilitation psychosociale s'étend donc de la phase précoce du soin en hospitalisation, jusqu'à l'orientation et la réinsertion après le temps d'hospitalisation. Or, le choix d'inscrire le pôle de réhabilitation au sein du site d'hospitalisation de Bonneval porte en lui-même le risque de confondre la réhabilitation avec la phase ultime de l'hospitalisation à temps plein lorsque celle-ci se prolonge. C'est pourquoi l'impulsion nouvelle donnée par ce pôle doit également porter sur la gestion des places d'aval et le lien avec les associations gestionnaires de ces structures et avec la MDPH, au titre des orientations qu'elle prononce ; de ce point de vue, l'ouverture de la résidence accueil (25 places), portée par l'ALVE, est une chance à saisir, tant pour la capacité supplémentaire offerte que par la révision des politiques qu'elle devrait induire : la MNASM est souvent frappée dans les sites qu'elle analyse par le grand émiettement des décisions prises par les différents acteurs qui orientent en définitive le parcours des patients dans un sens ou dans un autre : la gestion du dossier des hospitalisations inadéquates, dans le cadre d'une politique centrée sur la réhabilitation de la personnes, suppose un directeur de projet ou une équipe de projet dont la composante médico-sociale est alors déterminante. Un levier d'action efficace est le travail des travailleurs sociaux (dont l'effectif sur le pôle de réhabilitation devrait être renforcé par rapport aux pôles de psychiatrie générale), avec pour le suivi des dossiers, un référent de parcours clairement identifié.

En réalité, il reste encore - en 2010 - à se convaincre d'une vision de système, dans laquelle la solution apportée à la situation de chaque catégorie de personnes, par exemple les détenus, dont l'hospitalisation n'est pas possible ou est différée dans le temps (ce qui expose juridiquement de nombreux acteurs à un grand risque), passe par la mise en mouvement de la capacité actuelle de lits sanitaires en l'état, avec un accroissement du nombre de places en aval, plus que par une augmentation des lits d'hospitalisation complète, très coûteuse à financer, très difficile à faire fonctionner (cf. les vacances actuelles de postes infirmiers) et n'offrant aucune garantie de plus grande efficacité du système global.

S'agissant des soins aux détenus, la couverture actuelle de leurs besoins de prise en charge en santé mentale, est très insuffisante ; cette situation ne semble pas pouvoir trouver, dans l'état actuel de vacances de poste et d'organisation des services au Centre Henri Ey, de solution médicale immédiate ; la mission ne considère pas pour autant cette situation comme irrémédiable : trois idées peuvent, au contraire, constituer l'ossature d'un plan de redressement rapide :

- Mise en place immédiate de temps supplémentaires de soins infirmiers, ce qui permet une présence psychiatrique qui, supervisée, peut apporter une contribution précieuse.
- Lancement d'une «étude d'opportunité » sur une installation de la télémedecine, qui pourrait entrer dans le cadre des dispositions issues de l'application de la loi HPST.
- Mise en place d'un programme de formation/information sur les situations cliniques rencontrées en prison à l'intention des personnels de l'administration pénitentiaire (et/ou des forces de sécurité qui sont en contact avec des personnes présentant des troubles mentaux).

- **La psychiatrie générale au centre hospitalier de Dreux**

Issu de la réunion de deux secteurs 28G04 et 28G05, le pôle de santé mentale du centre hospitalier Victor Josselin dirigé par le Docteur P. Paris dessert une population de 140. 000 habitants environ, comprenant la ville de Dreux et les communes et cantons voisins mais, aussi, une partie des départements limitrophes, l'Eure, l'Orne, les Yvelines. Il arrive aussi au pôle de psychiatrie générale d'accueillir ponctuellement des patients du CHS de Navarre par exemple durant l'été 2008). Le fonctionnement du pôle présente certaines caractéristiques qui devraient être davantage reconnues.

1) Les caractéristiques principales

- Le modèle de fonctionnement du pôle est manifestement celui de la psychiatrie ouverte au sens donné en 1993 par le Docteur Massé dans son rapport : une psychiatrie implantée au plus près de la population, reconnue pour son efficacité au cœur d'un centre hospitalier général. Le pôle dispose de 78,45 ETP dont 41,45 sont affectés au fonctionnement de l'unité temps plein, 12,3 à celui du CAC, les autres emplois se répartissant entre le CMP, l'hôpital de jour et l'unité de réinsertion.
- Avec une capacité de 55 lits d'hospitalisation complète et une capacité de 15 places d'hospitalisation de jour, un centre d'accueil et de crise, également depuis 2002 un centre de soins spécialisés pour les toxicomanes (CSST) en cours de transformation en CSAPA (centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie), un accueil pour les adolescents (unité pour grands adolescents et jeunes adultes ADAJ) de 5 lits, un hôpital de jour, un CMP, une équipe extra-hospitalière pour les VAD, une présence aux urgences et une psychiatrie de liaison, le pôle offre la palette de soins quasi-complète que l'on peut attendre d'un dispositif coordonné de prise en charge de psychiatrie – santé mentale.
- Initialement installé dans les étages, le service dispose depuis 1998 d'un espace rationnel et bien positionné auprès des urgences pour ce qui est des unités d'hospitalisation complète : l'impression de visite est celle de locaux bien tenus avec des chambres ordonnées autour d'un vaste jardin intérieur de forme ellipsoïdale. La chambre en tant que lieu de vie du patient semble bien préservée et, par ailleurs, l'ensemble du bâtiment paraît avoir relativement bien vieilli (il était conçu par l'architecte notamment dans ce but).

- Le service entretient avec la communauté (au sens de la circulaire du 15 mai 1960) de bonnes relations, notamment avec la structure Atelier Santé Ville de Dreux – Vernouillet qu'animent les élus. Le chef de pôle tient deux réunions annuelles avec les représentants de la ville pour faire le point sur la relation entre l'hôpital et le besoin de la population ; ces réflexions ont conduit à faire évoluer le CMP vers un rôle de Centre ambulatoire de psychiatrie.
- Au sein du service, les responsabilités médicales sont clairement réparties et les personnes qui occupent les postes identifiées et reconnues : cela explique probablement pourquoi ce centre hospitalier a (relativement) moins de postes vacants ; le travail de lien avec les patients, dans le sens de la recherche d'une alliance permettant un travail thérapeutique, est clairement affiché comme la priorité de travail ; les lieux de soins portent des appellations qui correspondent au sens donné au travail qui y est réalisé : par exemple le module de soins intensifs, ou le service ouvert, ce qui est le signe de l'existence d'un projet et de sa mise en œuvre....
- Le chef de pôle a rédigé et fait connaître des protocoles de fonctionnement, notamment s'agissant des âges charnières : il existe par exemple un protocole de prise en charge des adolescents destiné à assurer la complémentarité des services en vue de la prise en charge plus adéquate des adolescents lorsque elle est préférable par rapport à d'autres services ; par ailleurs le service a déployé beaucoup d'efforts pour faire connaître l'existence et l'utilité de l'unité ADAJ sans avoir été toujours compris.
- Avec une durée moyenne de séjour d'un peu plus de 10 jours, un taux d'occupation de 85% et une croissance continue de son activité au fil des années et un effectif de 8ETP médicaux, le fonctionnement du service approche désormais d'un point de tension qu'il faut pouvoir anticiper.

2) Des évolutions envisagées qui méritent d'être encouragées.

Des documents remis à la Mission et des propos tenus lors des échanges avec les équipes pendant la visite, il ressort que le Dr Paris a anticipé les difficultés probables qui s'annoncent si le fonctionnement du service restait en l'état ; deux perspectives peuvent s'envisager pour maintenir une certaine fluidité dans le parcours du patient :

- **Traiter la chronicité :**

Depuis plusieurs années, le service a indiqué la difficulté d'orientation de certains patients et a conçu un projet médical infléchissant le dispositif actuel vers l'objectif de réinsertion : cette orientation que la MNASM encourage, car elle est le support d'une réponse adaptée à la question des hospitalisations inadéquates dont le PPSM avait en 2005 rappelé à l'échelon national l'importance de son règlement, devrait conduire, désormais rapidement, à la mise en place des appartements thérapeutiques dont le principe est acquis depuis plusieurs années déjà . Leur ouverture est indispensable pour apporter un plus grand mouvement de la trajectoire des patients et ne pas déconsidérer les efforts de ceux qui, dans l'équipe hospitalière, portent le projet

- **Accroître la mobilité.**

Du fait de la maturité de son organisation, résultat des choix stratégiques antérieurs, l'équipe de psychiatrie de Dreux devrait maintenant réfléchir à un redéploiement de son dispositif en faveur d'une plus grande mobilité : cette

orientation est déjà esquissée dans plusieurs documents élaborés par le service ; elle mériterait d'être approfondie en choisissant en particulier le type de population visée (jeunes adultes, personnes âgées) ainsi qu'en décrivant plus précisément la volumétrie et la qualité des moyens nécessaires pour constituer une équipe mobile (d'intervention et de crise ?) appelée à traiter des situations avant qu'elles ne se dégradent trop et conduisent à des séjours d'hospitalisation de (trop) longue durée.

Ce projet d'équipe mobile formalisé par le CH de Dreux n'aurait pas obtenu un écho favorable de la part de la tutelle et les crédits auraient été alloués au CH de Chartres pour la précarité, donnant lieu à l'expression de beaucoup d'amertume de la part des équipes de psychiatrie de Dreux.

III. L'analyse globale des effectifs en personnel

Elle porte sur l'ensemble de l'activité de psychiatrie et médicosociale réalisée sur le site des trois établissements concernés : Bonneval, Chartres et Dreux.

Elle se veut empreinte du respect des organisations actuelles qui correspondent à une histoire institutionnelle et qui ont répondu aux besoins de la période antérieure. C'est dans le cadre de l'évolution de l'environnement et des grands enjeux liés à l'amélioration de la performance de nos organisations que cette analyse se situe. Elle se propose d'apporter un point de vue pour alimenter la réflexion institutionnelle.

Cette analyse peut être perçue comme une approche mathématique et théorique. Cependant, elle permet d'alimenter une vision plus globale de la répartition des moyens, tant en nombre qu'en compétences. Ce regard autorise une perception de l'organisation actuelle et pourrait permettre, soit de maintenir, soit de retrouver des équilibres de répartition des ressources humaines afin de donner aux équipes concernées les moyens de mieux répondre encore à leurs missions.

Des orientations pourront se faire jour à l'issue de cette première partie.

1. ANALYSE

1.1. Au Centre Hospitalier de DREUX

L'ensemble de l'activité du site reprend les activités « classiques » d'un secteur de psychiatrie. Le fait d'être adossé à un établissement MCO lui fait prendre part à l'activité des urgences notamment en ce qui concerne la psychiatrie.

Ce service comprend pour sa capacité d'hospitalisation à temps plein un effectif d'infirmiers et d'aides soignants de 35.5 ETP, ce qui porte l'encadrement sur 24h00 à un ratio de 0.82 agent/lit. Ce ratio ajusté permet toutefois la mise en œuvre d'une psychiatrie active sachant qu'à cet effectif, est rajouté 2 ETP d'ergothérapeute et 1.50 ETP de psychologue.

En ce qui concerne le CMP, 4.8 infirmiers assurent cette mission. Ce dimensionnement mériterait d'être confronté à l'activité afin de bien en mesurer l'adéquation.

Pour l'hôpital de jour, l'effectif consacré aux 15 places est de 5.3 ETP infirmiers, ce qui, là aussi, permet un exercice professionnel dynamique.

Quant au Centre d'Accueil et de Crise, composé selon les informations transmises, de 10 lits, les effectifs affectés permettent un fonctionnement avec un ratio de 0.96, ce qui peut être parfois tendu, compte tenu des flux sont susceptibles être rencontrés dans ce type de service.

Cela étant, les effectifs sur un même site de prise en charge à temps plein permettent une synergie pertinente en fonction de l'activité, avec un ratio moyen de 0.85 agent/lit.

Nous constatons que ce service a bien développé la diversification des compétences avec une introduction d'aides soignants dans des proportions qui permettent à la fois la complémentarité et le recentrage de chaque acteur sur ses missions. La dimension de la prise en charge sociale reste cependant à finaliser compte tenu du nombre réduit de travailleurs sociaux. Cette situation met peut-être en évidence que ce travail est réalisé par d'autres. En tout cas le traitement de la chronicité et de l'ouverture reposeront la question du service social, de son dimensionnement, de son organisation, et de son rattachement.

1.2. Sur le Centre Hospitalier de BONNEVAL

a. Analyse globale

Dans le cadre d'une lecture globale du volume des effectifs, nous pouvons préciser que les effectifs affectés sur l'établissement sont suffisants pour qu'il exerce ses missions sanitaires, soit 495 ETP pour 5 secteurs desservis, soit en moyenne 99 Etp/secteur. Cependant, si l'on s'attarde sur la question de la répartition entre les différents types d'activité, la pertinence de cette ventilation pourrait être améliorée.

D'une manière générale et quelle que soit l'activité concernée, nous pouvons noter un écart important entre le nombre d'agents en poste et ce qu'ils représentent en équivalent temps plein. Cet écart peut traduire deux situations :

- Soit de nombreux professionnels exercent à temps partiel
- Soit de nombreux professionnels exercent sur plusieurs types d'activité, sur plusieurs sites différents.

Cet apparent morcellement des temps peut rendre difficile la lecture des organisations.

Afin de contribuer à un exercice professionnel repéré par chaque acteur et partenaire, permettant une pratique « plus confortable », nous pourrions préconiser, dans la mesure du possible, « Pas plus de 2 sites d'exercice par agent ».

Au niveau de la répartition des ressources entre la psychiatrie dite active et « la psychiatrie » à orientation médico-sociale et/ou sociale, nous pouvons noter que 222 ETP sur 495 sont consacrés à cette dernière. Cela représente 45% des moyens humains de l'établissement.

Sur les 273 ETP restants, 178 sont consacrés à l'hospitalisation à temps plein, ce qui correspond à 65% des ressources humaines pour l'hospitalisation.

Sur l'ensemble de l'activité du Centre Hospitalier, 400 postes sont consacrés à la prise en charge à temps complet (hospitalisation psychiatrique et activité médicosociale), ce qui représente 80% des effectifs. Une répartition ad hoc se rapprocherait des 60% pour l'intra hospitalier afin de pouvoir répartir au moins 40% des moyens sur l'ambulatoire sachant que le développement de l'activité ambulatoire est un gage de limitation des hospitalisations.

Il faut ajouter, enfin, que le site doit poursuivre les efforts récemment initiés pour détenir une connaissance plus fine de l'historique des transformations des emplois au fur et à mesure des modifications de structures et au gré des évolutions d'activité : cette condition est indispensable si l'établissement veut clarifier sa situation budgétaire, condition préalable pour des choix pertinents d'usage des moyens.

b. Analyse par type d'activité

Sur le site du Coudray à Chartres :

Nous notons, pour 60 lits, 39.50 ETP infirmier, 11.50 ETP d'aides soignants, soit un ratio de 0.85. Ce site prenant en charge une population classique de secteur, les effectifs afférents peuvent permettre de maintenir ce type d'activité. Nous notons la présence d'aides soignants uniquement la nuit. Afin de resituer chaque métier dans son exercice, la présence d'aides soignants de jour pourrait être envisagée.

Les effectifs de nuit sont mutualisés pour l'ensemble du site et des sites voisins, ce qui peut donner le sentiment d'une disponibilité pour l'ensemble des services concernés. Cependant, il n'est pas rare de constater une perte de compétences pour des agents qui exercent exclusivement de nuit bien que cela ne soit pas systématique. Cette organisation mériterait d'être interrogée et orientée vers un modèle d'organisation qui renforce le sentiment

d'appartenance à un service et au-delà à un projet. L'intégration de ces professionnels au sein des équipes de jour du Coudray, afin de ne faire qu'une équipe sur 24 heures, pourrait permettre une continuité plus grande dans l'accompagnement des projets de soins de chaque patient et pourrait garantir le niveau de compétences attendu.

