



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

---

**Améliorer l'accueil en psychiatrie :  
l'unité d'accueil intersectorielle, une  
interface possible entre l'intra et  
l'extra-hospitalier**

**De l'intérêt d'une telle structure au C.H.G.R. à Rennes.**

---

**Laurence LEBRETON**

---

# Remerciements

---

Le sens de la relation en psychiatrie n'est pas un vain mot. Je peux désormais en témoigner moi qui ai toujours été bien accueillie pour évoquer précisément le thème de l'accueil.

Voici donc l'expression sincère de mes vifs remerciements à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à enrichir ma réflexion.

Merci aussi à ceux qui m'ont guidé sur le plan méthodologique : mon encadrant mémoire pour ses conseils éclairés et bienveillants, mes lecteurs attentifs et critiques.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE C.H.G.R. : VUE GÉNÉRALE ET ZOOM SUR LES MODALITÉS D'ACCUEIL.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Le C.H.G.R. dans son environnement.....</b>	<b>9</b>
1.1.1 La situation en terme d'équipement.....	9
1.1.2 Les perspectives démographiques .....	10
1.1.3 Les données épidémiologiques générales .....	11
1.1.4 Les orientations régionales s'imposant aux établissements de santé mentale ....	12
<b>1.2 Organisation et activité du C.H.G.R.....</b>	<b>13</b>
1.2.1 L'attachement à l'organisation sectorielle .....	13
1.2.2 Une évolution de l'activité contrastée selon les services .....	15
1.2.3 Le profil des patients .....	17
<b>1.3 Caractéristiques de l'accueil au C.H.G.R.....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Le C.H.G.R. est parfois l'instance de premier recours pour les personnes en besoin de soins .....	17
1.3.2 Une fraction d'hospitalisations non justifiées .....	18
1.3.3 Le circuit du patient .....	19
1.3.4 Une situation hôtelière très inégale selon les services.....	21
1.3.5 Le mélange des pathologies .....	21
1.3.6 L'appréciation sur les conditions d'accueil.....	22
A) Le point de vue des patients .....	22
B) Le point de vue institutionnel.....	22
<b>2 ACCUEILLIR C'EST « ALLER AU DEVANT DE » : ÉTAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS EN AMONT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE....</b>	<b>25</b>
<b>2.1 Le positionnement de la médecine libérale .....</b>	<b>25</b>
2.1.1 La collaboration public-privé à travers le prisme du S.R.O.S.....	26
2.1.2 La prise en charge de la santé mentale en médecine générale : le point de vue des acteurs sur le partenariat et l'adressage : .....	28
A) à travers l'enquête U.R.M.L.....	28
B) à travers l'enquête image du C.H.G.R. ....	30
C) à travers l'étude d'activité de S.O.S. médecin .....	30
<b>2.2 La présence psychiatrique au S.A.U.....</b>	<b>34</b>

<b>2.3</b>	<b>L'interface des centres médico-psychologiques ? .....</b>	<b>36</b>
2.3.1	Un équipement de bon niveau sur le bassin rennais mais qui souffre de morcellement et de cloisonnement.....	37
2.3.2	Une croissance forte de l'activité .....	38
2.3.3	L'accueil et la réponse à l'urgence en C.M.P. ....	39
2.3.4	Corrélation entre l'activité ambulatoire et le niveau de recours à l'hospitalisation ? .....	40
<b>2.4</b>	<b>Un partenariat à développer avec des acteurs sociaux confrontés en première ligne à la souffrance psychique .....</b>	<b>43</b>
2.4.1	Les objectifs du P.R.A.P.S. 2.....	43
2.4.2	L'insuffisante intervention de la psychiatrie publique dans la communauté.....	44
2.4.3	.....malgré des réalisations très appréciées .....	44
	A) Une démarche de sensibilisation et de formation des travailleurs sociaux confrontés aux problèmes psychiatriques .....	44
	B) L'appui technique aux travailleurs sociaux par un travail de réseau .....	45
	C) L'approche des personnes en grande précarité via une équipe mobile .....	45
<b>3</b>	<b>UNE UNITÉ D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION A LA PORTE DE L'HÔPITAL : UNE RÉPONSE ENTRE LE « DEHORS » ET LE « DEDANS » DE L'HÔPITAL .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1</b>	<b>Émergence d'un projet au sein du C.H.G.R.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2</b>	<b>Reflets des dispositifs d'accueil dans les établissements de santé mentale de France .....</b>	<b>50</b>
3.2.1	Une grande diversité de ces structures .....	51
3.2.2	Une population cible ? .....	52
3.2.3	Impact en terme d'hospitalisation.....	52
3.2.4	Retours d'expérience, auto-évaluation et bilan.....	53
<b>3.3</b>	<b>Enjeux, risques et limites d'une réorganisation de l'accueil au C.H.G.R. ....</b>	<b>54</b>
3.3.1	Une démarche qui reste hospitalo-centriste ?.....	54
	A) La fonction d'orientation : une notion à double sens .....	55
	B) L'appel d'air : une crainte mais aussi une opportunité .....	56
	C) La porte d'entrée du dispositif psychiatrique n'est pas unique .....	57
	D) L'accessibilité aux familles .....	57
3.3.2	Des enjeux autour de la communication .....	58
	A) Pour garantir une maîtrise des flux et de l'adressage.....	58
	B) Pour assurer la continuité du lien .....	59
	C) Un gain en terme de disponibilité, de lisibilité, et d'image.....	60

<b>3.4 Proposition de scénario pour une unité d'accueil et d'orientation au C.H.G.R.</b> .....	<b>61</b>
3.4.1 Rappel sur l'analyse du besoin .....	61
3.4.2 Orientation et nature du projet .....	61
3.4.3 Structuration juridique : unité fonctionnelle ou service ? .....	63
3.4.4 Missions de la structure.....	63
3.4.5 Population et niveau d'activité prévisionnel.....	64
3.4.6 Fonctionnement de l'unité .....	66
A) Articulation avec les services .....	67
B) Relations à définir entre le S.A.U. et l'unité d'accueil du C.H.G.R. ....	68
C) Liens à établir avec les C.M.P. ....	68
3.4.7 Solution architecturale .....	69
3.4.8 Quels professionnels pour cette unité ?.....	70
3.4.9 Surcoûts et financement.....	71
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>73</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>75</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>A.N.P.E.</b>	Agence Nationale pour l'Emploi
<b>A.R.H.</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>A.S.H.</b>	Agent des Services Hospitaliers
<b>C.A.O.</b>	Cellule d'accueil et d'orientation
<b>C.A.R.L.</b>	Centre d'Accueil et de Répartition Libéral des soins non programmés
<b>C.A.T.</b>	Centre d'Aide par le Travail
<b>C.A.T.T.P.</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>C.D.A.S.</b>	Circonscription D'Action Sociale
<b>C.H.G.R.</b>	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
<b>C.H.R.S.</b>	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
<b>C.H.U.</b>	Centre Hospitalo-Universitaire
<b>C.H.S.</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>C.M.E.</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>C.M.P.</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>C.O.M.</b>	Contrat d'Objectifs et de Moyens
<b>C.P.A.M.</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>C.P.O.A.</b>	Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
<b>C.U.M.P.</b>	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
<b>D.I.M.</b>	Département d'Information Médicale
<b>D.R.A.S.S.</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>D.R.E.E.S.</b>	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
<b>E.P.S.M</b>	Établissement Public de Santé Mentale
<b>E.R.I.C.</b>	Équipe Rapide d'Intervention de Crise
<b>E.T.P.</b>	Équivalent-Temps-Plein
<b>H.D.T.</b>	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
<b>I.N.S.E.E.</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>M.C.O.</b>	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>M.N.A.S.M.</b>	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
<b>O.R.S.B.</b>	Observatoire Régional de la Santé de Bretagne
<b>P.H.</b>	Praticien Hospitalier
<b>P.R.A.P.S.</b>	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>S.A.U.</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>S.D.F.</b>	Sans Domicile Fixe
<b>S.M.P.R.</b>	Service Médico-Psychologique Régional

**S.R.O.S.** Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
**U.F.** Unité Fonctionnelle  
**U.I.A.** Unité Intersectorielle d'Accueil  
**U.N.A.F.A.M.** Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques  
**U.P.A.T.O.U.** Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences  
**U.R.M.L.** Union Régionale des Médecins Libéraux

## INTRODUCTION

La scène se déroule au Centre Hospitalier Guillaume Régnier (C.H.G.R.), établissement public de santé mentale (E.P.S.M.) de Rennes, en mars 2003 au cours d'une nuit de samedi à dimanche. Il est 5 h 30 du matin. Monsieur X, âgé d'environ 30 ans, se présente auprès de l'agent d'accueil (= le concierge) en vue d'être hospitalisé, il n'a pas de certificat médical d'adressage. Une élève directrice d'hôpital et le cadre de santé de garde assistent à la scène en position d'observateurs. Un cours dialogue entre l'agent d'accueil et monsieur X s'instaure.

Monsieur X : « Bonsoir, je ne vais pas bien, je voudrais être hospitalisé. ».

Agent d'accueil : « Bonsoir monsieur, vous avez déjà été hospitalisé ici ? ».

*Hochement de tête de Monsieur X.*

Agent d'accueil : « Quel est votre nom ? ».

*Monsieur X décline son identité, l'agent d'accueil retrouve trace de son précédent séjour, il est sorti la veille du pavillon « Anne de Bretagne ».*

Agent d'accueil : « Vous êtes sorti hier monsieur, vous pouvez vous rendre au pavillon Anne de Bretagne. ».

Monsieur X : « Je ne veux pas aller à Anne de Bretagne, on n'est pas bien là-bas. ».

Agent d'accueil : « D'après votre adresse vous relevez de ce service, je vous invite à retourner dans le pavillon dont vous sortez. ».

Monsieur X : « Je n'ai plus d'adresse. ».

Agent d'accueil : « Vous n'avez plus d'adresse ? ».

Monsieur X : « Non, je suis S.D.F.. ».

Agent d'accueil : « Ça ne change rien, compte tenu de votre sortie récente vous relevez toujours d'Anne de Bretagne. ».

Monsieur X : « Je veux aller à Racamier, c'est mieux. ».

Agent d'accueil : « C'est impossible monsieur. ».

*Monsieur X s'en va, il renonce à sa demande d'hospitalisation.*

*Petite précision : le pavillon « Racamier » a été construit en 1998, il est proche du pavillon « Anne de Bretagne » qui lui date de l'entre-deux-guerres. Le confort hôtelier des deux structures n'est pas comparable.*

Telle est la scène à l'origine du mémoire et des réflexions qui vont suivre.

Cette scène quelque peu intrigante soulevait, en effet, plusieurs questions. Y avait il un risque pour la santé de cet homme à repartir sans bénéficier d'une consultation infirmière ou médicale ? Avait il besoin d'un hébergement ou d'une prise en charge soignante ?

Était-il en situation d'urgence ? Qu'en est-il des venues spontanées pour hospitalisation sans passage préalable chez un médecin traitant ? L'intervention d'un personnel administratif en première ligne est-elle suffisante au C.H.G.R. ? Y a-t-il une réelle disparité des prises en charge entre les services du C.H.G.R. ?

Partant de cette « anecdote » et des interrogations qu'elle soulève, la question plus générale de l'organisation de l'accueil en psychiatrie se trouve posée. Donne-t-elle satisfaction et sinon comment l'améliorer ? Et, tout d'abord, qu'est-ce que l'accueil en psychiatrie ?

« La folie a besoin d'être accueillie, il lui faut un accueil toujours »<sup>1</sup> nous dit Guy Baillon, médecin psychiatre à l'hôpital de Ville-Evrard, président de l'association Accueils<sup>2</sup>. La notion d'accueil si elle est largement promue par les psychiatres au point de figurer dans la dénomination réglementaire de structures de soins (arrêté du 14 mars 1986)<sup>3</sup> a été peu théorisée. Elle a été mise en exergue ces dernières années en rapport avec la question des urgences et du traitement de la crise psychiatrique.

A partir de 1979, date de la première circulaire<sup>4</sup> concernant la prise en charge des urgences psychiatriques, les expériences intra ou extra-hospitalières se sont multipliées mais les objectifs fixés par cette circulaire (réception des appels en permanence, transport et accueil des malades, intervention d'un psychiatre sur les lieux de la crise) se sont peu développés. Cette circulaire n'apportant pas de définition de l'urgence psychiatrique, cette notion est restée dans un certain flou conceptuel.

En 1992, une nouvelle circulaire<sup>5</sup>, s'appuyant sur les travaux du Groupe de travail de la commission des maladies mentales définit clairement les notions d'urgence psychiatrique et de crise et propose des mesures à mettre en œuvre (établissement de liens entre les centres médico-psychologiques (C.M.P.) et les centres 15 pour optimiser la régulation des appels, développement de la présence psychiatrique dans les hôpitaux généraux.).

L'urgence psychiatrique y est définie comme « *une demande dont la réponse ne peut être différée ... elle se spécifie par la gravité de la souffrance psychique qu'elle engendre... par son impact sur la famille du malade, sur son environnement... par sa survenue dans un contexte événementiel ou dans le cadre d'une pathologie mentale pré-existante.* »

---

<sup>1</sup> G.BAILLON, *L'ACCUEIL EN SANTÉ MENTALE, LES URGENCES DE LA FOLIE*, p.17.

<sup>2</sup> Voir annexe 2.

<sup>3</sup> Arrêté qui donne une dénomination officielle aux centres de crise et centres d'accueil permanents.

<sup>4</sup> Circulaire n° 896 A 92 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

<sup>5</sup> Circulaire n° 39/92 DH/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

La crise y est spécifiée comme une situation conflictuelle interactive entre le malade et son environnement.

Notion d'urgence, notion de crise, notion d'accueil découlent de ces interactions que subit le patient. Mais, la question de l'accueil ne se résume pas au contexte de crise ou d'urgence. Il faut l'entendre dans une acception plus large.

L'accueil constitue un temps essentiel de la prise en charge, il représente en soi un acte thérapeutique. Lors du premier contact avec les soignants se noue un lien primordial qui va conditionner l'alliance thérapeutique et la relation ultérieure. Il doit donc être pensé en termes de forme (temps, équipe, locaux) et de méthode (choix clinique).

L'accueil doit favoriser l'unicité du lien pour la continuité du soin d'où la défense de l'approche sectorielle (promotion des C.M.P., centres d'accueil permanents, centres de crise)<sup>6</sup>. Il doit être le moins stigmatisant possible d'où un plaidoyer plus récent pour un accueil dans un lieu neutre qu'est l'hôpital général. Si les orientations politiques ont soutenu ces deux tendances - l'accueil hors les murs et dans des lieux neutres - il faut constater que le centre hospitalier spécialisé en santé mentale (C.H.S.) reste en situation d'accueillir. Il ne s'agit pas seulement de patients connus. Par exemple, un tiers des entrées en psychiatrie adulte au C.H.G.R. concerne des premières hospitalisations. En outre, ce sont rarement des hospitalisations programmées tant les troubles psychiatriques laissent place à l'imprévu. L'image de l'hôpital lors de ce passage est primordiale, elle conditionne en partie la relation thérapeutique ultérieure. Pourtant, l'organisation de l'accueil dans les ex-C.H.S. n'a pas été encouragée car la préoccupation première était de désinstitutionnaliser la psychiatrie et d'éviter le recours à l'hospitalisation.

En effet, prévenir les hospitalisations a été l'objectif principal de la politique psychiatrique de ces dernières décennies. En se fondant sur l'organisation sectorielle, elle a visé le maintien de la personne dans son environnement. Cette politique a remporté un beau succès. Ainsi, en 2000, au niveau national, 65 %<sup>7</sup> des personnes suivies en psychiatrie publique bénéficient d'une prise en charge exclusivement ambulatoire contre 11 % exclusivement hospitalière.

Toutefois, l'intérêt de l'organisation en secteur peut trouver ses limites si l'autonomie de celui-ci le confine à l'isolement vis-à-vis de ses autres partenaires notamment médicaux. C'est pourquoi la circulaire du 14 mars 1990 relative à la politique de santé mentale préconisait explicitement des rapprochements entre différents acteurs : « *la sectorisation*

---

<sup>6</sup> Voir notes n° 2 et 3.

*psychiatrique vise...trois objectifs principaux... dont la coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale* ». Ces rapprochements sont essentiels car les médecins généralistes s'occupent très largement de santé mentale dans leur quotidien. De même, famille et réseau social sont en prise directe avec l'expression de la maladie. En somme, le besoin de soins se présente en des lieux et face à des interlocuteurs divers. C'est pourquoi, on peut considérer qu'accueillir ce n'est pas seulement recevoir mais aussi « aller au devant de ».