Compte tenu de la problématique rencontrée sur ce site, tant en ce qui concerne la mixité de la population que la saturation des lits, il serait judicieux d'ajuster les effectifs, en nombre et en compétence, en fonction d'un projet médical modifié qui pourrait intégrer la dimension du parcours « patient » de l'urgence jusqu'à la réhabilitation.

Sur les CMP/Hôpitaux de jour :

Les effectifs paraissent équitablement répartis sur les 3 secteurs concernés avec un ratio d'un agent pour quatre places en hôpital de jour.

Sur les EHPAD :

Les moyens humains, là aussi, sont répartis équitablement tant en nombre qu'en qualification.

Sur les structures de prise en charge des patients déficitaires :

Nous voyons des qualifications adaptées sur le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). La présence d'aides médico-psychologiques et de moniteurs éducateurs correspond bien à la perspective de mise en œuvre de projets de vie et de s'éloigner, voire de quitter le fonctionnement sanitaire initial.

Cependant, en ce qui concerne la polyclinique, la population accueillie ne se démarque pas de manière évidente par rapport à la population du FAM.

Il y a donc là matière à réflexion afin de pouvoir proposer à cette population, la mise en œuvre de projets de vie qui répondent à leurs besoins et de quitter un modèle de prise en charge sanitaire qui ne semble plus être pertinent. Cette réflexion peut amener à reconsidérer les qualifications afin de faire aboutir un projet de vie pour chaque résident.

Pour l'ensemble de ces deux structures, il paraîtrait adapté d'orienter, voire de conforter les qualifications vers des métiers plus éducatifs et sociaux.

Sur les CMP/H de Jour de psychiatrie de l'enfant :

Nous pouvons noter un déséquilibre des moyens entre ces trois entités, tant en ce qui concerne le nombre que les qualifications. Certains ont investi dans les temps psychologues (de 0.5 à 2 ETP), d'autres font l'impasse de temps de service social (de 0.1 à 2.23 ETP) et nous notons l'absence soit d'orthophoniste, soit de psychomotricien.

Cette interrogation peut être revisitée si le recrutement de ces compétences est difficile sur le territoire ou bien si ces compétences existent dans le cadre d'une activité libérale vers laquelle les enfants peuvent être orientés. Sinon, nous comprenons mal comment des structures équivalentes peuvent se passer de compétences que d'autres utilisent au quotidien. Dans le cadre d'un accès équitable à des plateaux techniques, il semble nécessaire d'harmoniser la répartition des compétences sur des sites ayant la même nature d'activité.

Sur le site d'hospitalisation du « Verger » :

Nous notons que, pour 20 lits, 18 professionnels (Infirmiers et aides soignants) sont affectés à son fonctionnement. Le ratio correspond à 0.9 agent/lit, ce qui permet à ce service d'effectuer ses missions sur 24heures. Les temps de personnel social, d'ergothérapeute et de psychologue, à concurrence de 2.80 ETP, complètent ce dispositif.

Dans ce service, la question de la diversification des compétences mériterait d'être posée : en effet, on observe la présence d'aides soignants uniquement la nuit. Or, cette qualification se justifierait également en journée, ce qui n'est pas le cas actuellement. Cette nouvelle répartition permettrait à chacune de ces qualifications de se recentrer sur son cœur de métier tout en développant les complémentarités nécessaires. L'intégration, sur une seule et même équipe, des moyens dédiés la nuit pourrait être alors interrogée afin de permettre un roulement jour/nuit.

Sur l'unité de psychologie médicale :

Le ratio agent/lit est de 0,9, ce qui correspond à un fonctionnement satisfaisant. De plus, nous pouvons noter que la diversification des compétences est effective avec l'introduction des aides soignants sur les postes de journée. Cette répartition nous semble correspondre aux besoins d'une activité d'hospitalisation de psychiatrie générale adulte. En effet, la présence exclusive d'infirmiers peut être envisagée dès lors que l'équipe exerce une activité spécifique qui pourrait peut-être, être de type « hôpital de jour » et n'a donc pas à se charger de la vie quotidienne des patients. C'est ce que nous observons dans le cadre de la prise en charge en hôpital de jour des patients confrontés à des conduites addictives.

En ce qui concerne l'encadrement infirmier :

Nous pouvons noter la pertinence de l'organisation de l'encadrement supérieur qui ne correspond par uniquement à une organisation sectorielle mais plus à une logique de site. Cette organisation ne peut que renforcer la cohérence des organisations pour peu que le projet de prise en charge des trois secteurs concernés s'articule.

Pour l'encadrement de « proximité », le ratio est d'1 cadre pour 33 agents, ce qui correspond à ce qui est rencontré habituellement.

2. QUELQUES PISTES DE REFLEXIONS :

2.1. Sur le site de Dreux

Il semble que l'organisation actuelle est opérante. Dans le contexte de cette étude, il ne semble pas prioritaire d'affiner plus cette analyse, compte tenu des modalités opératoires pertinentes de cette organisation. La proximité des urgences et du plateau technique est un atout déterminant dans une politique de bon usage des ressources.

2.2. Sur le site de Chartres

Plusieurs pistes seraient à étudier :

a. Le CPC

L'organisation de l'activité préconisée sur les 3 services d'hospitalisation pourrait définir d'autres références en termes de répartition des moyens et des compétences.

Si l'organisation de ces trois services évoluait vers une logique par type de prise en charge, il serait nécessaire d'étudier les flux attendus par profil de patient. Des hospitalisations avec un turn-over centré sur une DMS d'une vingtaine de jours généreraient une charge de travail plus importante car le nombre de séjours augmente. Par contre, des hospitalisations avec une DMS beaucoup plus longue se traduiraient, quant à elle, par une charge de travail qui pourrait être moins importante, ce qui peut être apparenté à des prises en charge de patients en séjours itératifs.

Afin de répondre à ces contraintes, il serait nécessaire de renforcer les équipes confrontées à des DMS relativement courtes afin qu'elles soient en mesure de préparer les sorties sans qu'il y ait de décalage entre situations cliniques et situations administratives. Les infirmiers auraient en charge de finaliser les situations cliniques en lien avec les médecins. La synergie des moyens en travail social de ces trois services permettrait de les positionner en fonction des besoins par type de prise en charge.

Afin de faciliter cette réactivité, la présence d'aides soignants en plus grand nombre permettrait de recentrer les infirmiers sur ces missions essentielles de prise en charge et d'accompagnement à la sortie. Les aides soignants seraient confortés dans leurs rôles d'accompagnement des patients dans la vie quotidienne.

Le taux d'encadrement pour 24h00 pour des services à DMS de 20 jours pourrait se situer autour d'1 à 1.1 agent/lit. Le taux d'encadrement pour 24h00 pour des services à DMS longue et séjours itératifs pourrait se situer entre 0.85 et 0.9 agent/lit

b. Le Centre d'Accueil et de Crise

L'introduction du Centre d'Accueil et de Crise dans les locaux du CPC contribuerait à revoir les références de répartition.

- La prise en charge des urgences, pour des DMS se situant entre 48 et 72 heures, nécessite un encadrement adapté.
- Un CAC de, par exemple 6 lits, ne peut fonctionner seul. Autant d'un point de vue clinique que médico-économique, un tel service se doit d'être « relié » à un autre service afin de constituer une entité d'une vingtaine de lits, entité économiquement viable.
- De plus, lors de séjours courts, la continuité des prises en charge et l'intensité des soins méritent une continuité des soignants afin de limiter le nombre d'acteurs durant la prise en charge d'un même patient.

Nous voyons qu'avec une structuration différenciée des équipes en fonction des différents types de prise en charge, les moyens actuels attribués sur le site ne suffisent pas totalement pour assurer les 24h00. A cela, la nécessité de renforcer un dispositif qui pourrait être une « équipe mobile de réhabilitation en lien avec les CMP » sur ce site, conforte l'idée d'étudier la possibilité d'un redéploiement interne.

Ce redéploiement, en nombre et en compétences, pourrait être étudié en lien avec une évolution des organisations. Un mode de fonctionnement en 12h00, certes dérogatoire, pourrait amener une situation gagnant/gagnant visant les intérêts à la fois pour une prise en charge cohérente et pour un exercice professionnel permettant une meilleure continuité.

- Pour les patients :
 - Baisse du nombre d'interlocuteurs sur 24h00, ce qui lui permet de mieux identifier les professionnels sur la journée.
 - Meilleure continuité de la relation soignant/soigné notamment sur la journée.
- Pour les professionnels :
 - Cette organisation permet de travailler avec une plus grande continuité sur le poste de travail (*très bénéfiques pour les patients à DMS très courte*) et d'entretenir un lien constant avec le patient durant la journée.
 - Le professionnel travaille 3 jours par semaine et bénéficie de 4 jours de repos.
 - La continuité entre les professionnels sur la semaine se réalise dès lors que l'organisation du service permet qu'à un jour J, le professionnel en poste travaille avec un autre ayant exercé la veille.
 - Les relèves du matin sont assurées par une arrivée différée d'une partie de l'équipe (entre 15 et 20 minutes), ce qui permet aux derniers arrivés d'assurer la relève avec la nuit.
- Pour l'établissement :
 - Diminution du nombre de RTT à 6 jours.
 - Diminution des besoins en effectif pour 24h00.

Exemple de modalités de calcul :

- En 3 postes, sachant qu'il y a 3 relèves de 20 mn en moyenne, donc :

- Poste de jour (15x4) x 365 = 21900/1589 = 13.78 ETP
- Poste de nuit (10x2) x 365 = 7300/1488=4.9 ETP
- Soit 18,68 ETP
- En 2 postes, sachant que les relèves sont incluses
 - (12x4) x 365 = 17520/1589 = 11.02
 - (12x2) x 365 = 8760/1488 = 5.88
 - Soit 16.90
- Soit un écart de 1,78 ETP auquel se rajoute le gain RTT.

Ce tableau propose plusieurs hypothèses qui, soit intègrent les moyens actuels dédiés à l'activité du site, soit nécessitent des redéploiements internes possibles en fonction de choix institutionnels. Cette proposition n'a pas pris en compte l'hypothèse en 12h00.

Proposition d'organisation avec les moyens actuels												
Nom UF	lits	Ch Isolement	Population accueillie	Organisation par 24h00	Besoin en ETP Infirmier	Besoin en ETP AS	Existant infirmier	Existant AS	Ecart Infirmier	Ecart AS	Ratio agent/lit/24h00	Ratio agent/lit/24h00 actuel
Pôle Chartrain	20		HL	2(1+1)/2(1+1)/2(1+1)	6	6					0,6	
	20	2	HO/HdT	2(1+1)/2(1+1)/2(1+1)	6	6					0,6	
	14	1	HO/HdT	2(1+1)/2(1+1)/2(1+1)	6	6					0,86	
CAC/28U99 UF 6000, 2000, 2001, 0880, 1180,	6		HL	2/2/2	12	0					2	
Total		A ajuster sb			30	18	42,69	4,52	12,69	-13,48	0,80	0,79
Proposition d'organisation avec redéploiement 1												
Nom UF	lits	Ch Isolement	Population accueillie	Organisation par 24h00	Besoin en ETP Infirmier	Besoin en ETP AS	Existant infirmier	Existant AS	Ecart Infirmier	Ecart AS	Ratio agent/lit/24h00	Ratio agent/lit/24h00 actuel
Pôle Chartrain	20		HL	3(2+1)/3(2+1)/2(1+1)	12	6					0,9	
	20	2	HO/HdT	3(2+1)/3(2+1)/2(1+1)	12	6					0,9	
	14	1	HO/HdT	2(1+1)/2(1+1)/2(1+1)	6	6					0,86	
CAC/28U99 UF 6000, 2000, 2001, 0880, 1180,	6		HL	2/2/2	12	0					2	
Total		A ajuster sb			42	18	42,69	4,52	0,69	-13,48	1,00	0,79
Proposition d'organisation avec redéploiement 2												
Nom UF	lits	Ch Isolement	Population accueillie	Organisation par 24h00	Besoin en ETP Infirmier	Besoin en ETP AS	Existant infirmier	Existant AS	Ecart Infirmier	Ecart AS	Ratio agent/lit/24h00	Ratio agent/lit/24h00 actuel
Pôle Chartrain	20		HL	3(2+1)/1/3(2+1)/2(1+1)	14	6					1	
	20	2	HO/HdT	3(2+1)/1/3(2+1)/2(1+1)	14	6					1	
	14	1	HO/HdT	2(1+1)/2(1+1)/2(1+1)	6	6					0,86	
CAC/28U99 UF 6000, 2000, 2001, 0880, 1180,	6		HL	2/2/2	12	0					2	
Total					46	18	42,69	4,52	-3,31	-13,48	1,07	0,79

2.3. Sur le site de Bonneval :

La part consacrée aux activités médicosociales et leur corollaire en qualification mérite d'être réinterrogée.

Comme nous l'avons vu précédemment, la part des ressources consacrée aux activités médicosociales est très importante. La question qui pourrait se poser intéresse la nature de l'activité d'un établissement sanitaire. Si ce dernier veut être en capacité de répondre à ces missions sanitaires, ne doit-il pas tout mettre en œuvre pour diminuer sa participation dans la prise en charge de personnes dont le profil ne correspond pas de plus à une prise en charge psychiatrique prédominante?

Pour cela, la mise en place d'une équipe mobile dans le cadre de la réhabilitation psychosociale et l'orientation des patients vers des structures de vie pourraient constituer une modalité d'organisation qui permettrait de coordonner l'ensemble des perspectives médicosociales du territoire. Cette équipe serait construite sur la base d'un redéploiement constitué de personnels sociaux, d'infirmiers et d'aides soignants. Elle pourrait avoir pour missions de fédérer tous les outils existants (AFT, Appartements protégés, appartements thérapeutiques...en lien avec les SAVS, Maison relais...).

C'est avec la réorientation des « patients hospitalisés au long court » et le portage des activités médicosociales par des structures ad hoc que les redéploiements pourront se réaliser vers les structures sanitaires à la fois d'hospitalisation mais surtout ambulatoires.

Par expérience, nous notons que pour une activité médicosociale portée par le sanitaire, le ratio de coût varie de 1 à 2 environ en faveur des institutions médicosociales. La marge de redéploiement pourrait être au moins d'un tiers du budget consacré pour un même type de patient pris en charge dans le cadre de la fongibilité des enveloppes (Totale ou partielle,) entre le sanitaire et le médicosocial. Cette perspective pourrait trouver sa place auprès de l'ARS Centre qui a inscrit dans ses priorités « le développement du secteur médico-social, notamment pour les handicapés » (Cf. dépêche APM du 6/04/2010).

Ce redéploiement de ressources, tout en veillant au respect des exigences de qualité, permettrait de mieux gérer les prises en charges en amont et de limiter les hospitalisations à leur strict nécessaire, sachant que l'aval serait construit avec des partenaires identifiés.

IV. Propositions

ÉVOLUER VERS UNE ORGANISATION DÉPARTEMENTALE DE LA PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE :

Le rattachement des trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile à trois centres hospitaliers différents ne favorise ni leur coordination ni leur développement, chacun séparément, étant dans l'obligation d'assurer à la fois la défense de ses moyens face aux priorités de son établissement et une organisation complète de l'offre de soin sur son périmètre y compris pour l'hospitalisation temps plein, bien que celle-ci ait été prévue de longue date en deux polarités complémentaires sur Chartres et Dreux qui n'ont pu se mettre en place.

Il ne semble pas opportun pour la MNASM de remettre en cause ces rattachements qui désorganiseraient les équipes et peut être aussi l'équilibre des établissements.

Mais il est nécessaire de prévoir une organisation départementale de l'offre de soin qui puisse agir à un niveau d'organisation « supra » établissement que ce soit sous la forme d'une fédération ou d'un pôle inter établissements (les formes juridiques seront à fixer le moment venu), d'un réseau associant des structures médico-sociales (en particulier celles telles que l'ISEMA ou la Maison des Personnes Autistes) ou d'un GCS qui pourrait associer la psychiatrie générale.

Il appartiendra à l'ARS de fixer la nature de ce mandat d'opérateur responsable de la politique de prise en charge pour le territoire afin que, pour chaque filière du soin depuis l'amont, au moment de l'accès au dispositif de soin, jusqu'à l'aval dans le retour vers un lieu de vie, au sein du social et du médico-social, un responsable, donnant l'impulsion à la démarche de cohérence de l'ensemble, apparaisse clairement, que ses décisions soient respectées, et que ses résultats soient mesurés.

Tout en préservant une offre de soins de proximité sectorisée pour les CMP et les CATTP, cette organisation départementale aurait l'intérêt de :

- Permettre de définir clairement les besoins à un niveau territorial plus large et par conséquent une réponse prenant en compte plus globalement ces besoins.
- Organiser cette réponse par filières comprenant les solutions diversifiées et graduées autant en terme de pathologies que d'âge ce qui ne peut se faire à l'échelle de chaque secteur.
- Améliorer la lisibilité de l'offre au regard des usagers et des partenaires en précisant pour chaque filière (adolescence, périnatalité parentalité et petite enfance, autisme et troubles envahissant du développement, urgence et crise etc.) un coordonnateur départemental.
- Proposer des organisations solidaires pour faire face aux crises que les secteurs traversent les uns après les autres en particulier au plan de la présence médicale.

DEGAGER, AVEC LES PARTENAIRES, DES BESOINS PRIORITAIRES, ET PRECISER LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE INFANTO JUVENILE DANS LES REPONSES :

En Eure et Loir, comme partout en France, la psychiatrie de l'enfant est de plus en plus sollicitée et d'une manière qui évolue. Les réponses doivent donc s'adapter à ces nouvelles demandes et ces nouveaux modes d'entrée dans les soins.

La loi du 11 février 2005 a mis l'accent sur une nouvelle façon d'envisager les soins, obligeant à revoir le rôle de chacun dans une prise en charge globale, entre les différents acteurs dans le champs de l'enfance, sous forme d'une continuité et non plus d'un relais, aussi bien en ce qui concerne la scolarisation des enfants souffrants de troubles psychiques que leur orientation vers des structures médicosociales ou l'appel à des services d'aide à la vie familiale et sociale. Dans ces nouveaux modes de prise en charge les partenaires, démunis face à des enfants différents qu'ils n'avaient pas l'habitude de prendre en charge, demandent une aide et un soutien aux équipes de pédopsychiatrie.

Par ailleurs les modalités d'expression de la détresse psychique et de la pathologie ont changé et se manifestent plus souvent sous forme de crise et de recours à l'urgence (menaces ou réalisations suicidaires, conduites à risque alimentaires, addictives ou autres, manifestations comportementales bruyantes). Face à des délais d'attente de plus en plus longs pour une prise en charge en CMP, les circuits de l'urgence sont ainsi de plus en plus fréquemment un mode d'entrée dans les soins pour les adolescents et sollicités aussi pour des enfants de plus en plus jeunes. La réponse de la pédopsychiatrie dans le cadre de l'urgence est donc devenue un temps important du diagnostic et de l'orientation des réponses vers la prise en charge la plus adaptée.

Pour répondre à ces deux types de besoins, une présence active des équipes de pédopsychiatrie doit pouvoir être organisée, pas seulement sous la forme d'une mise à disposition d'une présence médicale, mais reposant sur une mobilité et une réactivité qui intègre toutes les compétences d'une équipe de psychiatrie.

Afin d'éviter le jeu des « patates chaudes » aussi bien que le recours indu à la psychiatrie, cette réponse devra être formalisée entre tous les acteurs concernés pour mettre en place une équipe de liaison d'appui et de soutien qui puisse:

- Assurer un partage des connaissances de l'ensemble des équipements et des moyens non seulement sanitaires mais aussi sociaux et médicosociaux publics et associatifs du département, précisant le rôle, les modalités de recours et les limites de chacun.
- Organiser clairement, au niveau départemental, une permanence de la réponse pédopsychiatrique (au moins téléphonique) valable aussi bien pour les services d'urgence que pour les structures sociale et médicosociale d'accueil d'enfants (astreinte médicale, interventions aux urgences, cellule d'alerte en capacité de mobiliser rapidement tous les acteurs, etc.).

- Aider les structures à anticiper les moments de crise aigue et éviter le recours psychiatrique en urgence à la recherche d'une contention dans une situation dépassée.
- Fournir une évaluation et un suivi du recours au dispositif afin de l'adapter en permanence aussi bien dans ses modalités de réponses que dans sa configuration et les moyens mis à sa disposition.

Ce dispositif devrait être suivi par un comité de pilotage pluri-partenarial intégrant des représentants des champs médico sociaux et sociaux et tous les niveaux institutionnels santé, cohésion sociale, Éducation nationale, Protection de la jeunesse, Justice, etc. (collectivités territoriales et représentants de l'État).

EVALUER A UN NIVEAU DEPARTEMENTAL LES BESOINS EN LITS, PLACES D'HOPITAL DE JOUR ET DE CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL ET REPARTIR LES MOYENS AFFERENTS :

La question ne concerne pas seulement les lits d'hospitalisations tels qu'ils avaient été prévus sur une base empirique (pour rappel 8 lits pour les adolescents, 5 lits pour les enfants). Elle concerne aussi les places en hôpital de jour dont le dimensionnement large dans le département correspondait à une organisation où la charge de tous les TED reposait exclusivement sur la pédopsychiatrie jusqu'à 12 ans, puis sur la maison de l'autisme avec finalement très peu de soutien de la psychiatrie pour les grands adolescents ou jeunes adultes et, par ricochet, sur les indications de CATTP qui sont très variables d'un secteur à l'autre. Mais des organisations de prise en charge éducatives qui se disent alternatives à la psychiatrie voient le jour et reposent la question du rôle précis du soin psychique auprès des enfants souffrants de Troubles envahissant du développement. Cette question ne peut être éludée au risque de mettre les dispositifs en rivalité et les familles en grande difficulté.

Une équipe de 10 soignants totalement mobilisée autour de la présence d'un seul enfant hospitalisé n'est pas plus acceptable qu'une équipe de x soignants pour un hôpital de jour autonome de 4 à 5 places. Les moyens de la pédopsychiatrie dans le département ne sont pas si pléthoriques pour qu'on puisse ne pas se pencher sur une utilisation la plus efficiente possible ; au regard des besoins multiples, des choix devront être faits et des regroupements d'activité opérés ici ou là avec une vision éventuellement déssectorisée, si elle est possible en termes de proximité de la réponse. Pour cela il est nécessaire de :

- Repenser le dispositif de soin à temps plein à la lumière du regroupement sur un seul site des lits d'hospitalisation adolescents et enfants. Cela suppose de prévoir une organisation des soins qui ne mette pas en danger les plus jeunes et ne redéploie pas trop de moyens vers des demandes qui ne peuvent qu'être minoritaires et pourraient être envisagées sur un mode différent en s'appuyant par exemple sur un dispositif d'hôpital de jour pour les plus jeunes.
- Intégrer le CAC de Dreux dans la filière de prise en charge des urgences pour les adolescents les plus âgés en lui donnant les moyens de les prendre en charge tout au long de la journée de façon

différenciée de celle des adultes et mettre fin à l'accueil d'adolescents dans l'unité d'admission pour adultes de Bonneval.

- Évaluer le dimensionnement de l'unité d'hospitalisation à temps plein : ouverte sur la base de 8 lits depuis le 1er janvier 2010 elle devra analyser la fluidité de ses réponses avant d'envisager un agrandissement. La nécessité de la reconstruction d'un bâtiment ad hoc, ou à minima celle d'une totale mise aux normes rend cette question cruciale, selon un calendrier à clarifier. La réflexion devra porter aussi sur l'utilisation des placements familiaux thérapeutiques éventuellement en temps séquentiels et sur les modalités de liens avec les accueils sociaux et médicosociaux.
- Engager une réflexion départementale sur les moyens disponibles et leur utilisation actuelle au regard des besoins, afin d'en assurer la meilleure répartition possible. Il ne s'agit en aucune façon de déshabiller Paul pour habiller Pierre mais d'utiliser les moyens au mieux, quitte à adapter le périmètre de telle ou telle action en termes d'âge, de pathologie ou de géographie ; deux outils sont dans ce cadre très utiles : la constitution d'un annuaire des offreurs de soins (sur le modèle de celui regroupant les praticiens de Dreux mais en format numérique, et pour le territoire), et l'élaboration d'une cartographie des services et des structures qui, du soin à l'hébergement / logement, du champ sanitaire au champ médico-social, constituent l'armature du dispositif de prise en charge.
- Utiliser la réserve des postes affectés à l'hospitalisation d'enfants de Dreux pour accélérer ces transformations : la fermeture de l'unité d'hospitalisation d'enfant libérant un nombre conséquent de postes devrait permettre – pour partie – de conforter les deux équipes d'hospitalisation restantes (enfants/ado de Chartres et adolescents/jeunes adultes de Dreux) et de créer l'équipe de liaison et de soutien qui, agissant en pré et post crise auprès des partenaires médicosociaux et sociaux, contribuerait ainsi à réduire le nombre et la durée des hospitalisations.

V. Conclusion

« Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation.....]

[C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution à priori et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions [...], qu'après une étude approfondie de tous les problèmes posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extrahospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure. »

Le lecteur, sauf s'il est un mémorialiste de la psychiatrie, aura du mal à trouver l'origine de ce texte... et pourtant il s'agit bel et bien de la circulaire du 15 mars 1960... : son esprit et sa lettre restent d'actualité pour guider l'évolution de la psychiatrie en Eure et Loir : faire de l'hospitalisation complète une activité subsidiaire, la mettre au service d'une communauté, peuvent être en effet des objectifs tout à fait contemporains : cela suppose que le périmètre du territoire, en l'occurrence le département., redevienne le vrai espace d'impulsion du projet ; au delà de cette première étape la question de qui donne l'impulsion est essentielle : il doit s'agir du projet de territoire porté par un opérateur identifié : la politique de territoire ne peut plus se résoudre en la simple sommation des projets de chaque établissement elle-même somme des projets de pôle et, en réalité, pour l'essentiel, des projets de secteurs.

S'agissant de la pédopsychiatrie l'impulsion doit être donnée en faveur d'un raisonnement par filières, sans manques et sans doublon : cela passe par l'affirmation d'une certaine spécialisation des équipes puis par la bonne connaissance pour les familles de ces filières de soins ; en ce qui concerne la psychiatrie générale, il est impératif de mener rapidement la refonte de la prise en charge au CPC : la réussite de ce seul projet induira probablement celle de tous les autres.

L'enjeu véritable est donc dans les deux cas celui du changement des pratiques ; chacun sait dans nos milieux professionnels combien cela est difficile, lent, et jamais gagné d'avance ; raison de plus, pour les décideurs, de fixer des objectifs précis de calendrier avec des jalons et des points d'étape qui permettront de mesurer l'atteinte de ces objectifs par chacun de acteurs concernés, de façon à les accompagner dans cet exercice si malaisé du changement dans le champ de la psychiatrie.

ANNEXES :

LETTRE DE SAISINE DU 20 JUILLET 2009 SIGNE PAR LA DHOS

17-18 septembre 2009

➤ 17 septembre :

Matin

- Direction CHG de Chartres (hôpitaux de Chartres), présentation de l'établissement, de son projet
- Visite de SPIJ Hôtel Dieu – parcours du site de L Pasteur
- Rencontre, déjeuner de travail, avec l'équipe de direction et le Président de la CME .

Après midi

- Site de Saint Brice, rencontre du Dr Nasri, cadres du SPIJ
- Bilan de la journée avec le directeur et l'équipe de direction

➤ 18 septembre :

- Direction CHS HenriEy à Bonneval
- Entretien avec le président et le vice président de la CME
- Déjeuner de travail, équipe de direction
- Visite du secteur G03
- Rencontre avec les représentants des personnels
- Rencontre avec les cadres supérieurs de santé, cadres médicosociaux et administratifs

28-29 octobre 2009

➤ 28 octobre

Matin

- SPIJ sud Châteaudun, Dr Roger
- Bonneval, géro-psycho-geriatrie, Dr Coignet
- Bonneval, déjeuner de travail avec le conseil exécutif

Après midi

- CPC, Chartres, visite des secteurs G02 et G06

➤ 29 octobre : CHG Dreux

Matin

- 9h30, rencontre avec le directeur
- Service des urgences
- Service de pédiatrie – pédopsychiatrie

Après midi

- Visite psychiatrie adulte + ADAJ
- Bilan avec le directeur

8-9 décembre 2009

➤ 8 décembre 2009 : CHS Henri Ey Bonneval

Matin

- Domaine (EPHAD)
- Unité d'admission des personnes âgées
- Visite d'OR (US2D)
- Visite de FAM + Polyclinique
- Visite PLM/pensionnat
- Visite Maison de retraite des Marronniers
- Déjeuner de travail : évocation du problème des hospitalisations sous contraintes

Après midi

- Visite Unité 28 Go1 (Mme Rio) CPC
- Visite alcoologie, site Morancez, Dr
- Visite CMP, regroupé Dr Hristova / Mme Rio
- Visite unité de psychologie médicale, Dr Bais
- Rencontre des 3 chefs de pôle au CPC

➤ 9 décembre

Matin

- Contact avec SPIJ de Dreux, analyse du questionnaire + visite des locaux, en présence des équipes médicales

Après midi

- Réunion départementale dans les locaux du service de psychiatrie générale de Dreux sur les besoins de la psychiatrie : manques + doublons par filières.

28-29 janvier 2010

➤ 28 janvier 2010

Matin

- Rencontre et échanges avec UNAFAM et ELAN28
- Rencontre avec les directeurs de structure de la Sauvegarde de l'enfance

Après midi

- Visite de l'ISEMA
- Organisation de tables rondes dans les locaux du DDASS

➤ 29 janvier 2010

Matin

- DGA conseil général et directeur du MDPH
- Réunion avec les 3 chefs de secteur de la psychiatrie
- SPIJ et rencontre avec le Dr Nazri, contact avec les psychologues du service
- Rencontre avec le directeur de l'hôpital de Chartres

Après midi

- Rencontre avec les représentants du personnel
- Rencontre avec le président de la CME
- Entretien avec le directeur de Bonneval sur les problèmes de gestion du personnel et les perspectives d'ouverture du CAC

25-26 février 2010

➤ 25 février

- Tables rondes
- Collège médical le soir (à Morancez)

➤ 26 février

- Tables rondes
- Réunion avec les cadres en fin de matinée (CPC)

TABLES RONDES

Elles ont été organisées par la DDASS, l'animation a été assurée par les membres de la MASM : Pierre JUHAN, Dominique FREMY, Dr Catherine ISSERLIS, Dr Philippe MEYER, Francis MANGEONJEAN.

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) contribue à l'évolution des dispositifs de santé mentale. Elle est constituée d'une équipe pluriprofessionnelle composée de membres permanents et de correspondants exerçant dans le domaine de la psychiatrie, permettant ainsi, une représentation assez large de la santé mentale.