Par ailleurs, le cloisonnement entre secteurs psychiatriques c'est-à-dire entre services est préjudiciable à la qualité de la prise en charge lorsque chaque secteur n'a pas les moyens (théoriques, humains, matériels) d'assurer seul toutes les fonctions requises. Or, l'accueil est une des fonctions en difficulté du fait de l'accroissement du recours à l'hôpital, tendance très nette observée ces dernières années au C.H.G.R. comme au niveau national. Si l'organisation sectorielle ne suffit plus à satisfaire tous les besoins alors apparaît la logique de l'intersectorialité. Elle concrétise la volonté, partagée par plusieurs secteurs, de promouvoir un projet de soins élaboré en commun et dont l'objet (en raison de sa spécificité, de sa localisation, de son étendue...) ne peut obtenir une réponse unisectorielle performante. La réponse à l'urgence psychiatrique dans les hôpitaux généraux s'est souvent développée sous cette forme. L'organisation de l'accueil à l'hôpital psychiatrique mérite aussi d'être réfléchi sous cet angle. Le C.H.G.R. de Rennes s'engage aujourd'hui dans cette voie à l'occasion de la préparation de son futur projet d'établissement.

Préalablement à une réorganisation, il faut tout de même vérifier les carences supposées ou réelles des dispositifs actuels. Il convient donc de s'interroger sur les circonstances de l'admission à l'hôpital psychiatrique. Qu'en est-il des flux de patients ? Les besoins évoluent-ils ? Y-a-t-il des hospitalisations évitables ? Y-a-t-il des failles dans le circuit d'adressage ? Ne faut-il pas développer les articulations avec l'extérieur ? Les conditions d'accueil actuelles à l'hôpital sont-elles discutables et en quoi : accueil insuffisamment médicalisé ? Violence ? Locaux inadaptés ? Le dispositif sectoriel intra ou extra-hospitalier présente-t-il des insuffisances et lesquelles ? Ce sont autant d'hypothèses qu'il convient de démontrer avant d'envisager une réorganisation des modalités d'accueil.

Implanter une unité d'accueil intersectorielle à la porte de l'hôpital psychiatrique de Rennes est une réponse qui pourrait satisfaire deux ambitions : celle de l'ouverture sur l'extérieur et celle de la mutualisation des moyens visant une meilleure disponibilité et un

---

<sup>7</sup> Source : DREES Série Etudes, Document de travail : *les secteurs de psychiatrie générale en 2000*, n°42 Mars 2004.

plus grand professionnalisme des équipes pour, au final, une meilleure qualité de l'accueil. Toutefois, la justification de la démarche s'impose car l'option d'une unité d'accueil centralisée peut avoir des effets en terme de lisibilité vis-à-vis de l'extérieur et parce qu'elle percute la culture du service très marquée en psychiatrie. Ce sont là quelques enjeux parmi d'autres qu'il faudra évoquer pour mesurer l'intérêt d'un tel projet.

Pour valider ces hypothèses et définir les contours de ce projet professionnel, la méthode suivie a été d'examiner les modalités actuelles d'accueil au sein du C.H.G.R., d'observer l'évolution de l'activité sur ces dernières années, d'analyser le dispositif extérieur à l'hôpital ainsi que le positionnement des acteurs face à l'expression des troubles psychiatriques. Connaître les tendances nationales et régionales a permis de situer le contexte rennais par rapport aux orientations politiques et aux pratiques des établissements similaires.

A cette fin, j'ai conçu et adressé à l'ensemble des établissements de santé mentale, France entière, une enquête<sup>8</sup> descriptive portant sur leurs modalités d'accueil. 96 établissements ont été interrogés entre février et avril 2004. 75 % des enquêtés ont répondu ce qui a permis de mesurer pleinement les avantages et inconvénients d'une forme d'accueil centralisé. Les enseignements de l'enquête ont été complétés par des visites auprès de trois établissements disposant d'unité d'accueil, à Saint - Avé (56), Quimper (29) et Evreux (27) illustrant la diversité des formules (configurations architecturales, articulations internes et externes, fonctionnalités, responsabilités, organisation des équipes...).

Au sein du C.H.G.R., des groupes pluridisciplinaires de réflexion thématiques se sont réunis de novembre 2003 à avril 2004 pour la préparation du prochain projet d'établissement. Par une observation participante au sein du groupe « accueil et urgences », j'ai pu appréhender l'organisation actuelle de l'accueil à l'hôpital et cerner les jeux d'acteurs internes face au projet de réorganisation. L'appréciation des modalités d'accueil s'est faite également par observation directe dans les services, auprès du bureau des entrées du C.H.G.R. et au sein du service d'urgences (S.A.U.) du C.H.U., lors du premier et second stage hospitalier.

La réalisation d'entretien avec les représentants des autorités sanitaires avait pour objectifs de traiter la question des articulations avec les partenaires extérieurs, de raisonner sur le bilan des coopérations et sur l'évolution générale de la politique de santé

mentale. La recevabilité d'un nouveau dispositif et son intérêt en terme de santé publique ont pu être mesurés lors de ces entretiens. D'autres entretiens avec des interlocuteurs internes et de nombreux échanges informels ont été menés soit pour prendre connaissance d'actions spécifiques soit pour cerner la diversité des points de vue des différents corps professionnels de l'hôpital (motivation, intérêt, opposition au projet).

Enfin, la réflexion s'est appuyée sur une approche documentaire plurielle :

- lecture exploratoire de la littérature traitant des thèmes de l'accueil, des urgences et de l'organisation hospitalière.
- lecture analytique des rapports et schémas nationaux ou régionaux retraçant les orientations politiques du moment.
- exploitation approfondie de documents-sources décrivant l'activité tels que les rapports de gestion, les rapports annuels de secteur. Les besoins complémentaires d'informations ont été extraits du logiciel de gestion des entrées, avec la collaboration du service informatique.
- étude ciblée et détaillée de travaux de recherche et enquête permettant de comprendre le positionnement des partenaires extérieurs.<sup>9</sup>
- appropriation des enseignements fournis par différentes enquêtes initiées par l'établissement.<sup>10</sup>

Le champ d'étude a été volontairement restreint à la population adulte. Les personnes âgées, les enfants et adolescents représentent des populations fragiles qui nécessitent une prise en charge spécifique et donc des conditions d'accueil particulières. En ce qui les concerne, la programmation de l'admission à l'hôpital est vivement souhaitable même si elle n'est pas toujours possible.

Partant de ces éléments, nous dresserons, en premier lieu, un tableau du C.H.G.R. dans son environnement en ciblant progressivement notre regard sur les conditions d'accueil dans cet établissement. Le constat porté sur l'intra hospitalier sera complété, dans un deuxième temps, par un état des lieux relatif aux dispositifs de prise en charge en amont de l'hôpital. Cette analyse doit permettre de repérer les différents acteurs de la prise en

---

<sup>8</sup> Voir questionnaire et résultats en annexes 3, 4 et 5.

<sup>9</sup> UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE. *Prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine libérale*. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Juin 2004.

RICHARD C. *L'urgence psychiatrique vécue par le médecin généraliste en pratique de ville, à propos de 118 cas*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine : Université de Nantes, faculté de médecine, 2002. 181 p.

<sup>10</sup> Enquête sur les admissions réalisées par le DIM en février et mars 2004, questionnaires de sortie renseignés par les patients, enquête d'image réalisée par des élèves infirmiers auprès de patients et de médecins à l'automne 2003, enquête sur les appels en renfort réalisée auprès des services en 2003.

charge et leur niveau de collaboration, élément déterminant dans les processus d'adressage vers l'hôpital. Enfin, dans un troisième temps, une proposition d'organisation pour une unité d'accueil centralisée au C.H.G.R. sera faite en tenant compte du retour d'expérience d'établissements similaires et après avoir évalué les enjeux et risques liés à un tel projet

# 1 LE C.H.G.R. : VUE GÉNÉRALE ET ZOOM SUR LES MODALITÉS D'ACCUEIL

Une réflexion sur l'organisation d'un dispositif n'a de sens qu'en fonction du contexte. Aussi, la question de l'amélioration de l'accueil psychiatrique au C.H.G.R de Rennes nécessite, tout d'abord, de décrire l'environnement sanitaire dans lequel s'inscrit l'action de cet établissement et d'appréhender les perspectives démographiques et épidémiologiques de sa zone de desserte. Cette présentation mettra en évidence le poids considérable de cet établissement dans l'offre de soins du département.

Puis, après avoir caractériser l'organisation générale et l'évolution de l'activité du C.H.G.R., le descriptif plus précis des conditions d'accueil à l'hôpital permettra de comprendre pourquoi la réflexion sur l'accueil s'est imposée comme axe d'amélioration à inscrire dans le projet d'établissement en cours d'élaboration.

## 1.1 Le C.H.G.R. dans son environnement

### 1.1.1 La situation en terme d'équipement

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (C.H.G.R.) est un établissement public de santé départemental. Implanté dans la ville chef-lieu, situé au centre du département d'Ille-et-Vilaine, il dessert 8 des 11 secteurs de psychiatrie générale du département et 3 des 4 secteurs de psychiatrie - infanto - juvénile<sup>11</sup>. Sa zone de desserte coïncide avec le secteur sanitaire n° 5 de Médecine - Chirurgie - Obstétrique à l'exception du bassin de Redon qui est couvert par un secteur de psychiatrie rattaché à l'hôpital général. La population couverte, au vu du recensement de 1999 est de 701 304 habitants ce qui correspond à une moyenne de 88 000 habitants par secteur adulte environ.

En psychiatrie générale, le C.H.G.R. compte, au 31 décembre 2003, 1 374 lits et places dont :

- 741 lits d'hospitalisation à temps complet,
- 608 places en alternatives à l'hospitalisation,
- 25 lits au service médico-psychologique régional (S.M.P.R.) situé à la maison d'arrêt de Rennes,
- 130 points de consultation ou d'intervention en ambulatoire.

---

<sup>11</sup> Voir cartographie annexe 14.

La psychiatrie infanto - juvénile et adolescente compte 229 lits et places.

Le C.H.G.R. est, par ailleurs, doté d'un dispositif sanitaire et médico-social important : lutte contre les conduites addictives, service de soins de longue durée, prise en charge d'adultes handicapés.

L'effectif de l'établissement, toutes activités confondues, atteint 1 900 équivalent - temps - plein d'agents au 31 décembre 2003.

Le C.H.G.R. représente une structure incontournable dans l'offre de soins spécialisée en psychiatrie du secteur sanitaire n°5 qui comporte également les 25 lits rattachés à l'hôpital général de Redon et les 237 lits de psychiatrie active de trois cliniques privées situées à Rennes ou à proximité. En cumul, ces trois cliniques ont réalisé 2 206 entrées en 2002 pour un total de 85 000 journées d'hospitalisation<sup>12</sup>.

En ce qui concerne le niveau d'équipement du département d'Ille-et-Vilaine, selon les études de la D.R.E.E.S.<sup>13</sup> il ressort comme bien doté si l'on considère les capacités d'hospitalisation complète et partielle et les densités de personnel médicaux. Le département compte 208 lits et places publics et privés installés pour 100 000 habitants contre 138 au niveau national au 1/01/2003 et 21 psychiatres salariés et libéraux pour 100 000 habitants contre 22 au niveau national.

Cette situation, historiquement satisfaisante, tend toutefois à se dégrader sous l'effet de l'accroissement démographique qui caractérise l'Ille-et-Vilaine.

### **1.1.2 Les perspectives démographiques**

Selon les projections de l'I.N.S.E.E., les secteurs psychiatriques du département pourraient voir la population desservie augmenter de 13 % en moyenne de 1999 à 2010. A l'horizon 2010, elle pourrait être, en moyenne, de 99 000 habitants par secteur. Rappelons qu'à l'origine, le découpage sectoriel était prévu pour une population de 70 000 habitants.

En 2010, ce seront 5 secteurs sur 8 qui dépasseront les 100 000 habitants (cf tableau ci-après). C'est pourquoi le C.H.G.R. sollicitera lors du dépôt de son prochain projet

---

<sup>12</sup> Source : DRASS de Bretagne : Statistique annuelle d'Activité, SAE 2002.

<sup>13</sup> DREES Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques Dossier *Etudes et résultats* n°48 janvier 2000. DREES Série Etudes, Document de travail : *les secteurs de psychiatrie générale en 2000*, n°42 Mars 2004. DRESS-DRASS *Mémento STATISS 2003-2004*.

d'établissement auprès des autorités de tutelle, la création d'un 9<sup>ème</sup> secteur de psychiatrie et les moyens y afférant.

L'évolution démographique attendue est diverse selon les secteurs psychiatriques :

Secteurs rattachés au C.H.G.R.	Population desservie en 1999	Estimation INSEE 2005	Estimation INSEE 2010
G03	87 028	94 110	100 665
G04	75 422	76 147	76 580
G05	88 261	91 993	95 160
G06	86 114	91 016	95 194
G07	88 149	96 269	103 451
G08	94 530	99 791	104 504
G09	88 236	95 115	101 095
G10	93 564	104 698	116 476
TOTAL	701 304	749 139	793 125

Cet accroissement démographique, inégal selon les secteurs, se traduit par une pression de la demande en soins. Il en résulte une augmentation de l'activité repérable à travers les statistiques de l'établissement. Ceci n'est pas sans conséquence sur les conditions d'accueil et de prise en charge qui se sont fortement dégradées, en témoigne le phénomène de sur-occupation de certains services. (Voir § 1.2.2).

### **1.1.3 Les données épidémiologiques générales**

Dans le cadre de la préparation de son projet d'établissement le C.H.G.R. a commandé une étude épidémiologique auprès de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne<sup>14</sup> (O.R.S.B.) en décembre 2003.

S'il est difficile d'établir une corrélation directe entre la situation épidémiologique départementale et le recours potentiel à un établissement donné, les indicateurs épidémiologiques permettent de dégager quelques grandes tendances explicatives.

On retiendra que la mortalité pour troubles mentaux en Ile-et-vilaine représente 2.92 % des causes de décès, qu'elle est en augmentation régulière et qu'elle est supérieure à la

---

<sup>14</sup>ORSB, *Indicateurs épidémiologiques en santé mentale*, Décembre 2003.

moyenne nationale (2.76 %). La mortalité par suicide tend à diminuer en Ile-et-Vilaine mais la surmortalité par rapport à la France reste importante.

En terme de morbidité, on note que le nombre d'admissions en maladie de longue durée pour cause de pathologie psychiatrique semble diminuer entre 1998 et 2001 dans le secteur sanitaire n°5 et ce pour le régime général d'assurance maladie. En matière de suicide, le nombre de tentatives déclaré par les hôpitaux généraux du secteur sanitaire n°5 ressort en augmentation sensible : il atteint le chiffre de 1 460 en 2002 contre 1 130 en 2000. Dans les services de court séjour des centres hospitaliers d'Ile-et-Vilaine, la part des séjours liés aux troubles mentaux en relation avec la consommation d'alcool est en nette augmentation.

Enfin, en ce qui concerne les facteurs de risques socio-environnementaux, on retient que les cantons de Rennes ont sur le plan social une situation très contrastée. La ville concentre une grande part de la population du département ainsi qu'une part importante du parc locatif social. Nombreuse y est la population dépendante des minima sociaux pour vivre. Mais, une part importante de la population a des revenus moyens annuels élevés.

Ces différentes tendances rejoignent celles mises en exergue par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.), dans le bilan<sup>15</sup> réalisé en Septembre 2000 préalablement à l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) de Santé Mentale publié en avril 2001.

#### **1.1.4 Les orientations régionales s'imposant aux établissements de santé mentale**

Au-delà de l'approche épidémiologique générale et des caractéristiques de l'offre en soins, l'A.R.H. Bretagne a souligné, dans ce bilan, les problématiques d'adaptation des réponses à l'évolution des besoins dont :

- les interrogations concernant les missions des secteurs et de l'inter-sectorialité,
- les difficultés ressenties par l'entourage des patients concernant la gestion de la crise et de l'urgence psychiatrique,
- le défaut d'articulation des dispositifs de prise en charge.

Il en est résulté dans le S.R.O.S. publié en avril 2001, une orientation majeure visant à garantir au patient la cohérence et la continuité des soins, par la promotion de la coopération.

---

<sup>15</sup> ARH Bretagne *Santé mentale en Bretagne. Bilan et orientations stratégiques 2001-2005*, Septembre 2000, p.16.

En application de cette orientation stratégique, diverses actions étaient préconisées pour favoriser l'accessibilité aux soins. Il en est ainsi du principe de renforcement du rôle des C.M.P., du développement souhaité de la présence psychiatrique dans les services d'urgences, de la volonté d'adaptation des conditions d'hospitalisation complète et de la promotion des réseaux en santé mentale comme supports des articulations et complémentarités nécessaires entre les différents acteurs.