Table ronde : psychiatrie et enfant et adolescent

(25 février 2010)

Étaient présents :

Monsieur le Docteur Abderrazak NASRY, Chef de service, psychiatrie infanto-juvénile au CH de Dreux,
Madame le Docteur Anja THOMAS, PH psychiatrie adulte CH de Dreux
Madame Diane DELABROUE, Conseiller d'insertion et de probation du SPIJ de Chartres, Madame Marie JUNEAU SPIJ de Chartres, Monsieur Michel BELLOT cadre de santé SPIJ de Chartres, Madame Nathalie DJERROUND cadre de santé SPIJ de Chartres,
Monsieur HULOT cadre supérieur SPIJ IO1 Bonneval, Madame HUYGUE cadre de santé SPIJ IO1 Bonneval, Madame RENAUD assistante sociale SPIJ IO1,
Madame Sandrine DELALANDE Psychologue PJJ Chartres
Madame Isabelle CAPPELLARO Directrice de l'ITEP,
Madame le Docteur Viviane NOULIS médecin responsable de l'Inspection Académique,
Monsieur Pascal DUFOUR Directeur des soins CH Bonneval,
Monsieur Alain DELAUBERT, Directeur SESSAD DI, Monsieur le Docteur Jean Paul AMOUR psychiatre SESSAD DI et IME Mainvilliers,
Madame Françoise BOURDEAU, Directrice IME Champhol, Monsieur BRUCH Philippe IME Champhol,
Monsieur le Docteur ZADOK Médecin Directeur CMPP Chartres, Monsieur le Docteur Laurent MASSIAS Médecin Directeur CMPP Chartres
Monsieur Gilles PAIN Directeur ISEMA, Monsieur Stéphane VIEL conseiller socio éducatif ISEMA
Monsieur Denis POLVE Assistant socio éducatif ASE 28,
Madame Claudine ARNOULD GILLET Directrice IME Manou,
Madame Estelle SOUCI Directrice CMPP Dreux,
Madame Gaëlle NERBARD directrice du Centre Départemental de l'enfance d'Eure et Loir,
Monsieur le Docteur FOUQUIER-PICARD
ainsi que Madame le Docteur ISSERLIS, Madame le Docteur FREMY et Monsieur MANGEONJEAN membres de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM).
Rapporteurs : Madame Marie Claire L'HELGOUALC'H Directrice de la DDASS, Madame le Docteur Catherine COLLET MISP

Introduction

Mme L'HELGOUALC'H présente le contexte de l'audit de la MNASM. La psychiatrie infanto juvénile en Eure et Loir présente des difficultés liées à la démographie des professionnels de santé qui a entraîné des difficultés sur l'unité d'hospitalisation complète qui de 8 lits autorisés a du ouvrir 3 lits à ses débuts. A l'heure actuelle 5 lits sont ouverts.

Ces difficultés doivent conduire à une nouvelle organisation. L'ARH a missionné la MNASM pour un audit et un appui sur la situation et pour rechercher avec les professionnels des améliorations de la prise en charge des personnes.

Six tables rondes ont été organisées dont celle autour de la prise en charge des enfants et des adolescents.

Les membres de la mission souhaitent recueillir les attentes et les améliorations organisationnelles souhaitables de la prise en charge de la petite enfance, de l'adolescent et du jeune adulte.

Psychiatrie et Enfant

Le Docteur ZADOK du CMPP de Chartres exprime la difficulté dans la prise en charge des enfants au CMPP, liée aux difficultés du SPIJJ, car nombreux sont ceux qui ont besoin de soins non ambulatoires avec une prise en charge par de psychothérapie ou psychomotricité de façon hebdomadaire, combinée à l'hôpital de jour. Faute de place le CMPP met en place des séances pluri-hebdomadaires mais cela ne remplace pas une hospitalisation de jour ou une hospitalisation complète. De plus la prise en charge des enfants psychotiques sature les places disponibles.

Mme Souci du CMPP de Dreux indique que le CMPP accueille des enfants pour lesquels le CMPP n'est pas équipé et l'orientation est rendue difficile par la saturation.

Mme NERBARD Directrice du CDE informe qu'elle reçoit en urgence les enfants en danger venant de l'ASE jour et nuit. 50% des enfants demandent un suivi psychiatrique et n'en ont pas. Il y a un problème de concentration sur un même site et d'absence de qualification des personnels pour ce type de prise en charge.

L'ISEMA accueille quelques enfants du CDE mais souvent difficilement alors les enfants restent au CDE alors que c'est une structure pour les urgences. Lorsqu'un enfant fait de nombreuses crises au CDE, des séjours de répit sont organisés mais ce n'est pas une solution à long terme.

Le personnel du site de Champhol indique les difficultés de la formation du personnel pour la prise en charge de ces enfants et notamment la gestion en cas de crise. Il est fait appel aux pompiers en cas de crise, les enfants sont alors orientés vers les urgences hospitalières.

Les gestions de crise apparaissent pour les équipes éducatives à la frontière entre l'éducatif et le psychiatrique.

Besoins exprimés sur ce sujet :

- réalisation d'évaluation de la psychopathologie des enfants
- aide à la prise en charge de ces enfants et à la gestion de la crise.

Le Docteur FOUQUIER –PICARD indique que des enfants psychotiques attendent une hospitalisation de jour, que les familles d'accueil ASE sont en souffrance.

Le CMPP de Dreux atteste que des enfants qui ne sont plus dans les missions du CMPP restent pris en charge par les équipes car il n'y a pas d'autre solution notamment pas de place en hospitalisation de jour.

L'ITEP indique qu'au niveau de l'internat il y a 19 places et qu'il travaille en complémentarité avec le CDE.

Dans le SESSAD depuis trois ans les jeunes arrivent de la pédopsychiatrie avec une augmentation du temps d'accompagnement et des capacités de réponse difficiles.

L'Itep comme le Sessad travaillent l'accompagnement avec les familles de façon hebdomadaire. Le CMPP de Dreux indique que cela ne lui est pas possible et n'effectue pas de travail éducatif auprès des familles.

Le Docteur NASRY note la différence de nombre de structures entre Dreux et Chartres notamment en ce qui concerne les CATTP ou les hôpitaux de jour.

L'ITEP et l'ISEMA sont récents et doivent s'inscrire dans le temps.

L'IME indique qu'il prend des enfants avec des troubles du comportement et a une prise en charge psychiatrique du fait de la présence d'un pédopsychiatre sur place.

L'IME Manou indique que les enfants sont pris en charge mais pas de façon suffisante. Une unité d'accueil séquentiel pour les enfants des IME est en cours.

L'IME de Champhol n'a pas de psychiatre et a de plus en plus de problèmes lourds de comportement.

Le Docteur AMOUR signale le partenariat difficile pour avoir des professeurs qui se déplacent dans la structure.

Au CDE les enfants sont déscolarisés.

La réponse psychiatrique n'est pas le seul fait du médecin. Le SPIJ de Chartres a organisé l'accueil avec des IDE en attendant l'arrivée d'un psychiatre et il a répondu aux demandes. Il est indiqué que les établissements se sont autocensurés dans leurs demandes de recours du fait de l'absence de psychiatre.

Proposition

- équipe mobile constitué d'une IDE et d'un travailleur social dans les structures afin de définir les besoins et proposer une organisation départementale pour l'hospitalisation mais pas uniquement.

Madame HUYGUE indique qu'il y a pénurie de médecin, d'orthophoniste, d'ergothérapeute et qu'il faut 1 mois et demi pour trouver du temps de psychologue.

Sur le CMPP de Chartres : les psychologues sont mis en avant donc le temps d'attente de rendez vous est abaissé. Il n'y a pas forcément besoin d'un avis médical ce qui permet aux psychiatres de prendre en charge les problèmes médicaux.

La limite est que beaucoup de situation demandent un pluri partenariat qui entraîne des réunions.

Après la première évaluation, les besoins en soins sont fixés et leur prise en charge doit s'appuyer sur les parents afin de ne pas les déposséder.

Un travail autour des nouveaux parents est mené à Dreux entre la maternité et le service de psychiatrie de secteur qui intervient à domicile.

A Châteaudun il existe un groupe mère-enfant et une articulation entre la pédopsychiatrie et le service de pédiatrie.

Psychiatrie et adolescent

Le Docteur THOMAS présente l'Adaj à Dreux : un centre d'accueil d'adolescents et de jeunes adultes en crise mais il est « embouteillé »

Le Docteur NASRY indique que le nombre d'adolescents avec de gros problème nécessitant une indication d'hospitalisation sont au nombre de 20 à 30 sur le département. A Chartres, il y a une file active de 300 adolescents en crise mais ils ne nécessitent pas tous d'hospitalisation.

Proposition : Répertorier en s'appuyant sur le réseau départemental et en associant tous les acteurs (PJJ, CDE, prévention, service psychiatrique...) le nombre d'adolescents dit « incasable » pour une meilleure prise en charge, ainsi que l'offre existante.

Il est rappelé que la crise est aussi parfois liée à l'organisation de l'institution.

L'hospitalisation à temps plein avec 8 lits est suffisante.

Le Docteur THOMAS indique qu'il n'y a pas de service d'urgence pédopsychiatrique à Dreux et qu'environ 300 à 400 adolescents arrivent sur le secteur adulte. Ils sont accueillis dans ses lits Centre d'Accueil et de Crise (CAC) du service adulte.

M. DUFOUR indique que le CH de Bonneval a également un lit CAC pour des adolescents de moins de 16 ans dans le service adulte avec isolement du jeune.

L'Adage de Dreux indique qu'à partir de la crise on peut faire émerger le besoin de soins par le jeune notamment par des ateliers thérapeutiques.

L'ISEMA a ouvert en avril 2009 et prend des jeunes de 14 à 18 ans dit « incasables » avec des parcours difficiles et des troubles du comportement, des crises clastiques et une déscolarisation. L'ISEMA a un psychiatre et des IDE sur place. Il intervient sur les trois secteurs de pédopsychiatrie. La structure travaille la prévention des crises par le jeune lui-même qui anticipe la montée de son angoisse et peut être hospitalisé une semaine ce qui a pour effet de faire retomber la tension et évite la crise. L'Adaj a des consultations ambulatoires mobilisables entre 1 h et 48 h. La structure fait aussi de l'hospitalisation séquentiel.

Il est indiqué que si un jeune fait une crise il y a un effet de propagation et une réaction en chaîne chez les autres jeunes donc l'hospitalisation sur le CAC de 24 à 48 h est nécessaire, l'équipe mobile en psychiatrie n'étant pas la réponse dans tous les cas.

Le CMPP de Dreux indique que l'accompagnement se fait à trois niveaux : de l'enfant, des parents et de l'école.

A l'école gérer une crise est très difficile. Les équipes peuvent la gérer en interne avant de téléphoner aux parents.

Le Docteur NOULIS indique qu'il existe le dispositif PAI plan d'accueil individualisé. Il y aurait une nécessité de formation du milieu scolaire en articulation avec les psychiatres.

Le Docteur NOULIS note la difficulté pour les très jeunes enfants que la MDPH soit saisie car la situation de handicap est parfois réactionnelle et sur une période transitoire. Elle indique également qu'il n'existe pas de Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS) pédopsychiatrique.

Synthèse

- Réflexion par filière sur un niveau départemental décliné sur chaque territoire avec une harmonisation et une réponse aux problèmes.
- Evaluation des besoins en hospitalisation et partage entre Chartres et Dreux
- Lien avec l'éducation nationale dans un objectif de prévention et avec le SESSAD pour le suivi éducatif pédopsychiatrique.
- Evaluation à la MDPH et place des secteurs dans cette évaluation
- Dispositifs à construire pour qu'il ne soit pas fait systématiquement appel aux médecins.
- Accessibilité et connaissance des structures et organisation de l'ensemble du département (exemple annuaire de Dreux)

Table ronde psychiatrie et personnes âgées

(25 février 2010)

Étaient présents :

Monsieur Cédric FLESSELLES Directeur adjoint CH Chartres, Madame Laurence LOCHET cadre supérieur de santé CH Chartres,
Docteur Pierre PARIS chef de service de psychiatrie CH Dreux,
Madame Odile GENET Directrice adjointe CH Bonneval, Docteur COIGNET Psychiatre Responsable de l'unité d'admission pour personnes âgées CH Bonneval,
Monsieur Jean Luc BAILLY directeur territorial Conseil général, Madame Dominique SCHUHMACHER Chef de service personnes âgées Conseil général,
Monsieur Robert LEBRETON Président de la fédération des aînés ruraux, Madame Françoise LEBRETON administrateur fédération des aînés ruraux,
Monsieur Eric LÉBOUCHER Directeur EHPAD St Lubin des Joncherets, Madame Sylviane FORLINI Cadre de santé EHPAD St Lubin des Joncherets,
Madame Evelyne LEGUYEC Directrice EHPAD de Fontaine la Guyon,
Madame Anne CLOCHARD Directrice EHPAD de la Roseraie Dreux, Docteur MATERA praticien EHPAD de la Roseraie,
Madame Brigitte THIBAUT-BOURINAT Directrice EHPAD d'Abondant,
Madame Josiane PAPILLAULT coordinatrice du SSIAD de Dreux, Monsieur Stéphane ARTIS SSIAD Dreux,
ainsi que les membres de la MNASM : Dr Dominique FREMI pédopsychiatre Besançon, Monsieur Pierre JUHAND.

Rapporteurs : Dr Catherine COLLET Médecin Inspecteur de Santé Publique DRASS et M. Gérald NAULET Inspecteur DDASS

Présentation de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)

La mission, qui existe depuis 1993, se déplace sur toute la France à la demande des différentes autorités (Ministères, CNSA, ...). Elle traite essentiellement des questions d'organisation de la psychiatrie sur un territoire donné.

La mission est constituée de 6 permanents et de 40 correspondants.

Cette table ronde est l'avant-dernière étape avant la restitution du rapport de la mission au printemps 2010. Il est à préciser que la mission reviendra au bout de deux ans pour réaliser une évaluation de la mise en œuvre des préconisations.

En Eure et Loir

La mission intervient au regard des difficultés de la pédopsychiatrie et notamment des moyens en personnel médical faible. Dans ce cadre, la mission estime nécessaire une réorganisation de l'ensemble du dispositif de la psychiatrie tant en terme de moyens humains qu'en terme d'implantation dispersée des établissements.

Selon la mission, il sera certainement nécessaire de resserrer le dispositif.

Santé mentale et personnes âgées

La mission dresse le constat que la psychiatrie n'est pas assez présente autour de la personne âgée dépendante quelque soit son lieu de vie (domicile ou établissement) et que le dispositif manque de réactivité.

Présentation de l'équipe mobile de Chartres : elle est composée d'un gériatre, d'une infirmière et d'un travailleur social. Cette équipe intervient aux urgences afin, d'une part, d'améliorer le circuit et

l'orientation des personnes âgées après avoir posé un diagnostic et, d'autre part, de diminuer la durée de séjour d'hospitalisation très perturbante pour les personnes âgées.

Un avis psychiatrique peut être sollicité pour le diagnostic.

Il ressort des échanges la non connaissance de l'existence de cette équipe mobile par la plupart des participants.

Au CH de Dreux : une équipe légère avec un médecin gériatre répond à la demande et sollicite si nécessaire un avis psychiatrique dès l'admission aux urgences ce qui permet une meilleure orientation. Une évaluation la plus complète aux urgences avec une expertise permet parfois d'éviter une hospitalisation et un maintien à domicile moins perturbateur pour la personne âgée. Les personnes âgées sont souvent confuses les premiers jours par manque de repère dans l'espace temps et les premiers symptômes ne sont pas forcément fiables. L'orientation peut se faire en externe vers le domicile ou vers un EPHAD ou en interne dans une unité de médecine où l'équipe mobile suivra la personne âgée et viendra au bout de 5 jours refaire un bilan.

Une des difficultés vient du fait que les demandes de placement en psychiatrie pour des personnes âgées Alzheimer arrivent à toute heure et sont parfois la dernière solution. Le service des urgences a des difficultés à absorber ces cas et souhaiterait que la prise en charge soit travaillée en amont avec le psychiatre (Dr Paris). Il n'y a pas de centre d'accueil et de crise pour les personnes âgées en Eure et Loir.

Les hébergements temporaires de répit (inférieur à 3 mois) devraient permettre un repérage en amont des personnes âgées qui nécessiteront à moyen ou court terme une prise en charge en établissement et de travailler avec la personne et sa famille dans ce sens. En effet, les changements de trajectoires sont très importants pour les personnes âgées.

Le Conseil général d'Eure et Loir a mis en place une plateforme gérontologique qui a pour vocation d'informer les familles, les professionnels sur l'offre médico-sociale du département et notamment sur les places disponibles dans les établissements médico-sociaux.

Le directeur de l'EHPAD d'Abondant souligne la difficulté d'accéder à des consultations mémoire à l'hôpital de Dreux lié à des moyens humains insuffisants. Selon Mme Bourinat, il manque des structures spécifiques pour accueillir les personnes démentes présentant des forts troubles de la conduite et du comportement.

L'EHPAD de l'hôpital de Chartres précise qu'il dispose d'une unité "Alzheimer" disposant d'un plateau technique adapté mais réservé à ses seuls patients (il ne peut répondre aux sollicitations des autres EHPAD).

Il est indiqué le déficit d'expertise pour le diagnostic de maladie d'Alzheimer dans le nord de l'Eure et Loir. L'attente est de 6 à 10 mois.

Un participant souligne la nécessité de mieux coordonner le secteur sanitaire et le secteur médico-social afin de mieux juguler les phases aiguës.

Les EHPAD rappellent qu'il est possible de faire des unités Alzheimer adaptées mais qu'en cas de crise (trouble du comportement ou violence) les EPHAD ne sont pas adaptés pour cette prise en charge.

L'hôpital de Dreux serait favorable à la création de 10 places d'hospitalisation de géronto-psychiatrie. Néanmoins, la réussite d'un tel projet emporte d'emblée que les EHPAD puissent assurer en aval la prise en charge des personnes concernées sous peine d'engorger assez vite le dispositif.

Le CH de Bonneval rappelle qu'il a un projet comparable. Pour mémoire, l'USLD et les 2 EHPAD accueillent une proportion non négligeable de personnes âgées provenant des services de psychiatrie.

S'agissant de l'accompagnement au domicile, le SSIAD de Dreux fait état de son unité de 10 places dédiées à des personnes "Alzheimer". A cet effet, il fait part de ses difficultés à trouver des professionnels de santé (psychomotricien ou ergothérapeute) pour l'ouverture de cette unité.

Le Dr Paris (CH de Dreux) informe que le service de psychiatrie est à la disposition des différentes institutions pour évoquer en réunion de staff des dossiers individuels. De même, afin d'éviter des engorgements inutiles du service des urgences, il rappelle que des contacts préalables sont toujours préférables.

Proposition : une équipe mobile externe pourrait faire l'articulation avant l'hospitalisation avec les services de maintien à domicile et les EPHAD. Elle pourrait être composée d'infirmiers.

Les médecins à contacter sont :

- pour le CH de Chartres : le responsable de la gériatrie ou le responsable de la consultation UGO (unité gériatrique d'orientation)
- pour le CH de Bonneval : le Dr Coignet responsable de l'unité d'admission pour les personnes âgées
- pour le CH de Dreux : le Dr Paris Chef du service de psychiatrie

Le problème de la démographie médicale en psychiatrie est ensuite abordé tant sur le plan des psychiatres que des neurologues.

Il est rappelé par Monsieur Juhand qu'une analyse rapide du PRIAC ne témoigne pas d'un sous-équipement de l'Eure et Loir en institutions médico-sociales.

Le Dr Coignet estime néanmoins qu'il serait nécessaire de disposer en Eure et Loir 30 places pour les personnes âgées vieillissantes schizophrènes ou psychotiques qui ne peuvent pas être placées dans une maison de retraite ou EPHAD.

Synthèse

Il est préconisé :

- **le développement des lieux de répit**
- **l'identification de lieux d'accueil pour les situations de crise**
- **la mise en place d'une équipe mobile externe pour les maisons de retraite, les EPHAD, les SSIAD afin d'assurer une évaluation en amont d'une hospitalisation et de coordonner le parcours (notamment la sortie).**
- **une meilleure association des neurologues et neuropsychologues au dispositif actuel des soins en santé mentale**

Il est rappelé :

- **l'absence de structures dédiées à la prise en charge des personnes âgées schizophrènes (pour mémoire, projet création de 30 places à Bonneval)**
- **le manque de lieux de consultation mémoire (prévu dans le SROS 3 mais pas mis en œuvre)**
- **le manque de moyens humains en psychiatrie et en neurologie**

Questions :

- **le département d'Eure et Loir a-t-il une idée du nombre de personnes âgées concernées ?**
- **quelles sont les orientations de travail en termes de réhabilitation des personnes âgées ?**

Table ronde : Réhabilitation et réinsertion

Etaient présents :

Mme Marie-Claire L'HELGOUALC'H, Directrice DDASS D'Eure-et-Loir
Mme Brigitte LATOUR, secrétaire administrative DDASS D'Eure-et-Loir
Mr Franck COLSON-BLANCHE, Directeur du Relais Logement à Dreux
Mme Elisabeth TRAVERS, Chef de service du Relais Logement à Dreux
Mme Diane DE LABROUE, Conseillère en Insertion et Probation au SPIP de Chartres
Mme Emilie RUMELHART, Conseillère en Insertion et Probation au SPIP de Chartres
Mme Maud HARNOIS, Conseillère en Insertion et Probation au SPIP de Chartres
Mr Alain VILION, Conseiller en Insertion et Probation au SPIP de Chartres
Mr Hervé LANOE, Directeur du Centre hospitalier de Bonneval
Mme Brigitte RICHARD, Cadre de santé du Centre hospitalier de Bonneval
Mr le Dr Jean-Pierre GOBBI, Praticien hospitalier en psychiatrie au Centre hospitalier de Bonneval
Mr Pascal DUFOUR, Directeur des soins au Centre Hospitalier de Bonneval
Mme le Dr Claire DI PAOLA, Praticien hospitalier du Centre hospitalier de Dreux
Mr Stéphane BOURIC, Chef de service à l'A.T.E.L à Leves
Mme Catherine GAGELIN, Directrice-Adjointe au Foyer d'Accueil Chartrain
Mr Dominique RAMEL, Président de l'A.LV.E à Brétigny-sur-Orge
Mme Stéphanie LEMAZURIER, représentante du Groupe d'Entraide Mutuel de Nogent-le-Rotrou
Mme le Dr FAUGERAS du Groupe d'Entraide Mutuel de Nogent-le-Rotrou
Mr KUNTZY, représentant de l'U.D.A.F d'Eure-et-Loir
Mr/Mme GRABOT, Cadre supérieur de santé au Centre hospitalier de Chartres

Animation : Dr Catherine ISSERLIS, Docteur Philippe MEYER, Francis MANGEONJEAN

Participants :

M. Meyer fait remarquer qu'il existe une grande diversité des approches liées à la réhabilitation et la réinsertion. Il demande aux participants de donner leur propre définition et leurs réflexions sur les orientations vers les structures de vie les plus adéquates.

Dr Di Paola (CH Dreux) : La réhabilitation- réinsertion doit permettre de recueillir l'adhésion aux soins et la prise de conscience des troubles. Un travail est à faire sur les fonctions cognitives pour permettre une bonne réinsertion. Il s'agit de réhabiliter la personne aux yeux des autres et à ses propres yeux.

Pour l'association Alve (91) il s'agit de permettre aux personnes qui souffrent de TS de retrouver une vie sociale dans la commune. Alve s'est donné pour mission de créer des lieux de vie et des services pour la réinsertion dans la vie sociale. Elle a fusionné avec Elan 28 pour développer des « maisons » en Eure et Loir. Des contacts ont été pris avec le Conseil général, la direction du CHS Henri Ey et les médecins drouais.

Dans ces maisons on ne fait pas faire d'activité, on laisse le temps: on observe, on regarde comment les personnes vont intégrer la maison. Alve donne l'exemple d'un résident qui y est arrivé après 34 ans d'hospitalisation ; 9 mois après il a dit « je veux apprendre la vie sociale ».

Les maisons créées par Alve (Essonne, Seine et Marne, Val de Marne) sont des foyers de vie financés par les conseils généraux. Elles sont étroitement articulées avec le secteur psychiatrique, le projet est co-écrit avec les équipes de psychiatrie, le choix des résidents est fait par les services de psychiatrie.

Une démarche est en cours pour en faire reconnaître le concept auprès de la CNSA.

Dr Isserlis note qu'on passe d'une approche par l'hébergement à une réflexion sur le concept de logement.

Dr Gobbi (CHS Bonneval): ces maisons correspondent à un besoin. ; beaucoup de personnes hospitalisées pourraient relever de ces dispositifs.

Mme Travers (GIP habitat-Dreux) : remarque que les CHRS peuvent héberger des personnes présentant des troubles psychiques par défaut. Le besoin existe de postes partagés sur le social et le sanitaire. Le GIP a un projet de convention avec l'hôpital de Dreux.

Mme LEMAZURIER des GEM partage cette observation.

→ Plusieurs interventions portent sur le besoin d'appui par la psychiatrie et sur les réponses apportées :

Mme TRAVERS du GIP considère la nécessité d'un appui auprès des travailleurs sociaux mais note le blocage budgétaire pour le réaliser

Mme Gachelin du FAC indique le travail partenarial qui existe avec l'hôpital mais cela demande un investissement en temps, et ce temps n'existe pas.

Mme Richard (ESAT) fait référence aux coordinations santé-social qui sont intéressantes dans le département, qui mais qui restent fragiles car elles reposent sur le seul investissement de professionnels. Elles mériteraient une reconnaissance institutionnelle.

M. Dufour (CHS Henry EY) présente une initiative de réorganisation de l'offre pour réaliser ce soutien . L'équipe mobile départementale de psychiatrie-précarité qui fonctionne depuis début 2010 intervient dans les structures d'hébergement social (CHRS-hébergement d'urgence-maraude).

Dr Meyer demande si cela ne relève pas plutôt du rôle des équipes psychiatriques de secteur ?

Dr Paoli convient que ce devrait être le rôle des CMP, mais ceux-ci sont sinistrés (arrêt des visites à domicile...)

M.Mangeonjean demande comment inverser la tendance quand 30% de patients sont inadéquats. Il faut probablement renforcer les CMP, accompagner les sorties, disposer d'un ambulatoire mobile plus réactif.

Les dr Meyer et Isserlis font remarquer qu'on ne peut assurer la mobilité s'il y a beaucoup de structures. Un regroupement est sans doute nécessaire. Le secteur était fait pour la coordination, il a des savoirs faire que lui disputent aujourd'hui d'autres secteurs de la santé (coordinations en diabétologie, périnatalité, cancérologie...). Cette coordination par le secteur est à consolider.

Le dr Meyer demande si un système d'infirmier référent sur une structure serait une solution ?

M.Bouric de l'ATEL (association tutélaire d'Eure et Loir) expose une situation vécue d'une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers pour un patient. La procédure de base est très difficile à mettre en place, puisque les médecins généralistes ne se déplacent plus. Les tuteurs deviennent donc l'intervenant principal auprès de l'hôpital pour exposer les faits. Très fréquemment, on constate que les orientations sont faites par défaut par manque de places. En conséquence, ils se retrouvent avec des patients psychiatriques placés en foyer d'hébergement, qui n'ont pas forcément leurs places dans ce type d'hébergement et qui déstabilisent le fonctionnement interne de cette structure, parce que l'équipe n'est tout simplement pas formée à prendre en charge ces patients.

Avoir un seul interlocuteur, simplifierait énormément les choses.

Dr Meyer demande à Mr Lanoé, les aménagements apportés par son établissement pour remédier à cette problématique.

M.Lanoé évoque qu'un dispositif a été mis en place dans son établissement, afin de permettre à un infirmier de répondre en première intention aux demandes de rendez-vous et plus particulièrement à celle des urgences, et ce dans un délai bref.

Malgré cette nouvelle mesure, une difficulté majeure persiste, celle des médecins psychiatres pour qui la prise de rendez-vous est actuellement d'un mois voire de deux.

Cette pénurie de médecins spécialistes engendrent de réels dysfonctionnement au sein de l'établissement, qui s'efforce néanmoins de s'organiser en interne, pour apporter une présence permanente.

L'objectif est de pouvoir aller plus loin dans la mutualisation, les CMP ont déjà regroupés mais il manque encore de coordination.

La solution est la création d'un pôle unique dans le groupement de secteurs, ce qui renforcera les frontières de secteurs par l'échange d'informations de même, pour les organismes ou associations qui ont habitude d'intervenir .

La Mission Nationale d'Appui souligne l'importance que de trouver une coordination, de revaloriser les actions communes par le biais d'une reconstruction différente.

Elle indique qu'il ne faut pas attendre des moyens supplémentaires, pour agir, il faut optimiser.

Dr Paoli fait référence au Centre hospitalier de Dreux qui s'est réorganisé en deux secteurs en rassemblant l'hôpital de jour avec le CMP ; ainsi mutualisée, l'équipe (médecin et 11 infirmiers) est devenue plus importante et plus réactive. Cette réorganisation est tout à fait compatible et fonctionnelle.

Leur établissement le travail de prévention, ils s'inquiètent du devenir de leur patients une fois sortis, afin que ces derniers ne reviennent pas quelques mois après. Ils collaborent en étroite liaison avec le GEM.

Il reste nécessaire que chacun (psy, SAMSAD, tuteur...) puisse se repositionner dans son travail, afin d'éviter les dérives.

La réinsertion, doit être pensée dès le départ, c'est l'organisation même de la prise en charge psychiatrique (parcours patient).

Le Dr Isserlis remarque que l'échange s'est basé beaucoup sur l'offre de soins, sur l'aspect de l'hébergement, moins sur la réinsertion. Avoir un logement, c'est bien, néanmoins on ne peut pas laisser ces gens inactifs.

Mme Richard décrit les missions de l'ESAT de Bonneval. C'est dans un premier temps une offre médico-sociale implantée dans l'hôpital qui s'adresse à des personnes présentant des troubles psychiques, des personnes souvent proches du parcours de soins (hospitalisation à répétition) ou ayant vécu en milieu ordinaire jusqu'à l'âge du jeune adulte, pour qui on propose un temps de reprise d'activité.

Ces activités se déploient à l'extérieur (art floral, activités agricoles, espaces verts), ces personnes ont ce besoin d'avoir une activité, ils sont demandeurs. L'hébergement est basé sur trois appartements avec un accompagnement le soir, la nuit, le week-end ; un tiers des personnes cumule un handicap mental et physique.

Un travail avec le SAMSAH est mis en place, afin d'assurer un relais dans l'accompagnement vers l'autonomie, également avec la MDPH pour préparer la réinsertion du patient avant sa sortie.

Les Dr Isserlis et Meyer concluent l'échange.

- Il existe un réel besoin de travailler conjointement, de porter des diagnostics partagés sur les besoins et les manques et d'aller vers une coordination territoriale départementale,
- L'ensemble des souhaits des participants se heurtent à une impossibilité de mise en place dans la réalité, la réflexion est centrée principalement sur l'hôpital, du fait des difficultés existantes,
- Il est nécessaire pour aller de l'avant de repositionner l'extra-hospitalier comme l'interlocuteur de la réinsertion-réhabilitation,.
- Le travail doit se faire avec les ressources qui ne sont pas celle de l'hospitalisation.