Face à ces préconisations, le bilan pour ce qui concerne les acteurs du secteur sanitaire n°5 est contrasté. Si la présence psychiatrique aux urgences générales s'est bien développée, elle reste à conforter avec l'implantation à venir de 15 lits de courte durée au S.A.U. de Rennes. L'adaptation des conditions d'hospitalisation au C.H.G.R. est une œuvre de longue haleine qui est bien engagée sur le plan des locaux mais qui mérite d'être poursuivie comme le démontre le § 1-3-4 ci-après. Sur le plan organisationnel, les conditions d'hospitalisation constituent un axe d'amélioration dont le C.H.G.R. a conscience si l'on en juge par les thèmes de travail prioritaires inscrits dans son futur projet d'établissement<sup>16</sup>. Le projet d'une unité d'accueil centralisée en est l'élément phare. Les modalités de fonctionnement des C.M.P. ont peu évolué malgré quelques réalisations qui ont concerné essentiellement le secteur de l'enfance. Enfin, la promotion des réseaux en santé mentale est restée lettre morte à l'exception de quelques réseaux spécialisés comme en addictologie. Aucune action de coopération formalisée avec la médecine de ville n'a émergé. La démarche de coopération s'est développée autour de l'activité de liaison au sein des établissements de santé et par du partenariat conventionnel avec des maisons de retraite et quelques structures médico-sociales

## **1.2 Organisation et activité du C.H.G.R.**

### **1.2.1 L'attachement à l'organisation sectorielle**

L'organisation du C.H.G.R. repose, pour l'essentiel, sur le découpage sectoriel en application de la politique de secteur développée dans les années 80. En vertu de cette politique, la prise en charge des malades mentaux résidant dans le cadre d'une aire géographique donnée est assurée par une même équipe pluridisciplinaire médicale et sociale, à tous les stades de la maladie, à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, grâce à des moyens logistiques d'intervention spécifiques, dans le respect du principe de la continuité des soins.

---

<sup>16</sup> Thèmes retenus : *organisation sectorielle, accueil et urgences, qualité des soins, personnes âgées et réseau gériatrique, patients psychotiques déficitaires et poly-handicapés, pédopsychiatrie et adolescents, conduites addictives, système d'information médicale – enseignement – recherche.*

La communauté médicale du C.H.G.R. reste très attachée à la politique de secteur qui constitue une des valeurs fondatrices du projet d'établissement en cours de révision. Quelques extraits du projet d'établissement 1999-2003 en témoignent « *le secteur reste le déterminant du dispositif....le dispositif sectoriel des soins garantit à chacun de pouvoir être accueilli, écouté, soigné par une équipe compétente et bénéficier de soins adaptés quel que soit son domicile* ».

Toutefois, des réponses intersectorielles ont vu le jour au fil du temps pour offrir des prestations particulières qu'il n'était ni utile, ni possible de développer au sein de chaque secteur. Ainsi, ont été créés sous une forme intersectorielle :

- une unité d'alcoologie,
- une unité d'ergothérapie,
- une unité d'accueil et de soins des adolescents et jeunes adultes,
- une fédération d'hospitalisation infanto – juvénile,
- un hôpital de jour pour déments séniles,
- une équipe mobile précarité,
- une cellule d'urgence médico - psychologique (C.U.M.P.) en cas de catastrophe,
- l'activité de garde au service accueil des urgences (S.A.U.) du C.H.U. de Rennes.

La couverture des urgences psychiatriques au CHU de Rennes, au terme, du projet d'établissement adopté en 1993 doit se traduire par l'implantation d'une unité intersectorielle de 15 lits d'observation et d'évaluation permettant des prises en charge d'une durée moyenne de 48h. Le projet n'a pas été réalisé à ce jour, il devrait se concrétiser, en 2008, à l'occasion de la restructuration du S.A.U.. Au-delà de la présence au S.A.U., le C.H.G.R. apporte son concours dans trois unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences (U.P.A.T.O.U.) du secteur sanitaire par interventions des équipes psychiatriques de secteur concernées.

Si le choix de l'organisation sectorielle reste le principe de base en psychiatrie publique, il se heurte à deux tendances fortes du moment que sont la spécialisation pour une meilleure qualité des prises en charge et la mutualisation des moyens dans un contexte de pénurie. Le C.H.G.R. échappe, pour l'instant, aux difficultés de recrutement de personnels et à la contrainte de la mutualisation. En revanche, la logique du secteur polyvalent et omniscient se fissure ici comme ailleurs. Cette prise de conscience se manifeste dans des domaines comme l'accueil, la géronto - psychiatrie, la prise en charge des patients au long cours. Ces sujets constituent autant d'axes de développement intersectoriel qui seront inscrits dans le futur projet d'établissement.

## 1.2.2 Une évolution de l'activité contrastée selon les services

L'activité de psychiatrie générale du C.H.G.R., telle qu'elle ressort des différents indicateurs des rapports de gestion, apparaît très soutenue. Elle suit en cela les grandes tendances nationales mais dans un contexte démographique, en Ille-et-Vilaine, qui tend à accentuer le phénomène.

La file active de l'établissement correspond à l'ensemble des patients vus au cours de l'année par au moins un des membres de l'équipe de secteur. Cette file active comptait 14 208 patients en psychiatrie générale en 2003 contre 11 732 en 1999 soit une augmentation de 21 %. On observe une stagnation de cette file active depuis 2001 qui pourrait s'expliquer, avec beaucoup de prudence dans l'interprétation, par la saturation des moyens en place. Au niveau national, selon les données de la D.R.E.E.S.<sup>17</sup>, la moitié des secteurs ont une file active comprise entre 1000 et 1 630 patients en 2000. Le C.H.G.R. se situait, à cette date, dans la fourchette haute avec 1 625 patients par secteur. Il atteint aujourd'hui 1 776 patients par secteur.

Le taux de recours aux secteurs de psychiatrie générale (nombre de patients suivis dans l'année rapporté à la population totale) se situe dans la moyenne nationale. Il était de 18.5 pour 1000 habitants en 2000 pour un taux de 19.5 France entière.

Le nombre d'entrées directes en hospitalisation complète est passé de 4 888 en 1999 à 5 603 en 2003 soit une augmentation de 14.6 %. Comme pour la file active, on observe un tassement récent de l'évolution avec une quasi-équivalence des données entre 2002 et 2003.

A l'inverse, le nombre de journées réalisées est en phase descendante, il était de 249 997 en 1999 contre 228 092 en 2003 soit une diminution de 8.7 %.

Cette double évolution est en corrélation avec la diminution du nombre de lits d'hospitalisation complète qui était de 857 en 1999 pour 741 en 2003 soit moins 13.5 %. De ce fait et malgré la baisse du nombre de journées, il en résulte une densification de l'activité qui se traduit par un taux d'occupation plus élevé (79.92 % en 1999 pour 84.11 % en 2003) et des durées moyennes de séjour plus courtes (31.73 jours en 1999 pour 25.85 jours en 2003).

---

<sup>17</sup> Voir note n° 7.

La part des primo-arrivants dans la population hospitalisée est notable : 34 % des entrées en 2003. Il s'agit là encore d'un indicateur en augmentation régulière depuis 1999, date à laquelle les premières hospitalisations représentaient 26 % des entrées.

Enfin, les admissions se caractérisent par une proportion de plus en plus forte d'hospitalisations sous contrainte (hospitalisations d'office et hospitalisations à la demande d'un tiers). En 1999, 17 % des entrées étaient prononcées sous contrainte alors qu'en 2003, c'est 22 % des admissions qui est prononcé ainsi. De 833 à 1213 leur nombre a crû globalement de 45 % en cinq ans.

La conjonction de ces éléments a pesé sur l'organisation de la prise en charge. En effet, des patients non connus des services, très souvent hospitalisés contre leur gré avec un taux de rotation plus fort, cela entraîne un alourdissement global des prises en charge notamment dans la phase d'accueil et d'observation.

La dégradation des conditions d'accueil est amplifiée par le phénomène de « sur-occupation » de certains services dont la capacité d'hospitalisation ne permet pas, à certains moments d'accueillir toutes les personnes relevant de leur secteur. Pour mesurer ce phénomène, le bureau des entrées de l'hôpital a entrepris à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2003 de dénombrer toutes les entrées admises hors de leur service de rattachement. Au total sur l'année, c'est 10 % des admissions qui ont été ainsi réalisées hors secteur. A l'issue du 1<sup>er</sup> semestre 2004, on atteint déjà le niveau 2003, on peut donc craindre un doublement du phénomène en 2004. Ce phénomène percute la logique sectorielle et la liaison naturelle entre les équipes d'intra et d'extra-hospitalier. Il en résulte une dérégulation massive dans la gestion des lits, les services se voyant imposer des patients qu'ils ne connaissent pas et dont ils n'assureront pas la continuité de la prise en charge. Ceci génère des tensions entre services car la question de la responsabilité médicale envers ces patients n'est pas clairement tranchée en dépit d'une vaine délibération de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.)<sup>18</sup> sur ce point. De ce fait, les mutations entre services au cours d'un même séjour sont démultipliées ce qui s'avère préjudiciable à la continuité de la prise en charge.

---

<sup>18</sup> Délibération de la CME en date du 28 octobre 2003.

### **1.2.3 Le profil des patients**

Sur le plan clinique, une enquête transversale « à un jour donné » a été réalisée, en 2003, par l'échelon local du service médical de l'assurance maladie<sup>19</sup>. Elle indique qu'au sein des pavillons d'admission, les psychoses sont les pathologies les plus retrouvées avec 35 % des malades. Elles sont plus fréquentes chez les patients les plus jeunes. Les troubles de l'humeur touchent 21 % des entrants, les addictions 17 %, les démences 7 %.

Toujours en pavillons d'admission, cette enquête révèle une prédominance masculine (61 %). L'âge moyen est de 44.5 ans. Les malades viennent de leur domicile ou des urgences pour 80 % d'entre eux. Les  $\frac{3}{4}$  des malades sont en hospitalisation libre, 88 % sans nécessité de protection légale. Si l'autonomie physique est totale chez les  $\frac{3}{4}$  des malades, l'autonomie psychique est altérée pour  $\frac{2}{3}$  d'entre eux au jour de l'étude. Enfin,  $\frac{1}{3}$  des malades est en situation d'isolement social.

L'isolement social peut-être appréhendé également à partir de codes statistiques renseignés au bureau des entrées. Il en ressort que pour les patients entrés en 2003 : 7.6 % vivaient en collectivité, 15 % vivaient en couple, 24.6 % vivaient en famille et 27 % vivaient seuls, le solde correspondait à 25 % de données non renseignées. Ces informations confortent l'idée d'un tiers de patients isolés socialement.

En ce qui concerne l'appréhension de la grande précarité, on dénombre au bureau des entrées, de juin 2003 à juin 2004, 110 patients sans domicile fixe qui ont généré 145 passages du fait de ré-hospitalisations sur la période. Ceci représente 2 à 3 % des admissions. La moitié environ de ces personnes s'est présentée spontanément à la porte de l'hôpital sans certificat de médecin traitant. Autre indicateur de précarité : les venues en provenance de foyer à caractère social. Sous ce code statistique, ont été dénombrés de juin 2003 à juin 2004, 33 patients pour un total de 40 venues soit moins de 1 % des admissions. Ces données vont à l'encontre du discours couramment admis par lequel, l'établissement de santé mentale aurait une fonction « d'hôtel social ».

## **1.3 Caractéristiques de l'accueil au C.H.G.R.**

### **1.3.1 Le C.H.G.R. est parfois l'instance de premier recours pour les personnes en besoin de soins**

---

<sup>19</sup> *Evaluation comparative des services de psychiatrie C.H.S.P. Guillaume Régnier-Rennes* réalisée par l'échelon local du service médical d'assurance maladie au cours de l'année 2003, communiquée en février 2004 à l'établissement.

L'établissement de santé mentale constitue un recours spontané pour 14 % des entrants qui s'y présentent sans certificat médical<sup>20</sup>. Il s'agit souvent de patients à antécédents psychiatriques ayant repéré le C.H.G.R. comme un refuge lorsqu'ils se sentent mal.

L'hôpital a tenté, par le passé, de limiter ces venues spontanées en demandant aux personnes de consulter préalablement un médecin traitant. Il en a résulté la production de certificats médicaux que l'on peut qualifier de « passe-droit » ou « sésame ».

Sur l'ensemble des entrées, 30 % environ des certificats médicaux sont considérés par les psychiatres comme peu explicites quant au bien-fondé de l'orientation. D'ailleurs, la rédaction usuelle : « je vous adresse pour avis » ne laisse aucun doute sur le caractère de la démarche qui s'apparente à une demande de consultation déguisée.

A l'instar des services d'urgences de l'hôpital général, on peut donc supposer que l'hôpital psychiatrique devient un lieu naturel de consultation tout au moins pour le public de sa file active.

L'implantation du C.H.G.R., à proximité du centre ville, favorise certainement ces venues spontanées. On peut penser que les institutions hospitalières excentrées ne connaissent pas le même phénomène. Interrogés sur ce point, deux établissements psychiatriques de la région Bretagne ont confirmé la rareté de ces situations sur leur site.

Afin de mesurer ces dysfonctionnements et d'évaluer l'intérêt d'un « service-porte » assurant un filtre en amont des pavillons d'admission, le C.H.G.R. a réalisé une enquête en février et mars 2004 auprès des médecins de l'hôpital. Il s'agissait d'apprécier la situation des personnes à leur arrivée. Le questionnaire structuré autour de 12 items<sup>21</sup> a été exploité par le Département de l'information médicale (D.I.M.). Les 449 fiches analysées représentent 43 % des entrées de la période. Elles ont surtout été renseignées par les internes qui assurent l'essentiel des examens d'admissions, en particulier en fin de soirée et la nuit. Cette étude sera donc citée par la suite sous l'intitulé « enquête internat ».

### **1.3.2 Une fraction d'hospitalisations non justifiées**

L'enseignement majeur de l'enquête est d'indiquer que 19.38 % des admissions au C.H.G.R. n'apparaissent pas justifiées, un taux de l'ordre de 2 % relevait d'emblée d'une prise en charge à l'hôpital général compte tenu des troubles somatiques. Sur cette

---

<sup>20</sup> Source : bureau des entrées.

<sup>21</sup> Voir annexe 6.

population, seul 1/3 s'est présenté avec un certificat médical d'adressage explicite c'est-à-dire comportant une symptomatologie bien décrite. Si le questionnaire ne laissait pas place pour décrire en quoi ces hospitalisations étaient injustifiées, des échanges informels avec des internes ont permis de repérer quelques exemples illustratifs : patients souhaitant seulement exprimé un malaise c'est-à-dire être entendus dans le cadre d'une consultation, personnes alcoolisées nécessitant un temps de dégrisement ....

Pour mesurer le phénomène par une autre voie, il était intéressant de recenser les passages de très courte durée. Le système d'information de l'hôpital ne permet pas d'évaluer la durée de prise en charge en heure. En revanche, par différence entre date d'entrée et date de sortie, on dénombre sur la totalité de l'année 2003 :

- 76 entrées qui se sont soldées par une sortie le jour même,
- 368 entrées par une sortie le lendemain,
- 317 entrées par une sortie le surlendemain.

L'ensemble représente 760 passages de très courte durée soit 13 % des admissions. Il serait abusif de considérer que toutes étaient injustifiées, une des spécificités de la psychiatrie résidant dans le problème de l'adhésion aux soins. Dans ces cas de figure, les sorties sont parfois prématurées. Néanmoins, ces données objectivent l'intérêt d'un véritable outil d'évaluation à l'entrée.

Dans l'enquête « internat », l'intérêt d'une structure d'évaluation est pointé dans la moitié des admissions, bien au-delà donc des entrées pour lesquelles l'hospitalisation est jugée injustifiée. Par structure d'évaluation sont sous-tendues une approche collégiale et surtout la « seniorisation » de l'accueil. En l'état actuel, une des faiblesses du dispositif d'accueil au C.H.G.R. est l'intervention en première ligne des internes. Ceux-ci, par leur statut, sont plus en situation d'entériner l'hospitalisation que de prononcer le refus d'admission. Si le recours au praticien hospitalier d'astreinte est possible, il reste limité. On indemnise, en moyenne par mois, 10 déplacements de praticien hospitalier (P.H.) d'astreinte au C.H.G.R. Le recours au P.H. d'astreinte est donc assez rare même si au-delà des déplacements, des contacts téléphoniques ont également lieu sans qu'il ait été possible de les quantifier. Quoiqu'il en soit et de l'avis général, l'interne préfère temporiser jusqu'au passage du P.H. du service le lendemain plutôt que de prononcer une sortie de sa propre initiative. Cette situation est à mettre en rapport également avec le circuit des entrants, le patient pouvant être déjà installé dans une chambre au stade de l'examen par l'interne.

### **1.3.3 Le circuit du patient**

A son arrivée à l'hôpital, le patient est reçu par un agent du bureau des entrées ou au-delà de 17h45 par l'agent d'accueil. Les formalités administratives d'admission sont d'emblée réalisées et le patient est alors orienté vers un pavillon d'admission du secteur dont il relève compte tenu de son origine géographique. Les patients S.D.F. sont répartis arbitrairement entre les secteurs sur le critère du mois de naissance. Le bureau des entrées veille à la régularité des certificats d'hospitalisation sous contrainte et, le cas échéant, fait part de ses observations au service d'admission. Le bureau des entrées annonce par téléphone au service l'arrivée d'un patient et s'informe du lieu vers lequel il faut l'orienter, chaque service disposant de 3 à 4 pavillons dits d'admission.

Le plus souvent, le patient s'achemine vers ce pavillon au moyen de l'ambulance qui l'a transporté ou accompagné par sa famille ou encore seul. Il est rare que les équipes soignantes viennent au devant de la personne sauf troubles majeurs. Quoiqu'il en soit de l'état du patient, de son degré d'agitation, de la présence ou non de certificat médical, de son besoin réel ou supposé de prise en charge, le circuit démarre presque toujours par cet accueil administratif. Quelques entrées directes en pavillon sont recensées mais elles sont suffisamment rares pour être soulignées, de l'ordre de 7 % des entrées<sup>22</sup>. Cette voie d'accès directe n'est d'ailleurs pas plus légitime si elle ne correspond pas à une prise en charge attendue.

Selon l'enquête « internat », 24 % des patients admis étaient « attendus » dans le service ce qui signifie, en clair, que leur hospitalisation a été programmée avec un interlocuteur extérieur ou avec le patient lui-même. Cette notion de programmation a des contours extrêmement flous en psychiatrie. Elle recouvre des situations très disparates. Il s'agit tant du contact téléphonique d'un médecin qui convient avec un psychiatre d'une admission dans l'heure que de la programmation régulière de séances de sismothérapie ou encore du transfert d'une personne âgée à partir de sa maison de retraite. Par nature, à la différence des activités de M.C.O., il est aisé de comprendre que les hospitalisations en psychiatrie se prêtent assez mal à la notion de programmation. Pour autant, ce n'est pas une raison suffisante pour renoncer à toutes formes d'organisation et ne pas anticiper au mieux l'accueil.

A ce propos, les cadres supérieurs ont été interrogés sur l'existence ou non de protocoles<sup>23</sup> relatifs à l'accueil dans leur service. Trois des huit services ont communiqué, en retour, un document de ce type. Du simple mode opératoire à l'énoncé de principes, ces protocoles témoignent d'une sensibilisation à ce temps fort de l'accueil. La démarche mériterait toutefois d'être généralisée au sein de l'établissement. Notons qu'un des indicateurs de suivi du S.R.O.S. en santé mentale était précisément le nombre de sites

---

<sup>22</sup> Voir répartition en fonction des provenances en tableau annexe 7.

<sup>23</sup> Voir annexe 8.

disposant de protocole d'accueil psychiatrique. Si cet indicateur concernait spécifiquement les urgences en hôpital général, il serait tout aussi pertinent voire davantage de l'appliquer à l'hôpital spécialisé.

A l'issue de son passage au bureau des entrées, la personne se retrouve au sein d'un pavillon dit d'admission. Selon la configuration des locaux, l'heure d'arrivée, la disponibilité du personnel infirmier, son intégration dans l'univers hospitalier est très variable. Dans tous les cas, elle se retrouve de fait dans un lieu d'hospitalisation et non de consultation. Son sort est en quelque sorte scellé avant même l'entretien avec l'interne ou le médecin qui succédera au premier entretien conduit par un infirmier.

#### **1.3.4 Une situation hôtelière très inégale selon les services**

Sur le plan hôtelier, la situation est assez contrastée au sein du C.H.G.R. Dans une enceinte de 23 ha cohabitent des bâtiments de générations très différentes, les plus anciens n'étant pas toujours les plus inadaptés. Chaque service a distingué dans son organisation des pavillons d'admission (18 au total sur l'hôpital) et des pavillons de patients au long cours (14 au total).

A la lecture des rapports annuels de secteur adulte, il apparaît que sur 485 chambres, 334 sont dotées d'un seul lit soit 68 % d'entre elles, 106 comportent deux lits soit 22 % et 45 comptent plus de trois lits soit 9 %. Rapporté au potentiel global de lits, la moitié des patients accueillis est donc en situation de devoir cohabiter ce qui, en psychiatrie, n'est pas toujours simple du fait des troubles du comportement. A noter que les chambres à trois lits sont essentiellement concentrées dans deux services.

Un autre critère de confort hôtelier est l'équipement des chambres en sanitaires. Selon la même source, 129 chambres seulement sont équipées de douches ou baignoire soit 26 % d'entre elles et 185 chambres soit 38 % sont équipées de toilette.

Le médecin conseil de l'assurance maladie qui a réalisé l'enquête transversale en 2003, a également décrit l'aspect hôtelier. Sa grille de lecture le conduit à qualifier de « bien » 39 % des pavillons d'entrants, « bien à moyen » 6 % de ces pavillons, « moyen » 50 % et « vétuste » 6 %.

#### **1.3.5 Le mélange des pathologies**

Outre l'aspect hôtelier, l'intérêt de cette étude est de pouvoir cerner la question du mélange des populations. Dans les pavillons d'admission, les patients sont accueillis en fonction de leur domicile, aucun pavillon n'est spécialisé. La durée moyenne de présence est de 230 jours, au jour de l'étude : 18 % sont présents depuis plus de 6 mois, 12 %

depuis plus d'un an, 2.5 % depuis plus de cinq ans et 6 malades depuis plus de dix ans. Ces situations expliquent un fort taux d'inadéquation approchant les 30 % des patients présents qui relèveraient plutôt de structures médico-sociales diverses. Les patients présents depuis plus d'un an présentent le plus souvent un diagnostic de psychose avec troubles du comportement et perte d'autonomie importante tant physique que psychique. Seul un service n'accueille pas dans ses pavillons d'admission de patients présents depuis plus d'un an.

### **1.3.6 L'appréciation sur les conditions d'accueil**

#### **A) Le point de vue des patients**

Comme on peut le constater les conditions d'accueil tant sur le plan hôtelier que sur le plan populationnel restent très perfectibles. Notons que 20 % des patients se déclarent mécontents par rapport à la qualité de la chambre d'après les 241 questionnaires de sortie renseignés en 2003. C'est le critère qui donne le moins de satisfaction. L'accroissement du mécontentement au fil des ans sur cet item est très sensible. A l'inverse, l'item « accueil » au sens relationnel du terme est bien côté avec 48 % de très satisfaits et 43 % de satisfaits.

Dans le cadre de la préparation du projet d'établissement, la cellule qualité a lancé en novembre et décembre 2003 une enquête d'image qui a été réalisée par des stagiaires infirmiers. Si la valeur statistique de l'enquête est faible, une trentaine de patients seulement ayant été interrogés, elle confirme toutefois que les patients sont globalement satisfaits de l'accueil tant au bureau des entrées que dans les services malgré un manque d'informations reçues et des remarques constantes autour du mélange des pathologies.

#### **B) Le point de vue institutionnel**

Le mécontentement exprimé par le personnel quant aux conditions d'accueil, bien que non mesuré, n'en est pas moins réel et s'exprime dans les instances et au travers des tracts syndicaux. La densification de l'activité, les hospitalisations hors secteurs, l'accroissement des hospitalisations sous contrainte, les arrivées inopinées des patients, le phénomène de la violence compliquent la tâche pour les soignants. A leurs yeux, le temps de l'accueil doit être un temps privilégié qui ne supporte pas d'être réalisé « sous pression ». Pour autant, c'est un moment clef de la prise en charge dans lequel réside une grande part de l'intérêt professionnel. C'est pourquoi les avis divergent quant à l'opportunité de centraliser cette fonction au sein d'un « service porte ».

La question de l'amélioration de l'accueil relève donc de niveaux de préoccupation différents selon qu'elle intéresse le patient ou l'institution, la notion d'accueil n'ayant pas le même sens pour l'un et pour l'autre. Les patients sont sensibles aux qualités humaines et au sens de la relation ; au-delà de cet aspect, l'institution envisage aussi l'accueil sous l'angle du triptyque : accueil-diagnostic-orientation à savoir quelle réponse apporter à quel besoin.

Au terme de ce rapide panorama, le C.H.G.R. ressort comme un acteur important dans le dispositif de santé mentale du secteur sanitaire n° 5 voire du département d'Ille-et-Vilaine. Son champ d'intervention s'est constamment diversifié conformément aux volontés nationales et régionales qui ont impulsé une politique de restructuration massive des établissements spécialisés en psychiatrie depuis quelques années. Mais le C.H.G.R., tout en diversifiant son activité, a préservé des capacités d'hospitalisation complète non négligeables même s'il ne s'agit pas uniquement de lits « actifs » : en moyenne 90 lits par service contre une moyenne nationale de 50 lits environ par service. La contrepartie de cette configuration est une grande autonomie des services les uns par rapport aux autres, chacun ayant trouvé les ressources nécessaires pour organiser seul un accueil et une prise en charge polyvalente en intra-hospitalier ainsi qu'une palette diversifiée de réponses extra-hospitalières. Cette logique autonomiste trouve ses limites aujourd'hui face à l'accroissement des demandes en soins et face aux exigences de qualité formulée par l'utilisateur. Aussi, l'hôpital doit-il transformer son avantage relatif en atout réel, viser non pas la similarité entre secteurs mais offrir plus de variété et des réponses graduées. Enfin, si le secteur psychiatrique constitue en soi une forme de réseau du fait de sa pluridisciplinarité, il est souvent « un réseau fermé »<sup>24</sup>. C'est pourquoi les ponts doivent être jetés aujourd'hui entre l'hôpital psychiatrique et les partenaires extérieurs. C'est à cette condition que l'on peut espérer limiter le recours à l'hospitalisation et améliorer l'adressage c'est-à-dire organiser au mieux l'admission à l'hôpital lorsqu'elle est nécessaire. Comme le souligne l'AR.H.<sup>25</sup> : « Engager une réflexion sur les conditions d'accueil, c'est repenser l'offre de soins en amont et en aval de l'urgence ou de la crise ... développer les coopérations sanitaires en est le corollaire obligé ... ».

Dans cette perspective, il convient d'analyser le positionnement des dispositifs extérieurs à l'hôpital. L'état des lieux qui suit a pour ambition de contribuer au repérage des acteurs, d'appréhender leur niveau d'intervention et de cerner leurs attentes. S'interroger sur le rôle actuel et souhaitable des différents acteurs face à la demande de soins est un

---

<sup>24</sup> Cit. Dr E. PIEL et J.L. Roelandt *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission, juillet 2001, p7.

<sup>25</sup> ARH Bilan du SROS en Santé Mentale 2001/2005, synthèse relative à la mise en œuvre des priorités régionales, validée par le comité régional de santé mentale, juin 2004.

préalable indispensable pour que toutes les articulations entre l'intra et l'extra - hospitalier soient envisagées et pour que les échanges entre les intervenants se développent.

## **2 ACCUEILLIR C'EST « ALLER AU DEVANT DE » : ÉTAT DES LIEUX DES DISPOSITIFS EN AMONT DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE**

Le circuit du patient étant le plus souvent initié à l'extérieur de l'hôpital, l'analyse des interventions en amont de l'institution s'avère indispensable. De la prévention de l'hospitalisation à l'organisation de celle-ci, c'est toute une chaîne d'intervenants qui doivent se coordonner. Les maillons essentiels en sont la médecine libérale, les intervenants sociaux et le C.H.G.R. lui-même à travers son action extra-hospitalière. En effet, au regard de la question qui nous intéresse, le C.M.P. est appréhendé comme un acteur externe car malgré son rattachement à l'institution psychiatrique, l'un de ses fondements est précisément d'éviter le recours à l'hospitalisation. Il sera donc intéressant d'apprécier s'il assume effectivement cette mission. De même, la présence psychiatrique au sein des urgences de l'hôpital général s'apparente à une activité extra-hospitalière du C.H.G.R. Notons d'emblée que le flux de patients en provenance du C.H.U. représente la principale voie d'accès à l'hôpital psychiatrique.

L'état des lieux de ces dispositifs doit permettre de comprendre comment s'organisent les flux de patients, qui sont les acteurs de première et de deuxième ligne, comment et dans quelles conditions sont prises les décisions d'hospitalisation en psychiatrie. Certaines des sources d'informations exploitées permettent également d'apprécier le niveau de partenariat entre la psychiatrie publique et les autres acteurs.

### **2.1 Le positionnement de la médecine libérale**

Le positionnement de la médecine libérale en santé mentale est essentiel. En effet, la majorité des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale a pour interlocuteur le système de santé de première ligne ou ne consulte pas. Les études montrent qu'un quart des patients<sup>26</sup> qui consultent en médecine générale présentent des troubles mentaux (dépression, anxiété). C'est dire l'intérêt d'articuler l'intervention de la médecine libérale avec la psychiatrie publique.

---

<sup>26</sup> Ministère de la Santé. *PLAN SANTÉ MENTALE, l'usager au centre d'un dispositif à rénover*, 2001.

Les relations entre les médecins traitants et le secteur psychiatrique de référence ne sont pas uniformes.

Une première distinction s'impose entre les acteurs du monde rural et ceux du monde urbain même si, dans un département comme l'Ille-et-Vilaine, les différences socio-culturelles entre ces deux mondes tendent à s'estomper et, qu'entre la ville de Rennes et la campagne existe un tissu rurbain étendu et densément peuplé. Néanmoins, aux dires des psychiatres de l'hôpital, le réseau relationnel avec la médecine rurale est plus consistant, sans doute du fait de la stabilité des personnes dans les zones géographiques dites rurales mais aussi de l'absence d'alternative : seule la psychiatrie publique y est représentée.

Une deuxième distinction est à opérer également entre les psychiatres libéraux et les médecins généralistes. Si ces derniers ont besoin de référents (publics ou privés) pour bénéficier d'avis spécialisés, les psychiatres libéraux peuvent s'autoriser quant à eux un exercice plus indépendant par rapport à leurs confrères du public.

On peut dire que la psychiatrie de ville et la psychiatrie publique sont deux mondes qui s'ignorent. Indépendamment de relations interpersonnelles toujours possibles, il n'existe aucune relation formalisée entre ces deux ensembles. La ville de Rennes a pourtant l'avantage de compter un nombre non négligeable de psychiatres libéraux : 62 psychiatres pour adultes installés<sup>27</sup> en ville de Rennes auxquels s'ajoutent 6 neuropsychiatres et 14 pédopsychiatres. Ils sont 90 psychiatres libéraux au total sur le département soit un ratio de 10,1 pour 100 000 habitants, ratio proche de la moyenne nationale de 11,8. Sachant que cette moyenne nationale est déformée par la sur-représentation numérique des libéraux installés à Paris, on peut donc considérer que la situation en Ille-et-Vilaine est plutôt favorable.

Cependant, le nombre ne suffit pas pour que s'instaurent des collaborations en l'absence de volonté forte. C'est pourquoi, en dépit des recommandations formulées dans le S.R.O.S. de santé mentale, le bilan de la coopération public-privé est plutôt négatif. Aucun des acteurs qu'ils soient publics ou privés n'a été promoteur des actions de coopération prévues dans ce schéma régional.

### **2.1.1 La collaboration public-privé à travers le prisme du S.R.O.S.**

Dans le domaine de l'accueil et des urgences, le schéma avait prévu l'expérimentation au niveau du secteur sanitaire n°5 de dispositifs conjoints public et privé de consultations dans des délais rapprochés. Il s'agissait de mutualiser et de gérer par un secrétariat

---

<sup>27</sup> Source ADELI : répertoire permanent des professions de santé, extraction DRASS, juillet 2004.

commun des plages disponibles susceptibles de donner lieu à des consultations proposées sans délai par les psychiatres hospitaliers et les psychiatres libéraux, en C.M.P. ou dans les cabinets privés, pour permettre au médecin généraliste de disposer de l'expertise nécessaire à la prise en charge de certains patients.

Autre recommandation du S.R.O.S., celle d'un dispositif de prise en charge pré-hospitalière de l'urgence sous forme d'équipe intersectorielle mobile d'intervention et de crise. Un tel dispositif inspiré du modèle E.R.I.C.<sup>28</sup> mis en place dans le sud des Yvelines devait être défini en lien avec la médecine libérale pour des zones à forte concentration urbaine. Sur la région Bretagne, la ville de Rennes était donc à priori pressentie pour l'expérience. La représentante de l'association U.N.A.F.A.M. 35<sup>29</sup> auprès du C.H.G.R. a plaidé un temps pour ce principe de l'intervention à domicile. Elle s'est exprimée, en ce sens, au sein du groupe thématique « accueil et urgences » préparant le projet d'établissement du C.H.G.R.. Si on peut imaginer le peu d'enthousiasme des psychiatres libéraux vis-à-vis de la formule, la réponse des médecins hospitaliers ne comporte pas plus d'ambiguïté. Cela leur paraît impossible pour des raisons d'ordre éthiques et médico-légales. D'une part, il s'agirait selon eux d'une forme d'intrusion incompatible avec l'adhésion aux soins et d'autre part, se pose le problème de l'accès au logement d'une personne non consentante. Outre ces deux aspects du problème, les représentantes de l'A.R.H. considèrent qu'une équipe mobile est une formule trop coûteuse dans un contexte de raréfaction des moyens.