Table ronde: Urgences, crise et accès aux soins (26 février 2010)

Etaient présents :

Mme Marie-Claire L'HELGOUALC'H, Directrice de la DDASS D'Eure-et-Loir
Mr Hervé LANOË, Directeur du Centre hospitalier de Bonneval
Mr Pascal DUFOUR, Directeur des soins au Centre Hospitalier de Bonneval
Mme Christine RIO, Cadre de santé au Centre Hospitalier de Bonneval
Mr le Dr Gilles BOURGINE (ATEL)
Mr Jean-Louis SIMON, Psychiatre au Centre Hospitalier de Bonneval
Mr Alain VILION, Conseiller d'Insertion et de Probation au SPIP de Chartres
Mme Christiane BUONAVIA, Directrice Départementale de la P.J.J de Chartres
Mr le Dr Abderrazak NASRY, Chef de service au SPIJ de Dreux et Chartres
Mme Mélanie DEBONNAIRE, Psychologue à la P.J.J de Chartres
Mme Chantal RICHER, Régulateur de placements (A.S.E 28)
Mme Bernadette MARTIN, Attaché de direction (COATEL)
Mme Isabelle MARTIN, Cadre de santé au Centre Hospitalier Général de Dreux
Mme Jeannine BEGUE, Cadre Supérieur de Santé au Centre Hospitalier Général de Dreux
Mme Roselyne BARON, Cadre Supérieur de Santé au Centre Hospitalier de Chartres
Mr Jacky CARRASCO, Directeur d'internat à la P.J.J de Chartres
Mr Steven TREGUER, Directeur Stagiaire au CDE de CHAMPHOL
Mr le Dr Paul BARDIERE, Médecin conseil à la Direction Régionale Service Médical Centre
Mr Patrick MEYNIER, Directeur Départemental de la Police Nationale
Mme Gaëlle NERBARD, Directrice au CDE de CHAMPHOL
Mr Saïfoulaye BARRY, Psychiatre au Centre Hospitalier Général de Dreux

Animation : M. Juhan, dr Philippe MEYER, Francis MANGEONJEAN

M. Juhan présente le contexte : une pédopsychiatrie en difficulté, une psychiatrie générale disséminée, la nécessité d'aller vers une psychiatrie plus harmonisée dans ses pratiques et plus cohérente.

Le thème de la table ronde pourra être abordé sous quatre angles :

- les clés d'accès au système,
- les hospitalisations sous contrainte
- les âges charnières entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- les personnes à la frontière du soin et de la sanction pénale.

Hospitalisation sous contrainte :

M. Meynier, directeur de la police, remercie pour l'invitation et indique qu'il s'exprime au nom de la sécurité intérieure (police et gendarmerie).

- en pédopsychiatrie, il évoque les difficultés de l'éducation nationale et de la police avec la prolifération des cas borderlines : obligation de scolarité à 16 ans, les cas dans les quartiers, que la police « vit » comme auteurs mais aussi comme victimes. Il évoque la difficulté liée à l'absence de prise en charge de nombreux jeunes et pose la question de la place de la pédopsychiatrie

- en psychiatrie adulte il relève un manque de communication avec les praticiens et un manque de pédagogie. Les citoyens appellent police-secours car ils craignent le futur tueur en série ; 50% des SDF peuvent présenter des troubles psychiques, les policiers ne sont pas outillés pour faire face aux situations. Il faudrait plus d'implication sans pour autant lever le secret professionnel ; il note que le secret professionnel est détourné de sa vocation ce qui conduit à angoisser la population.

- il relève un manque avéré de disponibilité des experts en psychiatrie : qui joindre ? qui répond ? . Ainsi on ne répond plus aux réquisitions policières, il y a difficulté à obtenir les certificats médicaux.

- il marque une inquiétude par rapport à la réforme des hospitalisations sous contrainte qui se dessine

M. Bernard, directeur du CH de Chartres, souligne les difficultés rencontrées au service des urgences pour assurer la surveillance de ces patients quand le transfert vers le CHS ne se fait pas faute d'une place immédiatement disponible.

Dr Simon, CHS Henri EY, met en garde contre l'amalgame entre des situations qui relèvent de la psychiatrie et d'autres qui n'en relèvent pas : tous les troubles du comportement, même bruyants, ne relèvent pas de la psychiatrie, les hospitalisations d'office ne se font pas selon la rumeur publique mais dans un cadre réglementé. Il existe effectivement quelques situations où les patients attendent. La crise est celle des places ; il faudrait fluidifier la filière des patients car, si les lits sont occupés par des patients chronicisés, il n'y a pas de place pour les crises.

Dr Nasry, SPIJ Dreux et Chartres, relève que, s'agissant des enfants et adolescents, il ne faut pas tout psychiatriser. Il présente le projet de maison des adolescents de Dreux (proche de la gare) qui offrira un accueil rapide et trois espaces :

- santé, prévention, éducation à la santé ;
- de consultations (arrêt tabac, arrêt cannabis, contraception, consultation somatiques, consultations de pédopsychiatrie, consultations juridiques ;
- un espace de médiation avec des groupes de parole.

Mme L'Helgoualc'h, DDASS, fait remarquer que l'Eure et loir se caractérise par un nombre d'HO supérieur aux autres départements de la région Centre et qu'une analyse comparative serait à conduire.

Mme BEGUE, indique que le CH de Dreux accueille (ADAJ) de grands adolescents et jeunes adultes, y compris en crise, pour des évaluations et un suivi. Mais le manque de professionnels et de places bloque le système.

Mme Buonavia, PJJ, note une méconnaissance réciproque des services de la PJJ et des dispositifs médicaux : les mineurs sont confiés par le juge et l'orientation se fait sur la base d'une infraction commise et qualifiée.

Ce sont les grands adolescents qui posent problème (15-18 ans) ; les forces de police sont mises à contribution dans les crises ; l'articulation a été tardive entre la maison des adolescents et la PJJ.

Mme Richer, aide sociale à l'enfance, partage ce constat d'un manque de structures et de places pour les grands adolescents.

Mme Nerbard, centre départemental de l'enfance, constate une augmentation des placements des adolescents et indique que les difficultés commencent très tôt (13 ans). Les professionnels sont démunis pour accompagner ces enfants, ils ont besoin d'appui et de formation pour la prévention de la crise, pour la gestion de la crise et l'accompagnement de la sortie de crise.

Dr Simon : La psychiatrie adulte peut prendre les 15ans-16 ans (le Dr Nasry ajoute que la pédo-psy peut aller jusqu'à 18 ans)

M. Meynier s'inquiète des nombreux postes vacants de psychiatres en France (il cite le chiffre de 1000) qui laisse les soignants démunis pour les soins sous contrainte. Il ré-insiste sur l'importance de se former et s'informer, les policiers sont des agents de 1^{ère} ligne.

Le dr Meyer apporte plusieurs réponses :

- il y a intérêt à ce que la police soit présente. Il présente une expérience conduite dans les quartiers sensibles de Strasbourg de création de conseils de santé mentale de quartiers réunissant bailleurs sociaux, justice, police, médecins généralistes, psychiatres, travailleurs sociaux. Il est apparu que

- les cas signalés par la Police sont connus par les médecins. Un des effets de ces conseils a été la réduction des hospitalisations d'office sur les quartiers ;
- l'intérêt d'équipes mobiles de pédopsychiatrie (exemple : bus au pied des habitats verticaux) est souligné. Plus la demande est prise en compte précocement, plus l'intervention est efficace. L'Angleterre a ainsi fermé des lits, mais dispose de nombreuses équipes mobiles.
 - les débats sont souvent centrés sur les places, alors qu'il y a aussi manque de liens entre les services pour rechercher des solutions en amont ;
 - Il y a certes des postes de psychiatres vacants mais la France est le pays qui a le plus de psychiatres ;
 - Discuter les problèmes et échanger est aussi un acte de formation.

M. Juhan : les capacités (lits) sont variables selon les départements, les saturations existent aussi là où existent de fortes capacités ; on ne peut corrélérer la qualité de la prise en charge avec la quantité des lits ; l'organisation joue également un rôle : de nombreux patients ne sont pas adéquats à l'hospitalisation en établissement psychiatrique, d'une part, tous ne relèvent pas de lieux fermés (cf le CPC du Coudray), d'autre part.

Il note l'existence au centre psychiatrique du Coudray d'un mélange de patients relevant de pathologies différentes et de statut différents (libres et sous contraintes). Ce mélange dans un même lieu conduit à limiter la liberté de circulation des patients qui ne relèvent pas d'une hospitalisation sous contrainte. Il faut donc repenser ce bâtiment.

D'autre part il faut organiser l'aval du CH Henri Ey : structures de réhabilitation.

Le dr Simon considère qu'il y a un problème de lits et de personnels médical et paramédical. Ainsi le centre d'accueil de crise ne peut ouvrir faute de personnel. Il fait un lien entre l'augmentation des hospitalisations d'office et la crainte de prendre le moindre risque en matière de sécurité.

M. Dufour (CHS Henri EY) évoque une expérience à Bonneval d'accès aux soins préventifs. : L'équipe mobile précarité-psychiatrie se met en place sur le département et va vers d'autres professionnels pour une prise en charge différente.

A la demande de M. Meynier sur la meilleure façon de toucher les élèves, le dr Nasry mentionne les différentes actions : point écoute dans les établissements, actions de prévention dans certains collèges et lycées, maison des adolescents.

M. Lanoé (CHS Henri EY) évoque la situation contrastée de son établissement :

- des délais de rendez-vous en CMP longs, de l'ordre de 1 à 2 mois pour le RV avec le psychiatre mais nettement plus rapide avec l'infirmier. Une file active de 6000 patients, 600 à 900 par secteur,
- des HO effectivement bloquées dans les commissariats ou aux urgences des hôpitaux, qui ne signifient pas pour autant inertie de l'hôpital pour la recherche de solutions,
- les capacités en lits paraissent insuffisantes, les DMS du CHS sont inférieures aux moyennes,
- des conventions existent avec les partenaires pour fluidifier le système
- beaucoup de médecins en formation et un système qui repose sur un nombre limité de médecins seniors.

Il indique que les journées santé justice ont été suspendues mais devraient reprendre en 2010

M. Bernard souligne la difficulté liée au manque de temps médical et la nécessité de mieux définir la fonction des infirmières en psychiatrie.

M. Bourguine souhaite que soit précisé qui fait quoi et comment. Une meilleure connaissance des diverses structures est nécessaire.

La séance est close à 12 heures.

Tables rondes des 25 et 26 février 2010

Eléments de synthèse – table ronde n°6 sur l'autisme, enfants et adultes.

Etaient présents :

Mme MASSOT-PASTOL Delphine, infirmière, FAM de Marsauceux
Mme GOMBERT Odile, Vice – Présidente, Association Autisme 28
Mme LEPORE, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Chartres
Mme LOCHON-CHEsNEAU Fabienne, Chef de service, Conseil Général
Mme BRUYELLE Christine, Directrice, I.M.E A. Fauvet à Nogent-le-Rotrou
Mme LECLECH Anne, Psychologue, I.M.E A. Fauvet de Nogent-le-Rotrou
Mme RICHARD Brigitte, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Bonneval
Mr CERTAIN Xavier, Responsable du secteur Enfants, MDPH 28
Mr le Dr VINCENT, Psychiatre, C.H de Bonneval
Mr le Dr GOBBI, Psychiatre, C.H de Bonneval
Mme PAUL Catherine, Directrice adjointe, C.H de Chartres
Mme LUCAS, Cadre de santé, C.H de Chartres
Mme le Dr THOMAS Anja, Psychiatre, C.H de Dreux
Mme LUXEMBOURGER Nicole, Pédopsychiatre au SPIJ- C.H. de Chartres
Mme le Dr FOUQUAY- PICARD, Pédopsychiatre, CH de Dreux
Mr le Dr ROUYER Vincent, Chef de service, C.H de Bonneval
Mme VANDERMEERSCH Martine, Présidente de l'Association Autisme 28
Mme PRACA Manon, Conseillère technique, CREA Centre
Mme HUYGHE, Cadre de santé, C.H de Bonneval
Mr HULOT, Cadre de santé, C.H de Bonneval
Mme le Dr DESHAYES, MDPH 28
Mr ANDRIES Cyril, Inspecteur Principal, DDASS 28
Mr NAULET Gérald, Inspecteur, DDASS28
Mme le Dr ISSERLIS Catherine, MNASM
Mr le Dr FREMY Dominique, MNASM

Eléments introductifs :

- Présentation de la M.N.A.S.M. et de son cadre d'intervention (demande du directeur de l'A.R.H.),
- Objectif : identifier des voies d'amélioration de la prise en charge de l'autisme enfant / adulte ; un rapport sera rédigé et mettra en avant des recommandations,
- Une approche globale : médico-sociale et sanitaire,
- Déroulement séquentiel de la réunion (volet enfants puis adultes).

I La prise en charge des enfants autistes :

➤ Description des structures euréliennes :

La Maison de l'autisme du CH de Chartres : 24 places pour le S.E.S.S.A.D. (Section d'Education Spécialisée et Soins A Domicile) et 12 places pour l'I.M.E. (Institut Médico-Educatif) ; des IME dotés de sections spécialisées : André Brault (4 places), Léopold Bellan à Châteaudun (4 places) et Les Trois Vallées à Dreux (4 places).

➤ **Evolution de l'offre eurélienne :** faible au début des années 2000, l'offre eurélienne s'est renforcée (mobilisant ainsi l'ensemble des mesures nouvelles de la région Centre pendant plusieurs années). La Maison de l'autisme rattachée au CH de Chartres, et plus particulièrement le Dr Constant, figure historique, a joué un rôle moteur. La dynamique de prise en charge semble avoir été construite ainsi : dépistage précoce sur le site chartrain, création d'une structure hospitalière à Bonneval et développement des liens avec le secteur médico-social. De ce fait, le territoire eurélien est caractérisé en raison de son histoire par : une forte présence du secteur hospitalier pour les enfants, le secteur médico-social ayant orienté son offre sur le segment des adolescents et jeunes adultes (14 – 24 ans).

➤ De l'incidence de la sectorisation pédopsychiatrique sur la prise en charge de l'autisme :

Un échange porte sur le caractère éventuellement limitatif de la sectorisation pédopsychiatrique relativement à la diffusion (et donc aux bénéfices éventuels pour les enfants) de différentes méthodes utilisables dans le cadre de la prise en charge des enfants autistes. Le secteur drouais semble tout particulièrement concerné, mais s'en défend ; l'approche psychanalytique n'exclut pas les autres approches.

➤ **Le parcours de soins :** la démarche mise en oeuvre consiste dans un premier temps en une « initialisation » sanitaire, préalablement à un accueil dans le secteur médico-social. L'hospitalisation à temps partiel paraît constituer quant à elle une étape « d'habituation » de l'enfant avant une orientation dans le secteur médico-social puis le milieu scolaire. Le corolaire à l'hospitalisation de jour : un temps de transport potentiellement important ; un temps aller ou retour d'une heure paraît être un plafond supportable par les enfants.

La question du dépistage prend une dimension toute particulière alors que le délai d'obtention d'un rendez-vous en Eure-et-Loir semble particulièrement long : six mois (délai bien moindre auprès du Centre de Ressources Autisme de Tours). Ce constat incite au développement d'alternatives, parmi lesquelles le recours à des échelles de diagnostic via la médecine scolaire. Les médecins de la protection maternelle infantile pourraient également être sensibilisés.

➤ **La scolarisation :** deux orientations classiques sont envisageables : le milieu ordinaire ou spécialisé (classes d'intégration spécialisée dont aucune n'existe, spécifique à l'autisme en Eure-et-Loir). Ce dernier constat incite donc au recours de référents, pour chaque handicap, susceptibles d'intervenir dans les C.L.I.S. qui accueillent des handicaps diversifiés.

➤ **La question de l'offre** (nombre de places en I.M.E.) : à l'instar de l'offre drouaise qui paraît insuffisante, la pertinence de créer des places supplémentaires à Nogent le Rotrou (projet de l'I.M.E. Antoine Fauvet) est interrogée. L'évaluation des besoins est –dans cette perspective– une première étape indispensable.

➤ **La gestion des crises :** elles constituent des moments délicats puisque parfois très destructrices. Le S.P.I.J. de Chartres pourrait éventuellement accueillir un enfant en grande difficulté.

La gestion des crises par une hospitalisation se distingue des séjours destinés à offrir un répit aux parents ; le secteur hospitalier a vocation à fournir des soins. Au final, afin d'éviter le risque inhérent au dépassement du seuil de tolérance des familles, des équipes mobiles pourraient intervenir auprès d'elles ; un système d'astreinte pourrait en ce sens être mis en place.