Pour le traitement de la crise et de l'urgence, le S.R.O.S. préconisait la coopération avec les psychiatres libéraux sous plusieurs formes : réservation quotidienne de lits par convention avec la S.A.U., participation des psychiatres à l'activité des urgences comme dans les disciplines somatiques.

En définitive, l'A.R.H. dans le bilan<sup>30</sup> du S.R.O.S. dressé en juin 2004 constate la mise en échec de ces diverses recommandations. Elle souligne même des difficultés de coopération avec des établissements privés.

Au-delà des orientations formulées par les autorités sanitaires, il est intéressant d'appréhender la perception du monde libéral à l'égard de la psychiatrie publique afin de mesurer sur quelles bases pourraient s'engager les coopérations.

---

<sup>28</sup> Voir annexe 10.

<sup>29</sup> UNAFAM Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques. Voir annexe 11.

<sup>30</sup> Voir note n° 25.

Faute de disponibilités, il ne m'a pas été possible de rencontrer des interlocuteurs acceptant de livrer leur point de vue. Deux acteurs étaient particulièrement ciblés, il s'agissait de la responsable de l'association S.O.S. médecin et du responsable de la maison médicale de garde rennais : le C.A.R.L., organisme géré par l'Union Régionale des Médecins Libéraux U.R.M.L.. La nature même de leur activité les expose sans doute plus que d'autres à prendre en charge des patients en souffrance psychique et ce dans des contextes de crise. A défaut d'entretien, le responsable de l'U.R.M.L. a conseillé utilement de prendre connaissance d'une enquête réalisée auprès d'un panel de 120 généralistes de la région Bretagne dont 31 médecins du département d'Ille-et-Vilaine<sup>31</sup>. L'enquête décrit la problématique de la prise en charge de la santé mentale par la médecine générale. De caractère régional, ses conclusions sont néanmoins significatives pour le département d'Ille-et-Vilaine. Au total, 100 médecins ont renseigné l'enquête, la moitié exerçant en zone à prédominance rurale.

Par ailleurs, l'enquête image conduite par le C.H.G.R., à l'automne 2003, évoquée ci-avant, nous donne aussi des indications sur la perception qu'ont les médecins généralistes de l'hôpital.

Enfin, la pratique de S.O.S. médecin a pu être explorée à l'aide d'une thèse de médecine portant sur le thème de l'urgence psychiatrique vécue par le médecin de ville<sup>32</sup>, le terrain d'observation en était la ville de Rennes.

### **2.1.2 La prise en charge de la santé mentale en médecine générale : le point de vue des acteurs sur le partenariat et l'adressage :**

A) à travers l'enquête U.R.M.L.

L'enquête de l'U.R.M.L. est organisée en quatre sous parties dont une essentielle pour notre réflexion puisqu'elle porte sur le partenariat professionnel.

Il en ressort que les partenaires habituels du médecin généraliste sont avant tout des psychiatres libéraux (67 %). Près de deux fois moins de répondants (35 %) ont recours systématique ou fréquent au psychiatre de secteur. Les recours aux assistantes sociales, infirmiers spécialisés du secteur sont exceptionnels, l'enquête en conclut que « ceux-ci ne font manifestement pas partie du système d'action du médecin ».

Une dépendance significative est repérée entre le lieu d'installation et le recours au spécialiste : 78 % des médecins installés en zone urbaine ont presque toujours recours

---

<sup>31</sup> URML de Bretagne, *Baromètre des pratiques en médecine libérale, Prise en charge de problèmes de santé mentale en médecine générale*, juin 2004.

<sup>32</sup> C.RICHARD, *L'urgence psychiatrique vécue par le médecin de ville, à propos de 118 cas*, thèse soutenue le 20 décembre 2002, faculté de médecine de Nantes.

au psychiatre libéral contre 57 % des médecins installés en zone rurale. En miroir, 48 % des médecins installés en zone rurale ont presque toujours recours au psychiatre du secteur contre 19 % pour les médecins de ville. La couverture totale du territoire par le secteur public et la concentration des psychiatres libéraux sur les zones urbaines expliquent ces différences de pratique.

Selon l'enquête, la coopération entre psychiatres et généralistes est fortement souhaitée par ces derniers. Les critères déterminants sont un accès rapide pour le médecin à son correspondant : accès rapide à sa consultation, pour la prise en charge des urgences et en terme d'accessibilité téléphonique et d'échange d'informations. Les principales difficultés ressenties dans les relations avec les psychiatres sont l'absence de retour d'information sur le patient adressé et le manque de disponibilité des confrères. Globalement, les relations avec les psychiatres libéraux sont décrites comme plus satisfaisantes que celles entretenues avec les psychiatres de secteur : 68 % de satisfaits ou très satisfaits à l'égard des libéraux, 53 % seulement à l'égard des confrères du secteur public.

Pour porter un diagnostic, les médecins auraient souhaité un conseil dans 46 % des cas étudiés, essentiellement pour des profils psychiatriques mais aussi beaucoup pour des demandes d'aide psychologique. L'adressage à un confrère spécialisé est dépendant du motif de consultation : les patients qui viennent pour une demande d'aide psychologique sont plus volontiers adressés au psychiatre libéral, ceux qui viennent pour pathologie psychiatrique caractérisée au psychiatre hospitalier.

En matière de prescription médicamenteuse, le conseil d'un spécialiste aurait été souhaité dans 32 % des cas étudiés.

Le souhait de conseil ne se traduit pas systématiquement pas une demande de conseil. Par exemple, pour les prescriptions de médicaments, seule la moitié des conseils souhaités a été effectivement sollicitée. Soit le généraliste suppose et intériorise l'absence de disponibilité du psychiatre, soit il n'a pas lui-même le temps d'interroger des confrères. Sur le plan de la connaissance médicale, un généraliste sur deux souhaite une formation continue en psychiatrie sur des thèmes prioritaires que seraient les psychoses et les urgences psychiatriques.

Outre les liens privilégiés que l'on conçoit aisément entre des acteurs de la filière libérale, on peut tirer quelques enseignements utiles de cette enquête notamment sur les attentes du généraliste : disponibilité, rapidité d'accès que ce soit en entretien téléphonique ou en consultation, retour d'informations. Le panel de patients étudiés n'était pas représentatif de situation d'urgence. Néanmoins, même en dehors d'un contexte d'urgence, les généralistes expriment le besoin d'un partage d'information utile pour la prise en charge

immédiate ou à moyen terme. On peut donc supposer que dans un contexte de crise, ce besoin est accentué.

B) à travers l'enquête image du C.H.G.R.

Dans le cadre de cette enquête réalisée par le C.H.G.R. à l'automne 2003, quatorze médecins généralistes implantés sur la zone de desserte de l'hôpital se sont exprimés sur leur perception de l'institution et leur mode d'adressage.

L'image véhiculée par l'hôpital reste celle d'un lieu d'hospitalisation pour patients psychiatriques lourds, agités, ayant des difficultés sociales et ce dans des locaux vieillots, avec un mélange de patients sans différenciation des pathologies. La cohabitation de sujets déprimés avec des patients lourds voire déficitaires participe à l'image stigmatisante de la discipline.

Le choix d'adressage entre le secteur public ou privé est en rapport avec cette image. La majorité des médecins généralistes orientent les patients vers les structures qui les ont déjà suivi et/ou en fonction du désir des patients. Si il n'y avait pas de prise en charge antérieure, c'est selon les pathologies et le contexte d'urgence. Les pathologies psychiatriques les plus lourdes et chroniques sont orientées à priori vers le C.H.G.R. alors que les états dépressifs et réactionnels sont adressés plutôt vers les cliniques. Si il y a urgence, situation périlleuse, absence d'environnement-relais pour la personne alors le recours à l'hôpital public est jugé plus simple. La collaboration avec l'hôpital public donne satisfaction : 10 médecins sur 14 déclarent que la prise en charge est correcte, que le suivi est bon et qu'ils reçoivent des courriers en retour d'information. En revanche, la connaissance du dispositif sectoriel hors hospitalisation s'avère faible ; 9 médecins sur 14 n'ont aucune notion sur les C.M.P. et C.A.T.T.P. (centre d'accueil à temps partiel) qui couvrent leur secteur.

C) à travers l'étude d'activité de S.O.S. médecin

Sur la ville de Rennes, on trouve un acteur très spécifique qu'est l'association S.O.S. médecin. Cette structure, avec plus de 26 000 visites annuelles à domicile assure 95 % des visites urgentes à domicile pendant les horaires de garde. Outre la réponse aux particuliers, S.O.S. médecin assure aussi des urgences dans des collectivités telles que les écoles, les entreprises ainsi qu'à l'hôpital psychiatrique pour la rédaction de certificats d'hospitalisation sous contrainte.

Pendant une période de huit semaines, de mars à avril 2001, une étudiante en médecine a conduit un travail de recherche sur les urgences psychiatriques en ville<sup>33</sup> ; 118 cas ont ainsi été étudiés avec l'aide de 12 médecins en activité à S.O.S.. L'analyse des données a été réalisée en distinguant deux sous-populations selon que les patients ont été hospitalisés ou non à l'issue de la consultation du médecin. Les enseignements majeurs de cette étude sont repris ci-après.

L'analyse temporelle des appels permet de situer les moments où les épisodes de crise se déclenchent le plus couramment. En ce qui concerne le jour de la semaine, 10 % des appels arrivant au standard de S.O.S. correspondent à des motifs psychiatriques le vendredi pour une moyenne de 8 % les autres jours et seulement 6 % le dimanche. Ces données corroborent totalement les fluctuations journalières observées au sein de l'hôpital (voir § 3.5.5). Au niveau des horaires, 11 % des appels enregistrés de 20h à 2h sont de nature psychiatrique contre 5 % de 8h à 14h, 8 % entre 14h et 20h et 7 % la nuit de 2h à 8h. La soirée est donc le moment le plus favorable aux épisodes de décompensation psychiatrique. Quant à l'aspect saisonnier, S.O.S. enregistre plus d'appels à caractère psychiatrique entre avril et octobre avec une plus forte proportion en août, novembre est le mois le plus calme. Ces données mensuelles ne se juxtaposent pas vraiment avec les variations du nombre d'entrées à l'hôpital ou par exemple, le mois d'août connaît un niveau d'activité plus faible en terme d'admission (cf annexe 13). Le caractère supplétif de la structure S.O.S. explique peut-être cette inversion statistique, les correspondants habituels de certains patients psychiatriques dont les personnels du secteur étant sans doute moins joignables sur cette période.

#### Le profil de la population hospitalisée à l'initiative de S.O.S. :

Les comportements qui provoquent le recours à S.O.S. médecin et justifient une visite en urgence sont principalement les tentatives de suicide, les agitations et l'alcoolisation. Les raisons sous-jacentes sont la dépression, la crise d'angoisse et les crises de couple ou de famille.

Sur 118 cas examinés en deux mois, 51 soit 43 % ont été hospitalisés.

Compte tenu du nombre d'entrées moyen mensuel de l'hôpital, on peut estimer que la structure de S.O.S. génère à elle seule 5 % des entrées à l'hôpital psychiatrique et environ 15 % des entrées initiées par un médecin extérieur à l'hôpital. La part des passages préalables par le S.A.U. du C.H.U. fausse sans doute quelque peu ces chiffres qu'il faudrait revoir à la hausse. L'ordre de grandeur reste valable et situe la structure

---

<sup>33</sup> Voir note n°32.

S.O.S. médecin comme partenaire de travail intéressant pour toute réflexion sur l'adressage et l'accueil au C.H.G.R..

Les médecins de S.O.S. ont décidé de l'hospitalisation dans les cas suivants : dépressions proches d'états mélancoliques, troubles délirants dissociatifs et nombreuses situations liées à l'éthylisme. Sur les 51 décisions d'hospitalisation, 6 n'ont pas été suivies d'effet, les patients s'y étant opposés et le médecin n'ayant pas jugé nécessaire de faire une H.D.T.. Ces six patients étaient connus du C.H.G.R.. Un tiers des hospitalisations a, par ailleurs, été prononcé à la demande d'un tiers, il n'y a eu qu'une seule hospitalisation d'office.

La problématique de l'alcoolisation est très prégnante puisque 19 au moins des 51 personnes hospitalisées étaient alcoolisées lors de la visite du médecin.

Les 2/3 des personnes hospitalisées avaient entre 30 et 45 ans et 55 % étaient des hommes. Ce sex-ratio est tout à fait comparable aux chiffres à l'admission au C.H.G.R. : 57 % d'hommes parmi les entrants en 2003.

Parmi les patients hospitalisés, 47 % avaient recours pour la première fois à S.O.S. médecin, 37 % étaient des appelants occasionnels donc déjà connus, et 16 % des habitués de la structure.

Préalablement à l'hospitalisation initiée par S.O.S., 26 % des personnes n'avaient jamais été hospitalisées, 23 % l'avaient été une fois et 52 % plus de deux fois.

On peut faire un parallèle avec les 34 % de primo-arrivants dénombrés en 2003 au C.H.G.R.. Si les profils psychiatriques sont souvent chroniques, il ne faut pas négliger la part des nouveaux cas dans la population prise en charge.

A l'origine de l'appel chez S.O.S. médecin, se trouve la famille pour 50 % des cas, les voisins pour 12 % et le patient lui-même pour 28 % (solde non renseigné). Ces chiffres sont à rapprocher de la situation familiale des personnes : 49 % des patients vivaient seuls alors que parmi les patients non-hospitalisés la proportion était de 43 %. Ces chiffres confortent l'idée que la solitude représente un facteur de risque de décompensation psychiatrique mais aussi que l'isolement social est un élément pris en considération dans la décision d'hospitaliser ou non. Par rapport au lieu de vie, il ressort que 29 % des patients hospitalisés vivaient dans des conditions matérielles et d'hygiène précaires ce qui a pu être aussi un élément d'appréciation dans la décision d'hospitalisation.

#### Le choix de l'hospitalisation par les médecins de S.O.S. :

On a vu que la proposition d'hospitalisation est parfois refusée par le malade. A l'inverse, le médecin ne voit pas toujours la nécessité de donner suite à la demande

d'hospitalisation formulée par le malade. L'étude nous rapporte sur quels critères objectifs ou subjectifs les médecins hospitalisent en urgence ou au C.H.G.R..

Le choix de l'hospitalisation libre est adopté sur demande du patient ou de son entourage si les troubles le justifient et que le patient est calme et consentant. L'environnement peut influencer la décision notamment en cas de vie misérable; le médecin peut prendre la décision d'hospitaliser simplement pour couper le patient de son environnement.

En H.D.T., il faut se méfier selon les médecins de la pression de l'entourage s'il exige une hospitalisation abusive et, en même temps, être attentif aux symptômes que le patient masque parfois délibérément. Les médecins, semble-t-il, tentent toujours de négocier en proposant au patient une hospitalisation libre ou une consultation aux urgences du C.H.U..

Les médecins de l'étude déplorent le fait de recevoir peu de comptes rendus du C.H.G.R. après avoir fait hospitaliser un patient.

Il advient que le patient refuse d'être hospitalisé au C.H.G.R. et préfère une structure privée. Si celle-ci n'est pas accessible faute de place ou de disponibilité des psychiatres qui en régulent les entrées, le médecin de S.O.S. est alors dans l'impasse. Soit il laisse le patient à domicile avec une part de risque soit il le fait hospitaliser contre son gré au C.H.G.R. si les conditions sont remplies.

#### Quelques propositions d'évolution formulées dans l'étude :

Dans cette étude, le rédacteur considère que la prise en charge psychiatrique est l'une des spécialités les plus difficiles à assumer pour le médecin généraliste d'autant plus quand il s'agit d'urgence. C'est pourquoi les médecins qui ont collaboré à l'étude expriment tous le désir « d'une clinique de garde la nuit et le week-end ; une organisation structurée et disponible pour répondre à leurs demandes ». Les propositions d'amélioration concernent aussi les gardes de psychiatrie en ville car les médecins généralistes pensent que les « psychiatres seraient plus performants pour distinguer les vraies urgences et la nécessité d'hospitaliser ». Le rédacteur suggère, par ailleurs, le renforcement de la formation continue dans ce domaine sous forme de conférences, de jeux de rôle. S'y ajoute l'idée d'introduire des techniques de « debriefing » au sein de l'institution S.O.S. avec le recours à un psychologue ou à un psychiatre familiarisé à la prise en charge des urgences psychiatriques. Le rédacteur plaide enfin pour que des interventions d'équipes spécialisées à domicile soient envisageables pour combler le hiatus entre le domicile où se déclenche la crise et l'hôpital où elle va être traitée. Entre les deux, il y a une phase de désamorçage et la conclusion de l'étude est que

l'intervention de spécialistes est nécessaire. Là encore, le rédacteur fait référence au modèle E.R.I.C.<sup>34</sup>.

Il faut retenir de ce tableau une image encore perfectible de la psychiatrie publique auprès des professionnels que sont les médecins généralistes. On peut déplorer que l'hôpital public soit souvent une voie de recours par défaut. Mais son service est reconnu indispensable notamment dans les situations extrêmes. A l'occasion d'épisodes d'hospitalisation, la collaboration entre la ville et l'hôpital est appréciée par les médecins de ville, l'accessibilité des correspondants hospitaliers est toutefois améliorabile notamment sur le plan téléphonique. En dehors, des épisodes d'hospitalisation, il y a manifestement place pour développer les collaborations. Les généralistes sont en attente d'expertise, de conseil, de formation or, ils ont, dans un périmètre géographique souvent proche, des correspondants potentiels (personnel du secteur extra hospitalier) avec lesquels les relations sont sous-développées. S'ils se jugent aptes à suivre et accompagner des troubles dépressifs, ils se sentent plus démunis devant des tableaux psychiatriques plus complexes avec troubles du comportement associés et risques de passage à l'acte. Il y a donc lieu de réfléchir à des formes de collaboration qui répondent à ces attentes, avec une certaine permanence dans l'action et au mieux des intérêts des patients pour lesquels on sait que le moment de l'hospitalisation est symboliquement très marquant.

En réponse au contexte de l'urgence il est un interlocuteur essentiel, fort bien repéré qu'est le C.H.U. de Rennes. Les enquêtes présentées ci avant montrent que les médecins y ont recours pour les problèmes psychiatriques avec troubles somatiques associés. Mais, ils peuvent également choisir d'orienter vers ce lieu banalisé pour des troubles psychiatriques sans troubles somatiques associés lorsqu'il s'agit d'un premier épisode de décompensation psychiatrique.

## **2.2 La présence psychiatrique au S.A.U.**

Le C.H.U. de Rennes est effectivement un intervenant incontournable à travers son S.A.U. qui enregistre plus de 52 000 passages par an.

---

<sup>34</sup> Voir annexe 10.

Compte tenu du volume des passages et conformément aux recommandations réglementaires, une présence psychiatrique y est assurée 24h/24. Cette présence psychiatrique au C.H.U. s'est progressivement structurée depuis la fin des années 80 avec d'abord des consultations médicales puis, à partir de 1993, la présence d'infirmiers spécialisés et ce 24h/24 depuis 1999. Le dispositif a été parachevé avec la mise en place d'une garde médicale en janvier 2001. L'ensemble des praticiens du C.H.G.R. y participe, la garde couvre la période de 18h30 à 8h30 et le week-end. En journée, le service est assuré par les psychiatres d'un seul secteur. Le dernier projet d'établissement du C.H.G.R. ouvrait la porte aux psychiatres libéraux volontaires qui auraient voulu s'y associer. L'idée est restée lettre - morte.

Schématiquement, le personnel est mis à disposition par le C.H.G.R. qui a bénéficié de moyens à ce titre dans son contrat d'objectifs et de moyens (C.O.M.) tandis que les moyens matériels relèvent du C.H.U.. Le dispositif est organisé par voie de convention dont la dernière version date de décembre 1999.

Il n'existe pas au sein du S.A.U de lits dédiés à la psychiatrie. En cas de besoin, ce sont les « lits-porte » de médecine qui sont utilisés. Le projet de lits dédiés est à l'étude et devrait se concrétiser en 2008 avec la restructuration physique du service d'urgence du C.H.U.. C'est alors une unité de 15 lits de psychiatrie relevant du C.H.G.R. qui sera mise en place pour des accueils de 48h en moyenne. Le document le plus formel décrivant ce projet est une lettre échangée entre les deux directeurs d'établissement en août 2001. Elle précise que cette unité intersectorielle sera rattachée au C.H.G.R., que l'admission s'y fera sur avis d'un médecin psychiatre, qu'elle a vocation à éviter une hospitalisation en service de psychiatrie dans la précipitation et d'éviter des sorties prématurées. Il n'y aura pas d'admission directe dans cette unité sans passage préalable par les urgences. Cette unité n'accueillera que des patients en hospitalisation libre et il n'est pas prévu qu'elle ait une activité de consultations externes.

En l'état actuel, l'activité psychiatrique pour adultes au S.A.U. se traduit par environ 1 500 consultations de psychiatres, activités de jour et de garde confondues (1 100 en jours de semaine et environ 400 en période de garde)<sup>35</sup>.

Le nombre de patients transférés au C.H.G.R. après passage aux urgences est en augmentation régulière. De 1 222 en l'an 2000, il est passé à 1 446 en 2003. Le S.A.U. génère ainsi un quart des entrées du C.H.G.R. en psychiatrie adulte. La décision

---

<sup>35</sup> Sources : rapport de gestion CHGR 2003, rapport d'activité médicale 2002.

d'orienter vers le C.H.G.R. est prise par le médecin urgentiste en concertation étroite ou sous l'impulsion du médecin psychiatre présent au S.A.U..

Plus du quart de ces transferts entre le S.A.U. et le C.H.G.R. se fait sous contrainte, essentiellement en H.D.T. (383 en 2003) soit une proportion légèrement supérieure à l'ensemble des admissions du C.H.G.R. La forte dominance de suicidants dans la population prise en charge au sein du S.A.U. et le risque toujours difficile à apprécier de récurrence pourrait expliquer cette part plus élevée de H.D.T. En l'absence d'entourage du patient, le directeur de garde du C.H.U., jusqu'à présent, jouait le rôle du tiers signataire. La décision récente du Conseil d'Etat<sup>36</sup> condamnant cette pratique risque d'avoir des effets non négligeables qu'il conviendra de suivre. Les patients quitteront-ils le S.A.U. malgré les risques encourus, seront-ils retenus plus longtemps dans des lits banalisés comme les lits portes du S.A.U. ou dans des services de médecine ? Outre les évolutions juridiques attendues, l'unité de 15 lits de psychiatrie au sein du S.A.U. apportera en partie une solution face à cette problématique nouvelle qui constitue une sorte d'impasse actuellement.

Lorsque l'intervention psychiatrique au S.A.U. ne conduit pas à une décision d'hospitalisation en milieu spécialisé, elle peut être le point de départ pour un suivi en ambulatoire si nécessaire. Une orientation soit vers la médecine de ville soit vers les C.M.P. peut alors être indiquée. C'est au niveau des C.M.P. que réside l'essentiel de l'activité extra-hospitalière de l'institution psychiatrique. Répondent-ils pour autant à l'ambition originelle qui visait à limiter le recours aux hospitalisations ?

### **2.3 L'interface des centres médico-psychologiques ?**

Les C.M.P. sont affichés comme le « pivot » du dispositif de soins en psychiatrie<sup>37</sup> autour duquel s'organisent toutes les actions extra-hospitalières, en articulation avec l'hospitalisation temps plein. Ils sont définis<sup>38</sup> comme des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile. Ils sont considérés comme le premier interlocuteur pour la population, devant être connus de tous et répondant ou orientant toute demande de soins en psychiatrie.

---

<sup>36</sup> Arrêt CE 3 décembre 2003 Mlle PERCHE c/ C.H.S. de Caen.

<sup>37</sup> Circulaire du 14 mars 1990.

<sup>38</sup> Guide de planification en santé mentale mis à jour le 11 décembre 1987.

Or le constat porté sur le fonctionnement des C.M.P. est loin de cette approche théorique. Citons à ce propos le rapport CLERY-MELUN<sup>39</sup> : « Encore trop peu connu de la population générale, le C.M.P. garde encore aujourd’hui une image manquant de visibilité, qui nuit à sa fréquentation. Le partenariat avec le secteur social n’est pas assez développé, le lien entre le C.M.P. et l’hôpital général trop peu affirmé, la collaboration avec le secteur privé, le secteur associatif et les médecins généralistes bien trop souvent embryonnaire voire inexistante. »

A partir de ses visites sur site, la Mission Nationale d’Appui en Santé Mentale<sup>40</sup> porte également un regard critique sur le fonctionnement des C.M.P. Elle considère que le dispositif ambulatoire public dont les C.M.P. apparaît trop centré sur les soins programmés « L’absence ou la faible ouverture, en fin de journée ou le samedi, renforcent la part d’intervention auprès de patients qui ne travaillent pas, leur moindre activité les rendant plus accessibles aux horaires de jour. Le dispositif ne prévoit pas ou peu de travail non programmé : l’urgence est rarement prise en compte, exceptionnellement au domicile, et plutôt pour des patients connus. Ceci obère la qualité de la relation entre le dispositif et les familles, pour qui la garantie permanente d’un appui en cas de crise est indispensable, surtout s’il s’agit d’une crise inaugurale. »

Dans leur proposition d’organisation du Service Territorial de Psychiatrie<sup>41</sup>, les Drs Piel et Roelandt<sup>42</sup> envisagent des C.M.P. ouverts de 8h à 20h et le samedi matin pour remédier aux carences actuelles.

Le descriptif du dispositif mis en place par les différents secteurs du C.H.G.R. n’échappe pas à cette appréciation d’ensemble portée sur les C.M.P. au niveau national.

### **2.3.1 Un équipement de bon niveau sur le bassin rennais mais qui souffre de morcellement et de cloisonnement**

Le C.H.G.R dispose de 24 C.M.P. ou antennes implantés hors les murs auxquels s’ajoutent 6 structures situées dans l’hôpital. Parmi ces 24 lieux de consultations, 7 sont implantés sur la ville de Rennes. Il conviendrait d’y ajouter l’activité de consultations externes développée sur le site du C.H.U. soit 8 implantations rennaises. Toutefois, l’activité développée au sein du C.H.U. ne correspond pas véritablement à celle d’un

---

<sup>39</sup> P.CLERY-MELUN, V.KOVESS, J.C.PASCAL *Plan d’actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, rapport au ministre de la santé, Septembre 2003, p31.

<sup>40</sup> Compte rendu annuel d’activité de la M.N.A.S.M. au titre de l’année 2003, Mars 2004, p.38.

<sup>41</sup> STP = recomposition du principe sectoriel actuel.

C.M.P., les patients y sont vus deux fois au plus, les données d'activité qui suivent ne l'intègrent donc pas.

Le plus souvent, le C.M.P. cohabite avec un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.) ce qui permet de mutualiser les moyens en particulier l'équipe infirmière.

Tous les secteurs disposent de C.M.P.. Un secteur ne dispose que d'un seul C.M.P. alors que le maximum est de 6 points de consultations pour un autre service. Outre la politique de chaque secteur, leur configuration territoriale explique la diversité des situations.

Actuellement, par souci d'égalitarisme, chaque secteur, sauf un, couvre une fraction du territoire rennais. Il en découle un morcellement du territoire rennais qui contribue sans nul doute à une méconnaissance globale du système. A l'occasion de la réflexion sur le prochain projet d'établissement, le redécoupage territorial est souhaité de façon à adopter les contours des circonscriptions d'action sociale ou autre en référence aux bassins de vie. Le nombre de secteurs couvrant la ville de Rennes pourrait diminuer. De ce schéma, il résulterait une mise en cohérence avec les différents intervenants des domaines sanitaires et sociaux et, on peut l'espérer, une meilleure connaissance du dispositif psychiatrique favorisant ainsi les synergies. La limitation des zones sectorielles sur la ville de Rennes pourrait aussi conduire à une fédération des moyens actuels des C.M.P. permettant plus de souplesse et de diversité dans leur fonctionnement c'est-à-dire une palette d'offre plus large.

L'articulation de cette réflexion avec celle portant sur l'unité d'accueil est nécessaire mais elle reste à conduire.

### **2.3.2 Une croissance forte de l'activité**

Au sein de l'activité ambulatoire, ce sont les soins et interventions en C.M.P. qui ont connu la plus forte croissance entre 1999 et 2003 : + 58 % (évolution de 33 725 à 53 225 consultations ou interventions en C.M.P.). Alors que les autres modalités de soins telles que les visites à domicile ou en institution substitutive du domicile s'essouffent un peu, les soins en C.M.P. poursuivent leur croissance exponentielle. Si en 1999, 61 % de la file active totale du C.H.G.R. était vue en C.M.P., cette proportion atteint 65 % en 2003. Malgré la forte croissance du nombre de patients suivis en C.M.P. (évolution de 5 646 à 6 555 sur la période), le nombre moyen d'interventions par sujet n'a pas chuté. Au contraire, il a sensiblement augmenté passant de 5,97 consultations en moyenne en 1999 à 8,11 en 2003. La moyenne nationale était de 7,69 en 2000. Le C.M.P. est donc véritablement le « pivot » du secteur de psychiatrie générale. Mais, il reste caractérisé par un

---

<sup>42</sup> Dr E.PIEL et J.L.Roelandt *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*, Rapport de Mission –Juillet 2001.

fonctionnement très programmé voire administratif comme le démontrent les données qui suivent ou comme l'illustre un exemple de protocole d'accueil en C.M.P. ci-annexé<sup>43</sup>. Ce protocole qui a le mérite d'une part d'exister et d'autre part d'organiser la réponse aux venues inopinées, met aussi en évidence tous les rouages voire les filtres qui amenuisent ou diffèrent l'accessibilité au dispositif. D'ailleurs, la dernière phrase du protocole est assez révélatrice de ce point de vue : « en cas de délai d'attente jugé trop long, un autre entretien infirmier peut être proposé, permettant de créer un lien avec la personne et de différer la demande ». De l'utilité de prévoir ses propres difficultés!

### **2.3.3 L'accueil et la réponse à l'urgence en C.M.P.**

Parmi les 24 C.M.P. ou antennes, 10 sont ouverts 5 jours par semaine, un seul lieu de consultation est ouvert le samedi matin. Les plages d'ouverture proposées vont de 8h30-9h jusqu'à 17h dans la majorité des cas. Seules 8 structures ou antennes proposent des plages d'ouverture au-delà de 17h sur quelques jours de la semaine. 16 structures sont ouvertes toute l'année y compris les mois d'été.

Il n'existe pas de centre d'accueil permanent (= C.M.P. 24h/24) et encore moins de centre de crise pour répondre à l'urgence dans le département d'Ille-et-Vilaine. Au niveau national, ces structures sont rares et semble-t-il en diminution ; en 2000, seuls 35 des 830 secteurs de psychiatrie générale disposaient d'un centre d'accueil permanent, chiffre en régression selon les études de la D.R.E.E.S.<sup>44</sup>. De même, seuls 34 secteurs au niveau national disposaient d'un centre de crise au sens de l'arrêté du 14 mars 1986. Le développement de ces structures a certainement été freiné car elles s'avèrent très consommatrices de moyens. Pour les optimiser, il faut des zones à forte concentration humaine avec une densité d'activité soutenue soit des centres urbains importants.

La moitié seulement des secteurs du C.H.G.R. dispose de répondants téléphoniques ce qui ne signifie nullement qu'il y ait un équipement par C.M.P.. Aucun secteur ne dispose de système de transferts d'appel vers un soignant.

En dehors de l'urgence, lorsqu'un patient se présente pour la première fois, il est reçu exclusivement par un médecin dans deux des huit secteurs. Dans les autres secteurs, il est reçu par un binôme médecin-infirmier mais un psychologue est aussi fréquemment impliqué. Cinq des huit secteurs ont des listes d'attente pour un premier rendez-vous en

---

<sup>43</sup> Voir annexe 9.

<sup>44</sup> Voir note n° 7.

consultation hors urgence. Les délais d'attente diffèrent selon le type de professionnel rencontré comme le démontre le tableau suivant.

Délai minimum d'attente pour une première demande de soin hors urgence :

<b>Délai d'attente pour un premier rendez-vous</b>	<b>Consultation avec un médecin</b> <i>(Nombre de secteurs)</i>	<b>Entretien avec un autre professionnel</b> <i>(Nombre de secteurs)</i>
Moins de 7 jours	2	4
De 7 à 14 jours	1	3
De 15 à 29 jours	3	
De 30 jours à moins de 3 mois	2	1
Total des secteurs	8	8

Si la moitié des secteurs est en capacité de proposer un entretien avec un personnel non médical en une semaine et la quasi-totalité en moins de deux semaines, on observe que la situation est beaucoup plus tendue sur les consultations médicales. Les prises de rendez-vous dépassent souvent les deux semaines dans la majorité des cas. Le partage des compétences permet donc de réduire sensiblement les délais lors d'une première demande d'entretien.

Lorsqu'un patient déjà suivi ne vient pas à sa consultation ou à un autre rendez-vous, la totalité des huit secteurs tentent de le contacter et ce par toutes les voies possibles : courrier, téléphone, médecin traitant, visite à domicile.