II La prise en charge des adultes autistes :

➤ **Des besoins ne seraient pas couverts** : 70 adultes ne bénéficieraient pas de places adaptées selon le CREA. Ce constat pourrait encore être amplifié par la méconnaissance des adultes autistes pris en charge dans leur famille.

Au-delà de l'approche quantitative, la diversification des modes et structures de prise en charge est à organiser.

➤ **Le partenariat entre les structures hospitalières et médico-sociales :**

- Un schéma idéal de "lits tournants", permettant aux structures d'accueillir successivement, si nécessaire, un patient autiste,
- A ce jour, ce partenariat est limité par un manque de confiance, de réciprocité et de réactivité ; ce constat est d'autant plus vrai que les personnes sont âgées et démentes.

➤ **La prise en charge somatique pourrait être améliorée par**

- Le renforcement du dépistage (des pathologies sont certainement ignorées),
- Le recensement des professionnels de santé (médecins en particulier), habitués à soigner des patients autistes,
- Une amélioration de la préparation aux soins (désensibilisation des soins prodigués).

CONCLUSION : les orientations de la M.N.A.S.M. :

- Prolonger les réflexions développées ce jour par un groupe de travail comportant notamment des représentants d'associations,
- Préparer puis mettre en œuvre le plan autisme,
- Engager une réflexion quant à la création d'un accueil de jour.

Réorganisation de la psychiatrie générale. Pôle chartrain

Du fait des difficultés rencontrées actuellement dans son évolution en terme d'organisation des soins, de mobilisation des moyens, d'affirmation des objectifs médicaux et d'établissement de liens avec son environnement, la situation de l'établissement Henri Ey nécessite la mise en place d'une équipe projet pour fixer tout particulièrement la stratégie concernant l'avenir du pôle chartrain; il s'agit d'une équipe temporaire permettant de relancer la dynamique de réflexion de l'institution sur la problématique de la prise en charge des personnes suivies en psychiatrie à Chartres.

Mission :

Proposer, à échéance de fin juillet 2010, une redéfinition des principes guidant les parcours de soins des patients en analysant leur incidence sur les conditions d'accueil des personnes et les conditions de travail des agents au C.P.C. Cette équipe reçoit sa légitimité d'une lettre signée du directeur et du président de la CME lui donnant mandat de faire aboutir cette réflexion de réorganisation ; l'équipe projet devrait être composée d'un médecin connaissant bien la filière globale de prise en charge, par exemple le docteur Bais praticien hospitalier responsable de l'UPM et d'un cadre supérieur connaissant bien le contexte actuel, par exemple Madame Rio Cadre supérieur ; dès leur nomination, l'équipe pourra être utilement complétée, outre ces membres, d'un représentant soignant proposé par la direction des soins infirmiers, d'un cadre socio-éducatif ou d'une assistante sociale en cas d'absence de cadre, et d'un représentant de l'administration.

L'équipe projet procède régulièrement à des restitutions de son apport devant les instances ; elle travaille en lien avec la MNASM ; elle peut, par exemple, se déplacer sur les sites ayant rencontré et résolu la même problématique et que la MNASM pourra lui proposer.

Résultat attendu :

Au terme de la mission, il est produit un document d'orientation redéfinissant les objectifs à atteindre pour chacun des lieux de soins du pôle chartrain et pour tous les parcours de soins correspondant aux différents types de patients. Ce document s'appuie sur les orientations du rapport de la MNASM dans sa partie relative au CPC.

L'équipe projet assortit chacune des modifications dans le système de charge d'une analyse d'impact sur les ressources humaines portant sur l'ensemble des effectifs actuels du centre hospitalier Henri Ey.

METHODOLOGIE :

Ce document ne peut pas être validé par nos équipes dans sa mouture actuelle. Nous pensons que des modifications s'imposent avant son adoption.

Nous nous excusons d'intégrer les propositions de modification au rapport mais nous avons fait ce choix dans un souci de clarté et de lisibilité.

Nous expliquerons d'abord les raisons de notre démarche puis, nous indiquerons dans des encadrés les commentaires et propositions de modifications.

Nous n'apportons aucune modification directe dans le texte mais nous soulignons les extraits du texte non approuvés ou méritant d'être vérifiés.

N'ayant pas eu le temps de se concerter avec l'équipe de Bonneval, les propositions de modifications concernent essentiellement les secteurs de pédopsychiatrie de Dreux et de Chartres.

Nous souhaiterions que nos propositions de modification, accompagnées à chaque fois d'un argumentaire, soient prises en compte.

Raison des modifications et impressions générales

Nous tenons d'abord à remercier l'équipe de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale pour l'intérêt qu'elle a accordé à l'organisation de la pédopsychiatrie sur le département de l'Eure et Loir.

Notre démarche ne remet en rien l'utilité de l'intervention effectuée par la Mission, mais dans la mesure où ce rapport est censé aider à la restructuration de l'offre en santé mentale sur le département, et qu'il est par ailleurs consultable par tout un chacun sur le site de la Mission, des rectifications s'imposent.

En effet, le contenu de ce rapport, s'il apporte des idées utiles et des pistes de réflexion, certaines erreurs, formulations, commentaires ou omissions peuvent induire le lecteur de ce rapport en erreur ou porter préjudice aux services dont nous assumons la responsabilité.

Par ailleurs, ce rapport étant consultable sur le site de la Mission, il ne sera pas de nature à encourager des praticiens manifestant de l'intérêt pour les services de pédopsychiatrie de notre département à aller au bout de leur démarche si son contenu est erroné ou contient des propos préjudiciables pour leur image.

Ceci n'aidera en rien à régler le problème de la pénurie médicale et ira à l'encontre des résultats escomptés d'une telle mission.

Ce rapport a axé son intervention sur l'hospitalisation temps plein qui, même si elle est importante dans notre dispositif de soins, ne concerne guère plus de 10% de la file active

du département ; l'essentiel de l'activité pédopsychiatrique jusqu'à 18 ans se faisant au sein des dispositifs ambulatoires (CMP, CATTP et HDJ). L'analyse des dispositifs de soins de pédopsychiatrie faite par la Mission étant très partielle, il est difficile d'imaginer des propositions de redéploiement de moyens sans évaluation objective de l'ensemble des offres et des filières de soins.

Les raisons de ce parti pris devraient être précisées et expliquées pour le lecteur et pour les secteurs concernés.

La proposition par la Mission, à ce stade de l'intervention, d'un redéploiement de moyens pédopsychiatriques au profit d'une unité de psychiatrie générale sans évaluation objective de son activité et sans analyse affinée de son utilité à un niveau départemental contraste avec l'exigence formulée face à des lits de pédopsychiatrie bénéficiant pourtant d'une autorisation des tutelles de longue date et d'un recul suffisant quant à leur nécessité.

Comment parler d'approche empirique et la critiquer dans un cas puis l'adopter dans l'autre ?

Nous déplorons la reprise dans ce rapport se voulant objectif de certaines polémiques sorties de leur contexte et inutiles à toute démarche à visée constructive.

Cela nous amène à apporter des clarifications.

Ce rapport ne mentionne pas le travail de mise à niveau engagé par le Docteur Nasry sur le secteur de Dreux et celui de Chartres depuis septembre 2009.

Nous retenons toutefois le soutien à une coordination départementale que nous cherchons à promouvoir depuis 2002 de même que les organisations par filières et le soutien à la création d'équipes mobiles.

Ces propositions de modifications comme le courrier concernant les lits temps plein adressé en janvier 2010 à la mission se veulent une contribution constructive à la réflexion en cours, à un moment où la pédopsychiatrie s'est elle-même engagée dans une dynamique de restructuration et de réorganisation territoriale.

Elles ne remettent en rien la qualité des personnes ayant mené cette mission difficile en si peu de temps.

Nous pensons qu'il faut présenter un ordre de priorité :

1- La création d'équipes mobiles de pédopsychiatrie sur la base d'un projet justifiant les raisons de leur rattachement à telle ou telle unité.

2- L'évaluation objective et non empirique des dispositifs et la finalisation du projet médical de territoire en santé mentale infanto-juvénile avant d'envisager tout redéploiement de moyens. Les réunions des trois SPIJ offrent un bon cadre pour la finalisation de ce projet.

3- la préparation du projet de coordination départementale intégrant la notion de filière de soins et de gradation de l'offre avec des pôles de référence et l'évaluation de sa mise en place à un niveau « supra » établissement.

Page 5 : Le résumé / Les préconisations / La psychiatrie générale

**Cette proposition paraît prématurée. Nous ne comprenons pas une telle proposition de redéploiement des moyens de pédopsychiatrie au profit de la psychiatrie générale sans évaluation de l'ensemble des dispositifs.
Nous aimerions connaître la méthodologie adoptée pour cette préconisation.**

Page 6 : Le résumé / Les préconisations / La pédopsychiatrie

Si l'organisation par filière est soutenue par les trois secteurs de pédopsychiatrie, son organisation par sites départementaux est discutable. Nous pensons qu'une telle proposition devrait être explorée au regard de la réalité géographique.

La mission n'ayant pu évaluer l'offre ambulatoire des différents SPIJ, ni visiter l'ensemble des sites, il convient donc de préciser qu'il s'agit là d'une contribution à la réflexion et non d'une proposition affirmée.

Par ailleurs, la référence historique de l'autisme revient au secteur de Chartres. Elle a été incarnée, y compris à l'échelle nationale par le Docteur Constant qui a développé cette offre avec le Docteur Guérin en mettant en place notamment les bilans de diagnostic et d'évaluation précoce et un dispositif de formation pour les professionnels. Le Docteur Constant a également porté le projet de maison départementale pour les personnes autistes.

L'unité pour troubles envahissants du développement est coordonnée actuellement par le Docteur Luxembourgier.

L'ensemble de ces dispositifs dépend toujours du secteur de Chartres.

Page 11 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / Chartres

Nous ne retrouvons pas ce chiffre sur le secteur de Chartres et il convient par ailleurs de différencier les places soumises à autorisation de celles de type CATTP.

Le SPIJ de Chartres dispose de 8 lits d'hospitalisation complète et de 32 places d'HDJ autorisés.

La maison départementale de personnes autistes dispose de 12 places d'IME et de 24 places SESSAD.

Ignorer le renfort médical qui a permis le maintien des lits d'hospitalisation complète suite au départ du docteur Guérin soulève des questions auprès des équipes de Chartres.

Le mi-temps du Docteur Nasry a permis le maintien des trois lits de la Clinique ouverts en septembre 2009 et leur augmentation à 5 lits à partir de janvier 2010.

Le Docteur Nasry assure également la continuité des soins médicaux pour l'HDJ adolescents ainsi qu'une activité de consultation pour des situations de crise en attendant l'arrivée d'autres praticiens sur le SPIJ.

Le dispositif de psychiatrie de liaison s'appuie sur l'ensemble des praticiens participant au système d'astreinte et non seulement le Dr. Brossard. Nous avons tenu à associer ce

praticien à la psychiatrie de liaison à partir de septembre 2009 dans la mesure où il était censé intégrer par la suite notre équipe.

L'arrivée en septembre 2010 d'un médecin à temps plein (le Dr Brossard) et probablement d'un praticien à temps partiel que nous avons rencontré et qui souhaite vivement intégrer notre équipe devrait alléger un peu la charge de travail pesant sur les deux praticiens du service.

Page 12 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / Chartres

L'hospitalisation complète est descendue à 3 lits sur les 8 lits initialement prévus.

Depuis le 24 août 2009, la suppléance...

C'est la date à laquelle le Docteur Nasry a pris la responsabilité de l'unité adolescents de Chartres.

Le nombre de places en hôpital de jour est de 32 places autorisées.
16 pour les TED, 8 pour enfants et 8 pour adolescents.

Le constat de locaux vétustes est fait depuis des années et le projet de reconstruction a été reporté juste avant le démarrage des travaux dans la perspective de rassembler les unités d'hospitalisation complète enfants et adolescents sur le même site.

Malgré la vétusté des locaux et leur inadéquation, la prise en charge des patients suicidaires fait l'objet d'une surveillance renforcée et l'unité ne déplore aucun suicide depuis sa création.

Les différentes visites de certification qui relevaient la vétusté des locaux n'ont jamais remis en question la qualité des soins apportés par l'équipe de cette unité.

La localisation actuelle ne pose pas de problèmes de liens avec la vie sociale mais un problème de distance par rapport au plateau technique pluridisciplinaire du CH de Chartres.

Page 15 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / Dreux

Nous déplorons le peu de temps consacré à la pédopsychiatrie en général et à celle de Dreux en particulier, ce qui se traduit par une mauvaise restitution du fonctionnement du SPIJ de Dreux. Pour rappel, nous n'avons passé qu'une heure de réunion sur le secteur de Dreux consacrée par la Mission à l'hospitalisation sur l'unité pour adolescents de Chartres et à la présentation d'un questionnaire.

Cette réunion a créé une incompréhension, car la Mission laissait entendre que les lits pouvaient fermer sur l'infanto-juvénile pour être installés pour les adolescents sur les CAC de psychiatrie adulte.

Nous avons dû apporter une réponse écrite à cette option que nous n'allons pas reprendre ici.

Nous tenons surtout à rappeler que les seuls échanges autour du SPIJ de Dreux se sont fait en même temps qu'une visite rapide des locaux et sans intérêt manifeste pour son équipe ni pour son projet médical pourtant existant.

Le survol de ce secteur transparait dans ce document.

Il faut noter que le SPIJ de Dreux doit gérer une population avec un risque médico-psycho-social élevé et une forte demande pour les soins pédopsychiatriques. Une partie importante des situations complexes confiées à l'ASE proviennent de ce bassin qui comporte de multiples zones prioritaires et défavorisées.

Nous tenons à préciser que le SPIJ de Dreux dispose de 18 places d'HDJ autorisées et non 12.

8 places pour autistes, 5 places pour enfants et 5 places pour adolescents.

Nous disposons également d'un AFT avec 10 places autorisées dont 7 ouvertes en 2009. L'AFT prend en charge essentiellement des adolescents sur un mode permanent ou séquentiel et a constitué une véritable alternative à des hospitalisations en psychiatrie. Sa mise à niveau a été entamée au décours de la visite de conformité effectuée par les tutelles en 2007. Un règlement intérieur a été rédigé et son organisation est très formalisée. Cette offre mérite d'être soutenue.

Le projet médical du service a été élaboré par le Docteur Nasry quelques mois avant sa nomination en tant que chef de service. Il est approuvé par l'ensemble de l'équipe du SPIJ.

Il vient d'être actualisé à l'occasion de l'élaboration du projet médical de l'établissement et du renouvellement d'autorisation pour le service prévu pour septembre 2010. Notre administration attendait ce rapport avant son envoi aux tutelles. Ce projet prévoit une réorganisation architecturale et institutionnelle.

Quant à l'unité d'hospitalisation complète pour enfants qui s'était éloignée de ses missions, nous avons préparé avec la direction sa fermeture dès notre nomination comme chef de service et organisé la sortie de l'enfant hospitalisé pendant plus de 4 ans avec la poursuite des soins sur le SPIJ de Chartres. Nous avons assumé pleinement la responsabilité de cette sortie de l'unité de Dreux malgré des réticences et résistances y compris parmi le corps médical.

Nous avons par ailleurs privilégié la fermeture de cette unité dans la perspective du rassemblement des unités d'hospitalisation complète sur le site de Chartres en raison des difficultés liées à la baisse de la démographie médicale.

Le CMP assure des accueils de crise et ses délais d'attente sont en moyenne aujourd'hui de 2 à 3 mois, nettement inférieurs à ce qui est annoncé dans le rapport notamment pour les adolescents pour lesquels, depuis plus de 7 ans, nous avons mis en place un dispositif de consultation thérapeutique permettant leur accueil direct par les psychologues dans les jours suivant la demande.

L'offre de type CATTP est très en deçà des besoins.

La psychiatrie de liaison est assurée par les médecins du service du lundi au vendredi et concerne les enfants et adolescents de moins de 16 ans.