Dans un contexte d'urgence, six des huit secteurs déclarent pouvoir accorder souvent mais pas toujours un rendez-vous immédiat ou le lendemain en C.M.P.. Les agendas des infirmiers sont de, ce point de vue, beaucoup plus accessibles. Les autres types d'interventions utilisés en contexte d'urgence sont en partie des visites à domicile, rarement l'orientation vers un médecin traitant et enfin, le recours à l'hospitalisation, en milieu spécialisé de manière privilégiée mais aussi aux urgences de l'hôpital général.

De fait, les plages d'ouverture des C.M.P., comme on l'a vu, sont assez limitées et constituent un véritable frein à l'accueil en urgence sur un mode ambulatoire.

#### **2.3.4 Corrélation entre l'activité ambulatoire et le niveau de recours à l'hospitalisation ?**

Le taux de recours à l'activité de consultation (nombre de patients ayant consulté au moins une fois dans l'année rapporté à la population générale) est de 8.9 pour 1000 habitants contre 12.2 au niveau national en 2000.

La proportion de patients pris en charge en consultations en C.M.P. rapportée à la file active totale des secteurs (hors activité de consultation sur le C.H.U.) est de 65 %.

Il est intéressant d'apprécier parallèlement la proportion de patients pris en charge en hospitalisation à temps plein. En données corrigées (hors patients C.H.U.), la part de la file active ayant été hospitalisée à temps plein approche 44 % de la file active totale ce qui est bien supérieur à la moyenne constatée au niveau national : 26 % en 2000. Le recours à l'hospitalisation reste donc une pratique bien ancrée dans le mode d'action des professionnels du C.H.G.R. même indépendamment de la présence massive de patients chroniques .

Il est toutefois délicat d'établir une corrélation directe entre les deux modes d'action que sont la consultation et l'hospitalisation. L'un permet il d'éviter l'autre ? Au sein du C.H.G.R., il est un discours ambiant tendant à dire que l'encombrement de certains services hospitaliers s'explique peut-être par un défaut d'intervention en amont. Or, si l'on calcule le taux de consultation en C.M.P. rapporté à la population générale, il n'y a pas d'impact manifeste ou automatique sur le volume d'hospitalisations<sup>45</sup> (en ayant pris soin de corriger le phénomène « surencombrement »). Si le service qui a le taux de consultation le plus faible rapporté à la population desservie est aussi celui qui a le taux d'hospitalisation le plus fort, on constate que le taux d'hospitalisation le plus faible est réalisé sur un secteur dont le niveau de consultation est également faible. Par ailleurs, le secteur qui a un taux de consultation très élevé ne réalise pas un score en terme d'hospitalisation significativement bas.

Cette lecture des statistiques appelle beaucoup de prudence et de nuance dans l'interprétation, ce, pour plusieurs raisons. Les données de population par secteur sont toujours sujettes à discussion. Les données I.N.S.E.E. projetées ne sont que des estimations. Comme dans tout recueil d'information, on sait que le recensement de l'activité et donc le nombre de consultations déclaré est plus ou moins fiable ce qui introduit un biais dans les résultats. Par ailleurs, l'activité de consultation fluctue en fonction du présentéisme médical. L'absence d'un médecin, par exemple, sur 6 mois de l'année pèse sur le nombre de consultations réalisées. Enfin et surtout, les facteurs de risques en santé mentale ne sont pas identiques selon la situation socio-économique de la population desservie. De ce point de vue, les populations desservies par les différents secteurs ne sont absolument pas homogènes.

---

<sup>45</sup> Voir tableaux annexe 12.

Illustrons ce propos par un extrait du rapport d'activité médicale 2002 d'un service qui couvre à la fois des quartiers rennais et à la fois des zones rurales. Le médecin chef, dans sa rédaction, indique : « alors que la population rurale constitue les 2/3 de notre file active totale, les hospitalisations en provenance de ces cantons ruraux ne concernent qu'un tiers des hospitalisations (*au sein du service*). Sur Rennes, un quartier réputé pour ses difficultés sociales et ses pathologies lourdes en terme d'alcoolisme et de psychose fournit des hospitalisations relativement « simples » et courtes, grâce, pensons nous, au tissu social maintenu et au réseau médical généraliste en place. Les autres quartiers.....fournissent la majeure partie des hospitalisations spontanées, non prévues, non adressées, où les motifs sociaux prédominent : hébergement, marginalisation, ruptures familiales, absence de droits sociaux ouverts, absence de généralistes référents... ».

Le rédacteur poursuit en évoquant des demandes croissantes de consultations en urgence face auxquelles l'organisation en place ne permet pas de répondre. « Il en est résulté une chute importante de la qualité de l'accueil, tant en hospitalisation complète qu'en demandes dites « urgentes » de consultations, notamment pour les patients désinsérés du centre ville ».

Les caractéristiques de la population, en particulier le maintien d'un tissu social et la présence d'un médecin référent sont donc des éléments déterminants qui influencent le recours aux consultations et/ou à l'hospitalisation.

L'organisation classique des C.M.P. répond peu ou pas à la demande s'exprimant en fin de soirée, en week-end et de manière inopinée, la structure n'est d'ailleurs pas identifiée par toute une frange de la population qui aurait besoin de son service. Les difficultés se posent, de manière accrue, à l'égard de la population rennaise. Pourtant, on dénombre sept C.M.P. dans une ville qui reste de taille modeste. C'est alors bien la question de leur accessibilité qui est posée. La méconnaissance de ces dispositifs, notamment par certains médecins généralistes, leurs plages d'ouverture, leur grande similarité dans l'offre de soins proposée, la dispersion des moyens que cela représente sont autant de points d'amélioration à envisager probablement sous un angle intersectoriel, les secteurs s'avérant impuissants à le gérer seuls.

Comme évoqué précédemment, la problématique de la prise en charge et de l'accueil est accrue vis-à-vis de la population isolée socialement ou présentant des facteurs de précarité. Les acteurs sociaux, confrontés à la souffrance psychique sont très demandeurs de partenariat avec la psychiatrie publique. Cette collaboration est, de l'avis des personnes rencontrées, souhaitable car une meilleure compréhension des troubles

par le tissu environnant conduit à davantage de tolérance, d'adaptation, et de vigilance ce qui favorise globalement la prévention.

## **2.4 Un partenariat à développer avec des acteurs sociaux confrontés en première ligne à la souffrance psychique**

Sans qu'il soit utile de revenir sur le débat opposant ceux qui ne veulent pas « psychiatriser » le social et d'autres prêts à une immersion importante dans le champ social, il convient de trouver les solutions médianes qui favorisent une approche globale de la personne. De ce point de vue, pour la psychiatrie publique, une position de deuxième ligne, d'appui technique aux intervenants sociaux est tout à fait judicieuse. Au niveau du C.H.G.R., bien que les interventions dans la communauté restent encore limitées si l'on en juge par la lecture des rapports de secteur, il existe cependant quelques réalisations qui méritent d'être évoquées et qui répondent aux objectifs du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins de Bretagne (P.R.A.P.S.)<sup>46</sup>.

### **2.4.1 Les objectifs du P.R.A.P.S. 2**

Dans la continuité du précédent programme, le P.R.A.P.S. 2 fixe comme objectifs spécifiques de favoriser l'adaptation du dispositif de santé mentale aux problématiques psycho-sociales des personnes et de développer la complémentarité du travail des services sociaux et des équipes de santé mentale. A cette fin, a été élaborée une charte de recommandations sur les coopérations à mettre en œuvre entre les équipes de psychiatrie et les structures sociales : centre d'hébergement et de réadaptation sociale (C.H.R.S.), équipes de travailleurs sociaux et médico-sociaux, secteur personnes âgées et handicapées.

En ce qui concerne le département d'Ille-et-Vilaine, le P.R.A.P.S. indique - ce qui est confirmé par le médecin inspecteur rencontré - que les demandes de soutien formulées par les acteurs sociaux à l'égard du secteur psychiatrique sont très fortes. Mais, elles sont reçues de manière variable selon les secteurs psychiatriques.

---

<sup>46</sup> Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, PRAPS 2 – 2003-2006, publié en Juillet 2003.

## **2.4.2 L'insuffisante intervention de la psychiatrie publique dans la communauté.....**

Les rapports de secteur devraient recenser le nombre de demi-journées d'intervention dans la communauté organisées, par an, en dehors des rencontres ponctuelles nécessitées par la prise en charge d'un patient. Seuls quatre services sur huit répondent à ces items dans leur rapport annuel de secteur 2003. Est-ce à dire pour autant que les autres secteurs n'ont aucune réalisation de ce type ? Il se peut qu'il soit difficile de collecter cette information rétroactivement et qu'il y ait donc un biais dans la déclaration. Toutefois, on peut craindre que ce mode d'action ait été négligeable au point que les secteurs ne se sont pas attachés à le décrire.

Parmi ceux qui ont décrit ce type d'intervention, on relève une nette prédominance d'interventions auprès des services sociaux municipaux ou départementaux et des établissements médico-sociaux. Les demi-journées consacrées aux médecins de ville, aux associations et au grand public ou encore à des institutions sont résiduelles. Le partenariat avec le secteur médico-social est celui qui a été le plus développé au point d'être formalisé par convention écrite mais il est souvent limité au secteur des maisons de retraite. L'Ille-et-Vilaine dispose, par exemple, d'un nombre important de C.H.R.S : 10 dont 6 sur la ville de Rennes or, aucune convention ne formalise les relations avec ces établissements. On pourrait imaginer que chaque C.H.R.S. soit rattaché à un secteur de psychiatrie ce qui entraînerait des relations privilégiées avec une équipe psychiatrique donnée qui deviendrait en quelque sorte référente de l'équipe sociale. Au contraire, en l'état actuel, toutes les équipes de secteur peuvent être amenées à intervenir dans ces établissements.

## **2.4.3 .....malgré des réalisations très appréciées**

Il convient tout de même de citer trois réalisations dont le C.H.G.R. a été promoteur et pour lesquelles un bilan très positif peut être tiré.

- A) Une démarche de sensibilisation et de formation des travailleurs sociaux confrontés aux problèmes psychiatriques

Depuis quelques années, des sessions de formations intitulées « *approche des pathologies mentales, repérage et accompagnement* » sont organisées par le service de formation continue du C.H.G.R. à l'attention des travailleurs sociaux.

Le public est d'horizon très varié : assistantes sociales du conseil général, éducateurs de chantiers de jeunes, personnels des organismes H.L.M.....

Chaque année, environ 100 professionnels du travail social bénéficient de ces actions de formation.

S'y ajoutent des journées de sensibilisation et d'information à destination d'associations tutélaires, des conférences pour du personnel de l'A.N.P.E., des auxiliaires de vie...

Après les séances de formation, les personnes formées peuvent participer à des groupes d'analyse des pratiques animés par un psychologue à partir de cas concrets.

L'évaluation de ces stages est toujours très positive. Selon le point de vue de la responsable de la formation, ces sessions contribuent au travail de prévention et améliorent la connaissance du dispositif sectoriel par les partenaires extérieurs.

Les sollicitations externes vont croissant sur les thèmes de l'agressivité, de la santé mentale, de l'alcoolisme. Le service de la formation continue de l'hôpital ne peut malheureusement pas élargir son temps global d'intervention.

#### B) L'appui technique aux travailleurs sociaux par un travail de réseau

Dans le même esprit, un secteur psychiatrique a développé sur son territoire deux formules d'appui technique aux travailleurs sociaux en lien avec les C.D.A.S concernées<sup>47</sup>. Il s'agit d'un véritable travail de réseau. Différents partenaires sont membres permanents ou occasionnels du réseau : associations locales, C.D.A.S., C.A.T., lycées, collèges, mission locale et, bien entendu, l'équipe du secteur psychiatrique.

Le réseau organise des études de situations trimestrielles. Quiconque faisant partie du réseau peut exposer une situation qu'il soumet à débat et concertation. Des pistes d'action sont recherchées en commun dans une logique de coordination.

Outre ces résolutions de cas, les deux réseaux repèrent des thèmes de réflexion et organisent des interventions (soirées débats, conférences) au profit des travailleurs sociaux.

Ces actions permettent de mieux amener l'utilisateur qui en a besoin vers la psychiatrie et d'orienter certains usagers vers d'autres formes d'aides (exemple : S.O.S. victime).

#### C) L'approche des personnes en grande précarité via une équipe mobile

En application du dernier projet d'établissement du C.H.G.R., une équipe mobile dite « cellule d'accueil et d'orientation psychiatrique pour les populations démunies sans résidence stable » est à l'œuvre sur la ville de Rennes depuis février 2000. A caractère

---

<sup>47</sup> CDAS : circonscription d'action sociale du Conseil Général

Rem'aide : réseau de médiation et d'aide au niveau du CDAS de Bain de Bretagne

Rampes : réseau d'aide médico-psychologique et social au niveau du CDAS de Janzé.

intersectoriel, cette équipe se compose d'un temps plein d'infirmier et d'un temps partiel de psychologue.

Parmi les facteurs qui ont déclenché ce dispositif, il y avait la pression des associations qui ont la charge des populations en situation d'exclusion. Elles exprimaient la difficulté à obtenir de l'hôpital psychiatrique des réponses cohérentes à leurs attentes, autres que l'hospitalisation, constataient que l'hôpital était éloigné de la réalité de la rue et que, de ce fait, il y avait un décalage entre les demandes exprimées par les associations et les propositions de solutions de l'hôpital.

Cette équipe a pour mission de permettre l'accès aux soins psychiatriques pour des populations que leur mode de vie éloigne des structures sectorielles traditionnelles. Présente dans les structures qui accueillent les populations en difficultés, elle intervient en relation avec les travailleurs sociaux de ces établissements : C.H.R.S., restaurant social, accueil de jour, mission locale.... La réactivité de l'équipe en réponse à une demande d'intervention faite par un travailleur social se situe dans un délai de 24h à 5 jours au maximum.

L'équipe mobile intervient sous forme de rencontres soit sur rendez-vous mais souvent de manière informelle à l'occasion de permanence dans les locaux des associations. La première rencontre se déroule souvent en présence du travailleur social référent pour une mise en confiance. Un tiers des personnes se limite à ce premier entretien, d'autres poursuivent avec l'équipe ou adhèrent à une proposition d'orientation vers le dispositif classique : C.M.P., hôpital. Grâce à ce lien, les hospitalisations et sorties d'hospitalisation sont mieux gérées, même s'il reste des cas où les sorties ne sont pas gérées de façon coordonnée. En quatre ans de fonctionnement, l'équipe a été amenée à rencontrer environ 500 personnes sachant que l'on estime à 100-150 le nombre de personnes S.D.F. présents sur la ville de Rennes.

Le réseau avec les 20 - 25 associations partenaires reste très informel. Une seule convention a été signée entre le C.H.G.R. et le centre d'examen de santé de la C.P.A.M. d'Ille-et-Vilaine.

De tout ce qui précède, le C.H.G.R. dans sa forme hospitalière apparaît comme un établissement bien repéré et bien implanté dans sa zone de desserte. Par contre, son action sous forme ambulatoire manque encore de visibilité et d'accessibilité malgré des efforts récents. La relation avec le dispositif social et médico-social, sous la pression de la demande, connaît quelques expériences intéressantes mais le partenariat avec les médecins libéraux reste fort limité. Pourtant, l'intervention de la médecine libérale en santé mentale est primordiale, toutes les études démontrent l'importance des troubles psychiques dans les motifs de consultation chez le médecin traitant.

Si accueillir c'est « aller au devant de », il est évident qu'il faut encore se rapprocher des acteurs de première ligne que sont les partenaires sociaux et les médecins traitants. La démarche de l'équipe mobile précarité illustre bien cette idée qu'il faut « organiser la rencontre ». Du chemin reste à faire, en amont de l'hôpital, le travail en réseau en est encore à ses prémices.

Il en est ainsi également au sein de l'hôpital où la fonction accueil est éclatée entre les services et s'adapte mal à l'évolution récente de la demande. D'où, une volonté d'identifier plus clairement cette fonction accueil, de rapprocher ses différentes composantes que sont les volets médical, soignant et administratif, de mettre en place un véritable outil d'évaluation-orientation, d'offrir un lieu d'accueil digne de ce nom sur le plan matériel.

### **3 UNE UNITÉ D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION A LA PORTE DE L'HÔPITAL : UNE RÉPONSE ENTRE LE « DEHORS » ET LE « DEDANS » DE L'HÔPITAL<sup>48</sup>**

Accueillir, on l'a vu c'est prévenir en allant « au devant de ». Accueillir c'est aussi organiser la rencontre dans un lieu adapté, médicalisé, sécurisé notamment quand perdure une grande diversité des modes d'entrée à l'hôpital. S'il s'agit, il ne faut pas le nier, de préserver les intérêts de la structure en régulant aux mieux le flux des admissions et donc en quelque sorte en limitant leur nombre, il s'agit aussi et surtout d'organiser ce temps fort qu'est le moment de l'entrée. La première admission à l'hôpital psychiatrique représente symboliquement un passage marquant. S'il peut être évité alors c'est un plus manifeste pour la personne. S'il ne peut l'être, il faut tout mettre en œuvre pour qu'il soit le moins traumatisant possible. De ce point de vue, une unité d'accueil intersectorielle offre une solution que nombre d'établissements psychiatriques ont d'ores et déjà adopté.