Ce rapport accorde peu d'intérêt à l'unité adolescents individualisée en 1996 qui prend en charge des adolescents de 12 à 18 ans ; il s'intéresse d'avantage à l'accueil des adolescents en psychiatrie adulte alors qu'il est minoritaire.

Des situations abandonniques dont probablement celle citée ont fait l'objet d'une collaboration étroite et d'une prise en charge conjointe entre la psychiatrie adulte (ADAJ) et la pédopsychiatrie, en l'occurrence le Dr. Nasry. Cela méritait d'être dit même si nous pensons qu'il ne faut pas focaliser sur des situations cliniques et les rencontres qu'elles impliquent avec les partenaires. Le partenariat avec le social, le judiciaire et le médicosocial demeure le quotidien des équipes de pédopsychiatrie et l'enjeu est de le renforcer et de le formaliser. Le réseau « Ado 28 » adossé à la MDA va dans ce sens.

Les propos prêtés au Dr. Thomas sont regrettables et ne reflètent pas la réalité des difficultés rencontrées, et qui sont d'ailleurs en cours de clarification. Les reprendre dans ce document ne va pas dans le sens d'une médiation et n'aide en rien à avancer. C'est de nature à entretenir une polémique.

Il aurait fallu dans ce cas parler des divergences et ne pas donner crédit à un discours à charge sans vérifications et sans droit de réponses par les personnes visées.

Ceci nous oblige donc à apporter des clarifications :

Pour rappel, nous avons été à l'initiative d'un protocole entre les deux services en 2001 validé à l'époque avec l'ancien chef de service, le Dr. Triantafyllou autorisant l'accueil sur le CAC d'adolescents dont les troubles du comportement dépassaient les capacités de contenance des services de soins somatiques, dans le cadre d'un protocole précis en attendant une place sur le SPIJ de Chartres ; ce dernier étant soucieux comme nous, des risques que constituait l'immersion de jeunes adolescents en psychiatrie adulte.

Nous n'avions eu aucun mal à nous accorder sur la question des âges tant nous étions attachés, l'un comme l'autre, au respect des textes réglementaires et notamment le décret de 86.

Lors des travaux du SROS III, nous avons suggéré aux Docteurs Paris et Thomas, qui craignaient la disparition des moyens de l'unité « suicidants » toujours pas ouverte, de réorienter ces moyens vers la prise en charge des grands adolescents/jeunes adultes et des adolescents en grande difficulté dans la mesure où le SROS III insistait sur la continuité des soins pour cette population afin d'éviter les ruptures de prise en charge ; et que l'ISEMA n'existait pas encore.

Nous avons eu quelques réunions qui n'ont pas permis à ce moment d'avancer dans la mesure où le Dr. Thomas tenait à valider avec nous l'accueil des adolescents de moins de 16 ans sur l'ADAJ. Nous souhaitions rester pour ces adolescents dans le cadre du protocole défini antérieurement avec le Dr. Triantafyllou ; le non respect d'une réglementation en vigueur pouvant à tout moment engager notre responsabilité devant les tribunaux.

Par ailleurs, l'offre se mettait en concurrence avec l'unité d'hospitalisation complète de Chartres.

Nous souhaitions clarifier tous ces aspects mais le Dr. Thomas refusait tout réajustement de son projet qui ne comportait pas d'ailleurs de place pour des patients avec un profil déficitaire.

Cela ne nous a pas empêché de continuer à renforcer notre collaboration et d'orienter des patients sur son unité.

Nous avons par ailleurs associé le service de psychiatrie adulte de Dreux aux réunions départementales de la communauté d'établissements portées initialement par la pédopsychiatrie.

En général, au delà des personnes, nous avons toujours tenu à apporter des réponses institutionnelles, seules garantes de la continuité des dispositifs.

Concernant le projet de la maison des adolescents, le Docteur Paris et le Docteur Thomas y ont été associés et sont régulièrement invités au comité de pilotage. Etant lié par un cahier des charges, nous travaillons avec l'ensemble des partenaires sur les modalités de collaboration et les retours sont satisfaisants.

La proposition de mutualisation d'activité entre le site de la MDA et celui de l'ADAJ et du CMP adulte faite par le Dr. Thomas est de nature à créer la confusion et va à l'encontre de l'esprit du projet qui demeure axé sur l'accueil dans des lieux non stigmatisant, la prévention, le dépistage et l'accompagnement vers les dispositifs de soins nécessaires y compris ceux proposés par la psychiatrie générale. La crainte du Dr. Thomas, c'est de ne plus avoir d'adolescents sur son unité. Nous devrions pourtant nous réjouir si la maison des adolescents améliore la prise en charge des adolescents avec une réduction du nombre d'hospitalisation.

Ces aspects sont régulièrement discutés au sein du comité de pilotage et la formalisation du partenariat avec le service de psychiatrie générale est en cours.

Les différents partenaires sont satisfaits de la dynamique enclenchée et de la qualité du travail préparatoire à l'ouverture de la MDA.

Page 16 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / ISEMA

Cette expérience est intéressante mais soulève encore des questions et son apport devrait faire l'objet d'une évaluation sérieuse.

Nous avons pour notre part renforcé notre partenariat avec l'ISEMA.

Considérer cette structure comme une offre de soins psychiatrique ne nous paraît pas évident et peut engendrer un risque de confusion.

Faut-il considérer l'ITEP de Senonches comme offre de soins psychiatriques en raison de son niveau de médicalisation ?

Cette structure gagnerait probablement à construire une identité propre.

Page 17 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / Analyse / Les moyens

Nous sommes favorables à la création d'équipes mobiles.

Toutefois, leur rattachement mérite d'être réfléchi : unité d'hospitalisation temps plein ou les CMP des deux SPIJ gérant l'essentiel de la psychiatrie de liaison du département sans oublier que la majorité des crises dans le secteur médicosocial ne se termine pas par une hospitalisation en psychiatrie mais dans les services de pédiatrie.

Nous n'avons pu échanger avec la Mission autour de nos projets d'équipes mobiles pédopsychiatriques que nous soumettrons prochainement aux tutelles.

Page 18 : Le rapport / Les constats / La pédopsychiatrie / Analyse / Leur déploiement par filière

L'unité d'accueil familial thérapeutique existe depuis plus de 18 ans sur le SPIJ de Dreux et n'est plus au stade de projet. Nous avons expliqué les raisons de sa méconnaissance par la Mission.

Son activité a augmenté ses deux dernières années avec l'ouverture de cette offre aux adolescents dont l'accueil se fait déjà sur un mode séquentiel, permanent ou de semaine.

Cette offre nécessite d'être consolidée. Elle exige une grande mobilité en terme notamment de visites à domicile. (258 visites en 2009).

Cette offre a constitué une réponse à des situations complexes.

L'AFT et les hôpitaux de jour n'ont pas fait l'objet d'un échange avec les membres de la Mission.

Page 31 : Le rapport / Analyse globale des effectifs en personnel / CH de Dreux

Le CAC n'est composé que de 5 lits.

A partir de la page 39 : Le rapport / Propositions / pédopsychiatrie

Nous soutenons le maintien des hôpitaux de jour comme offre de proximité avec les CMP et CATTP rattachés aux secteurs qui gardent leur caractère organisationnel en articulation avec les offres d'un niveau départemental.

Nous ne comprenons pas l'ignorance du projet médical remis aux membres de la Mission et qui a déjà engagé le SPIJ de Chartres dans cette dynamique.

Cela a été le cas également pour le projet médical du service de pédopsychiatrie de Dreux.

La lecture de ce rapport laisse entendre que seul le profil de poste des psychologues a été revu avec notamment leur implication dans les accueils primaires.

Evoquer ce seul aspect du projet médical est extrêmement réducteur.

Le lecteur mérite d'être informé sur les mises à niveau en cours et sur le travail accompli depuis septembre 2009.

Nous déplorons également le peu d'intérêt manifesté dans ce rapport pour le projet MDA dont l'ouverture est prévue en juin 2010 et son évocation à travers les critiques d'un praticien.

Justifier cela lors de la restitution par l'incertitude quant à la pérennité du financement des MDA nous pose question et nous laissent dubitatifs. Nous avons déjà entendu ce genre de discours sur les réseaux et pourtant le réseau « Ado 28 » a vu le jour.

L'exigence d'évaluation de tout dispositif que nous partageons ne signifie pas la fin du dispositif en question surtout s'il remplit ses missions.

Ce genre de discours peut décourager d'autres équipes porteuses de nouvelles dynamiques.

La capacité de l'unité temps plein pour adolescents n'avait pas été retenue de façon empirique. La consultation des archives du service montre que cette capacité avait fait l'objet d'un travail d'évaluation objective piloté à l'époque par le docteur Constant ayant conduit à la restructuration des lits temps plein dans le service.

L'analyse de l'activité actuelle de l'unité en tenant compte de la liste d'attente laisse penser que cette capacité est toujours utile.

Cette unité a toujours fonctionné sur la base d'un projet médical.

Le volet du projet médical de territoire relatif à l'hospitalisation temps plein pour enfants et adolescents sera présenté aux tutelles en septembre 2010.

Nous avons été les premiers à pointer les dérives prises par l'unité pour enfants qui s'était éloignée de ses missions.

Nous avons trouvé une solution à ce problème une fois en responsabilité.

Par contre, le regard porté sur les hôpitaux de jour donne l'image d'un dispositif figé et complètement inadapté, ce qui n'est pas le reflet de la réalité.

Un projet architectural permettant le regroupement par filière tel que prévu par le projet institutionnel que nous portons est en cours de finalisation.

Nous avons adopté une toute autre approche dans notre travail de réorganisation. Celle de créer une dynamique participative permettant aux équipes de s'appropriier le changement comme dynamique évolutive et maturative d'un projet de soins en santé mentale infanto-juvénile devant régulièrement s'ajuster aux besoins de la population.

La proposition à ce stade d'un redéploiement de moyens de la pédopsychiatrie pour la psychiatrie générale, sans préconiser une évaluation des dispositifs, nous paraît prématurée. Elle est faite sans la moindre concertation sur la pertinence d'une offre départementale pour les grands adolescents et jeunes adultes et sans évaluation de l'activité réelle.

On ne peut pas évacuer avec autant de facilité des questions légitimes :

L'accompagnement de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte pourrait-il s'organiser en dehors des offres sectorielles de proximité sans poser des problèmes de cohérence, de continuité de prise en charge et d'accessibilité ?

Qu'en est-il de la place accordée à la prise en charge de cette population dans le projet de réorganisation prôné pour la psychiatrie de Bonneval ?

Concernant les plus de 16 ans à orienter sur l'ADAJ, que faire quand le juge des enfants nous interpelle suite à une demande d'OPP sur l'unité d'hospitalisation complète de Chartres, faite il y a quelques semaines par le Dr. Thomas sans lien avec notre équipe, pour une patiente de plus de 16 ans qu'elle prend en charge et pour laquelle elle trouvait que le cadre de l'ADAJ n'était pas suffisamment contenant ?

Que faire quand cette même équipe ne souhaite pas prendre en charge des adolescents de 17 ans en raison d'un passé difficile avec leurs parents ou de prise en charge actuelle de ces derniers ? Et que faire quand ces soi-disant grands adolescents paraissent trop jeunes pour être dans un monde de psychiatrie adulte ?

L'accueil sur le dispositif de l'ADAJ se fait sur la base du volontariat. Or, les jeunes que nous prenons en charge ne sont pas toujours volontaires pour une démarche de soins et encore moins pour une hospitalisation en psychiatrie adulte.

Nous voyons bien que cette question ne peut être facilement tranchée. Il faudrait plutôt favoriser le principe de concertation entre les services de psychiatrie adulte et infanto-juvénile du département autour de ces situations afin de définir la prise en charge la mieux adaptée.

La prise en charge des adolescents de plus de 16 ans doit ainsi s'appuyer sur le bon sens clinique des uns et des autres ; et sur la mise en place d'un partenariat formalisé permettant de favoriser l'accompagnement pour ceux qui relèvent d'une continuité de prise en charge sur un dispositif de psychiatrie adulte.

Sans recrutement départemental, il serait difficile de remplir 5 lits avec des adolescents de 16 à 18 ans ou même de 16 à 21 ans.

L'activité de l'ADAJ le montre bien malgré l'élargissement de l'accueil au moins de 16 ans. Le taux d'occupation aujourd'hui est autour de 40% et risque de baisser.

La file active chiffrée à 400 adolescents avancée par le Dr. Thomas est sans fondement. Cette file active ne dépasse guère les 70 patients vus au moins une fois. Hormis probablement quelques exceptions, ils sont tous du bassin drouais.

L'analyse détaillée de l'activité 2009 sur la base du relevé PMSI pour les 15-18 ans montre que :

51 patients ont été accueillis une ou plusieurs fois sur l'ADAJ ou le CAC dont 10 sont âgés de moins de 16 ans. Ces derniers auraient du être orientés sur la pédopsychiatrie. Cette démarche a été rarement faite.

41 patients ont bénéficié de prise en charge en hôpital de jour avec des venues sur une année allant d'une fois une demi-journée à plusieurs demi-journées. La moitié a bénéficié de moins de 5 demi-journées sur une année.

Les patients qui ont bénéficié du séquentiel à l'ADAJ sur plusieurs mois ou qui ont bien investi les accueils en journée sont généralement des patients pour lesquels un travail d'accompagnement et de relais avait été fait par l'équipe de pédopsychiatrie.

Les chiffres que nous avançons ainsi que le détail des actes sont bien entendu disponibles et peuvent être consultés.

Nous voyons globalement que cette activité est dérisoire face à l'activité produite pour les adolescents sur les différents SPIJ, sans oublier que la file active des adolescents sur le circuit adulte risque de baisser avec l'ouverture de la MDA et le renforcement des dispositifs ambulatoires en pédopsychiatrie.

Un tel constat pourrait envisager un redéploiement dans l'autre sens, autrement dit, vers des dispositifs de pédopsychiatrie comme la MDA.

Si la circulaire du 15 mars 1960 reste toujours d'actualité, celle du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents l'est autant. On peut y lire dans le titre II – missions et obligations :

« Le décret du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes

susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale. En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et services. Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge. »

Aussi, il ne nous appartient pas de remettre en question, à l'échelle de notre territoire, ce texte réglementaire d'autant plus que toutes les orientations élaborées depuis, en faveur des adolescents, vont dans le sens de cette circulaire et du renforcement de leur prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile.

Nous pensons que les moyens de la pédopsychiatrie doivent servir à régler les problèmes de la pédopsychiatrie et leur utilisation doit faire l'objet d'une évaluation objective avant tout projet de redéploiement.

Nous ne pouvons plus nous permettre des approches approximatives comme nous ne pouvons soutenir la réorganisation sur la base d'impression ou de discours. Comment accepter le soutien à l'hospitalisation complète des adolescents en psychiatrie adulte sans évaluer au préalable l'impact de l'augmentation des lits de pédopsychiatrie et du renfort des moyens ambulatoires sur ce mode de prise en charge ? Nous voyons bien qu'il est prématuré de tirer des conclusions hâtives quant aux nécessaires redéploiements de moyens.

Nous aurions préféré que la Mission soutienne une démarche d'évaluation objective des pratiques et des besoins pour les adolescents pris en charge en psychiatrie générale sur le département puisqu'elle la préconise pour la psychiatrie infanto-juvénile.

En conclusion, si nous retenons des idées forces dans ce rapport, nous pensons qu'il faudrait les utiliser pour soutenir et enrichir notre réflexion déjà engagée dans une dynamique de réorganisation de l'offre et d'analyse des pratiques avec une vision sur le long terme.

Il serait souhaitable d'attendre la présentation du projet médical de territoire en santé mentale infanto-juvénile avant d'envisager tout redéploiement de moyens.

Il serait utile également que tous les dispositifs en santé mentale fassent l'objet d'une évaluation permettant de questionner leur adéquation avec les besoins de la population.