Afin d'appréhender le phénomène, j'ai mené une enquête auprès de 96 établissements de santé spécialisés en psychiatrie<sup>49</sup>. Le retour d'informations permet de recenser les avantages et inconvénients de cette option tant du point de vue de ceux qui ont mis en place un tel dispositif que de ceux qui y ont renoncé ou ne l'ont jamais envisagé.

Une telle option n'est pas neutre car elle percute la logique sectorielle. A l'inverse de l'effet recherché, elle court le risque de renforcer l'institutionnalisation en générant un appel d'air. C'est pourquoi, on repère une controverse à ce sujet dans la littérature traitant des questions de l'accueil et des urgences. Ce débat éclaire les enjeux et limites dont il faut être conscient avant d'opter pour une nouvelle organisation.

Ayant conscience de ces enjeux et compte tenu des caractéristiques des dispositifs d'ores et déjà en place, il est alors possible de faire une proposition de scénario pour l'implantation d'une unité d'accueil et d'orientation à la porte du C.H.G.R..

#### **3.1 Émergence d'un projet au sein du C.H.G.R.**

La communauté soignante du C.H.G.R. adhère à l'idée de l'accueil comme temps fort de la prise en charge et déterminant pour la relation thérapeutique ultérieure. C'est pourquoi

---

<sup>48</sup> Expression de V.Beaudoin et P.Glouzmann, médecins à l'unité d'accueil et d'orientation du CH Pinel à Amiens.

<sup>49</sup> Voir annexes 3 et 4 et 5.

sa réalisation sous une forme centralisée c'est-à-dire détachée du secteur de rattachement n'a suscité l'adhésion que récemment.

Sans revenir sur la description des modalités actuelles d'accueil au C.H.G.R., rappelons le fait notable que le premier contact à l'hôpital psychiatrique de Rennes est un contact purement administratif avec un agent du bureau des entrées en journée ou le concierge en soirée à qui il revient, en quelque sorte, de « prononcer » l'admission.

Devant cette incongruité, l'hôpital a tenté, par le passé, de mettre en place un premier contact plus médicalisé. A la fin des années 70, la présence d'un interne au sein même du bâtiment d'accueil (= bureau des entrées) était décidée, il réalisait l'examen du patient à ce stade de l'arrivée. Mais, il s'agissait d'un exercice à risque dans un lieu isolé et des épisodes d'agression ont mis fin à l'expérience. Cet historique malheureux a, semble-t-il, marqué les esprits et freiné pour longtemps toute velléité de changement.

En 1997, le principe d'un cadre de santé de garde, positionné dans le bâtiment de l'accueil a été mis en œuvre. Son champ d'action est cependant restreint. Le cadre n'a pas vocation à recevoir les personnes mais à garantir le bon fonctionnement des services : gestion du personnel de nuit, gestion des renforts, gestion des lits.... Ses conditions matérielles d'installation ne lui permettraient d'ailleurs pas d'aller au-delà.

A l'occasion de la réflexion sur le projet d'établissement 1999-2003, le personnel soignant s'est saisi de la question de l'accueil. « *Optimiser l'accueil* » constituait l'un des quatre objectifs du projet de soins en réponse à la disparité des situations constatées dans les services. Néanmoins, les propositions d'action préservaient le maintien de la fonction « *accueil* » au sein de chaque service tout en préconisant l'harmonisation des pratiques à travers l'idée d'un référentiel commun.

Pour autant, la situation n'a guère évolué. Cet axe de travail a donc été repris dans le cadre de l'élaboration du futur projet d'établissement avec, cette fois, un engagement plus fort de la communauté médicale et d'emblée l'idée sous-jacente de prévoir un accueil centralisé en dépit des fortes oppositions que cette idée pouvait encore susciter début 2003. Deux facteurs déclenchants sont intervenus au cours de l'année 2003 expliquant ce revirement de situation. Premièrement, le corps médical de l'établissement a évolué en ce sens à la faveur du changement de composition de la C.M.E. et de ses dirigeants. Deuxièmement, le problème de « surpeuplement » dans certains services a pris une telle ampleur en 2003 que la communauté médicale s'est ralliée à cette idée espérant trouver là une voie de régulation.

Deux groupes de travail parallèles ont donc traité de cette question de novembre 2003 à avril 2004 : un groupe de soignant en vue de l'élaboration du projet de soins et un groupe

pluridisciplinaire à forte composante médicale. Leurs conclusions convergent en faveur d'une unité d'accueil et d'orientation centralisée c'est-à-dire intersectorielle.

Avant même l'adoption du projet d'établissement, le principe de cette création a été soumis à la C.M.E en sa séance du 22 juin 2004. L'instance l'a majoritairement entériné malgré quelques abstentions.

Le C.H.G.R. rejoint donc l'option retenue depuis un certain temps par nombre d'établissements psychiatriques et non des moindres (Hôpital Sainte-Anne Paris, CH P.Pinel à Amiens, CHS Charles Perrens à Bordeaux, CH Edouard Toulouse à Marseille, Centre Psychothérapique de Nancy, CH George Daumezon à Fleury - les - Aubrais, E.P.S.M. de Lille...etc... Les débats et les hésitations internes au C.H.G.R. sont à l'image des tendances nationales rapportées dans l'enquête auprès des établissements et dans les récents rapports relatifs à l'évolution de la prise en charge en santé mentale.

### **3.2 Reflets des dispositifs d'accueil dans les établissements de santé mentale de France**

Il n'est plus nécessaire de citer le fameux Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A.) de l'hôpital Sainte-Anne créé en 1967 à Paris. Ce service fonctionne 24h/24 et assure l'accueil des urgences, des hospitalisations brèves pour les jeunes mineurs et une permanence téléphonique pour les usagers et pour les professionnels (renseignements sur la sectorisation des patients, sur la rédaction des certificats...). Non seulement il répond aux urgences de la mégapole mais il limite des dérives qui pourraient s'opérer : méconnaissance de la sectorisation, de la continuité des soins, hospitalisations intempestives faute de place ou de personnel. Conçu comme une structure intersectorielle, d'aucuns ont pu considéré que son existence avait freiné le développement de structures d'accueil spécifiques à chaque secteur. Il n'en reste pas moins que le C.P.O.A., structure unique et centralisée, a acquis la technicité qui fait de lui l'interlocuteur accepté de tous. 60 % des consultants sont hospitalisés, les 40 % restants étant réadressés sur le centre médico-psychologique ou le médecin traitant.<sup>50</sup> La part de la population errante reçue au C.P.O.A. et son volume d'activité : 15 000 passages par an en font toutefois une structure très spécifique.

---

<sup>50</sup> DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*, p.192.

L'organisation d'une réponse à la demande de soins n'a de sens qu'en fonction de l'implantation et du contexte. C'est pourquoi chacun doit réfléchir à l'opportunité d'adopter telle ou telle forme d'accueil.

Pour mesurer le niveau de développement des formes d'accueil centralisé dans les établissements de psychiatrie, l'enquête réalisée auprès de 96 établissements nous renseigne utilement quant à leurs modalités d'accueil. Les hôpitaux généraux gérant un ou des secteurs de psychiatrie ont volontairement été exclus du champ de l'enquête du fait de l'imbrication possible avec leur service d'urgence classique.

72 établissements ont répondu à l'enquête descriptive soit un taux de réponse de 75 %. Parmi ces 72 établissements, il ressort que 24 ont mis en place un mode d'accueil centralisé et une dizaine ont pour projet de le faire.<sup>51</sup>

Quelques gros établissements n'ayant pas répondu ont des dispositifs pourtant bien connus, décrits à travers la littérature. En extrapolant les chiffres de l'enquête, on peut considérer que la moitié des ex-C.H.S. ont ou vont opté pour une forme d'accueil centralisé à caractère intersectoriel.

### **3.2.1 Une grande diversité de ces structures**

Du simple bureau de soins infirmier à un véritable service d'hospitalisation de courte durée, toutes les formules se sont développées en fonction du contexte local : volume d'activité, moyens mobilisables, configuration des lieux, mobilisation de la communauté professionnelle.....

La dénomination de ces structures est extrêmement variable, recouvrant soit des options réglementaires : centre d'accueil permanent, service d'accueil et d'urgences, soit des réalités fonctionnelles : bureau de soins infirmiers, bureau d'accueil et d'orientation. La notion de centre de crise n'est pas citée dans les dispositifs existants. En revanche, elle apparaît souvent dans les projets énoncés. Faut-il y voir une nouvelle tendance dans la pratique hospitalière, en rapport avec des théories cliniques d'inspiration psychothérapeutique telles l'approche systémique, l'expérimentation des thérapies brèves....ou s'agit-il simplement, comme l'arrêté du 14 mars 1986 le précise, d'une distinction en rapport avec l'implantation de lits. L'arrêté du 14 mars 1986 distingue, en effet, le centre d'accueil permanent du centre de crise par ce critère du lit ; le premier n'utilisant pas les lits plus de 24h - 48 h contre une ou quelques semaines pour le second.

---

<sup>51</sup> Voir annexe 4.

Dans les projets mentionnés, il ressort souvent une capacité d'hébergement pouvant aller jusqu'à dix lits. Le contenu du questionnaire ne permet pas d'en savoir plus sur les orientations qui sous-tendent cette dotation en lits.

La forme juridique des unités créées est également variable allant de la simple Unité Fonctionnelle (U.F.) le plus souvent à la structuration en service notamment pour ceux qui disposent de lits dans ce lieu. La nature intersectorielle de l'entité se traduit par la constitution de fédération ou département qui peuvent intégrer, le cas échéant, l'antenne psychiatrique présente au service d'urgence générale.

### **3.2.2 Une population cible ?**

Dans les structures en place, on observe le plus souvent que ce sont tous les entrants qui sont reçus par la structure. En revanche, dans les projets énoncés, ce sont plutôt les patients non programmés qui sont visés. Sans doute faut-il y voir le signe qu'au stade du projet, l'institution est surtout préoccupée par l'orientation des patients non attendus. Sans doute ne veut-elle pas, non plus, dessaisir totalement les services de cette fonction accueil craignant qu'ils n'acceptent pas d'en faire le deuil. Or, d'un point de vue pragmatique, si l'unité d'accueil rapproche l'accueil administratif et l'accueil médico-soignant, tous les entrants paraissent concernés par un passage dans cette unité au moins pour les formalités d'admission mais aussi parce que l'unité a la connaissance des disponibilités en lits sur l'ensemble de l'hôpital. Précisons qu'à l'identique des autres projets, le C.H.G.R. retient pour l'instant l'idée que seuls les patients non programmés seraient concernés ce qui, du fait du caractère un peu flou du concept, laisse une grande marge d'imprécision.

### **3.2.3 Impact en terme d'hospitalisation**

Le taux d'hospitalisation après passage dans cette unité d'accueil est un indicateur tout à fait intéressant pour mesurer la fonction « filtre » de l'unité et son aptitude à limiter des hospitalisations injustifiées. Bien que les établissements enquêtés n'aient pas toujours pu fournir cette donnée, il ressort un taux médian autour de 70 % environ. 30 % des personnes reçues n'auraient donc pas été hospitalisées. Cependant, il ne faut pas tirer de conclusions hâtives de ce score qui est étroitement lié aux spécificités des structures et à leur vocation initiale. D'une part, la vocation d'origine de la structure pouvait d'emblée être mixte c'est-à-dire être, à la fois, un lieu de consultation type C.M.P. 24h/24 intra-muros et une unité d'accueil des admissions. Ce cas de figure correspond probablement aux sites qui ont pour dénomination « centre d'accueil permanent » et dont on repère que leur taux d'hospitalisation est plus faible que la médiane. Autre cas de figure, il correspond à celui

d'une unité visitée : 70 % d'hospitalisations après passage en son sein or, l'unité est en soi une unité d'hospitalisation puisqu'elle assure des prises en charge pouvant aller jusqu'à 7 jours, ce taux mérite donc d'être nuancé.

Le taux d'hospitalisation dans ces unités d'accueil est donc à corrélérer avec la durée moyenne de séjour qui y est observée. Sur ce point, les situations s'avèrent très disparates allant de 30 minutes à 16 jours ce qui témoigne bien de la diversité des situations.

Il n'y a manifestement pas de modèle unique mais une multiplicité de solutions adaptées aux contextes locaux. Les moyens dédiés à la structure le confirment sans qu'il soit possible de synthétiser ici la configuration des locaux, ni la composition des équipes. Ces éléments seront utiles au stade de l'élaboration du projet du C.H.G.R.

### **3.2.4 Retours d'expérience, auto-évaluation et bilan**

Invités à se prononcer sur les avantages et les inconvénients d'un accueil centralisé, les établissements enquêtés, qu'ils l'aient mis en place ou non, se sont exprimés sur les avantages et inconvénients d'une centralisation de l'accueil. L'ensemble de leurs arguments est repris en annexe n° 5. Ces éléments ont été confirmés à l'occasion des visites de trois sites hospitaliers.

Un bilan qualitatif global peut être tiré des ces appréciations, il recouvre plusieurs aspects qui méritent d'être soulignés.

Une unité dédiée à l'accueil appelle ou entraîne plus de professionnalisme, ce qui se traduit par davantage de technicité et une véritable démarche d'évaluation-orientation des arrivants.

La permanence de son action 24h/24 est le point fort d'une telle structure.

Cette unité assure une interface entre la ville et l'hôpital, elle participe à la démarche de réseau, son activité de régulation et d'écoute téléphonique tant à l'égard des patients que de leur famille est à noter, elle contribue à un meilleur repérage du dispositif psychiatrique et facilite l'accès aux soins qu'ils soient intra ou extra-hospitalier.

En ce qui concerne la gestion des lits, il ressort que la gestion des patients hors secteur est moins tendue mais l'unité d'accueil centralisée ne résout pas tous les problèmes d'engorgement et elle risque de les concentrer à son niveau.

Si la crainte de concentrer la crise ou la violence en un même lieu est exprimée, il s'avère, les visites sur sites l'ont confirmé, que l'environnement est, en général, apaisant et

contenant grâce au professionnalisme des équipes, à la réduction des délais d'attente et à des locaux plus adaptés, plus chaleureux et plus neutres.

Le sentiment de dépossession des soignants des pavillons est réel mais il est en partie compensé par une moindre perturbation dans les services d'hospitalisation et un gain dans l'organisation et la programmation de leur activité.

Une telle unité est consommatrice de moyens même si elle se met en place par voie de mutualisation, elle nécessite une certaine logistique (locaux, transports, repas) et une bonne articulation avec les services (fiches de liaisons, dossiers partagés).

Il en résulte qu'une telle unité ne se justifie qu'à partir d'un certain flux d'activité, sa viabilité dépend en quelque sorte d'un effet de seuil. En outre, son existence est souvent conditionnée par la politique d'implantation au S.A.U., l'une et l'autre ne sont pas exclusives mais peuvent être concurrentielles au regard des moyens disponibles. Si les deux types d'accueil sont mis en place alors leur articulation est indispensable d'où la constitution de fédérations.

Ce bilan nous renseigne utilement sur les leçons à tirer de ces organisations et nous amène à réfléchir aux enjeux et limites d'une telle option dans le contexte rennais et compte tenu des orientations nationales du moment.

### **3.3 Enjeux, risques et limites d'une réorganisation de l'accueil au C.H.G.R.**

A l'origine du projet du C.H.G.R., on repère deux objectifs bien différents dans leur fondement que sont la régulation des entrées et l'amélioration de la qualité de l'accueil. L'un est axé sur le bon fonctionnement de l'hôpital, l'autre est centré sur la satisfaction de l'utilisateur. Si les deux sont légitimes et compatibles, la qualité de la réponse à l'utilisateur doit toujours rester en ligne de mire.

Ces objectifs portent en germe un certain nombre de risques qu'il convient d'appréhender. Mais au-delà de ces deux objectifs, le projet soulève des enjeux plus larges dont les contours sont à apprécier. Être conscient de ces enjeux permettra, ultérieurement et à distance de sa mise en œuvre, d'évaluer l'impact d'un tel dispositif.

#### **3.3.1 Une démarche qui reste hospitalo-centriste ?**

Il faut reconnaître que le projet du C.H.G.R. a été impulsé dans un contexte de sur-occupation des lits. Répondant à une crise que vit l'institution (la prise en charge des

patients « hors secteur » génère des tensions entre les équipes et provoque une insatisfaction globale), il est possible de se demander si le problème de régulation des lits n'est pas, en définitive, le seul fondement du projet.

Restons en alerte sur cette question à travers le jugement critique que porte G. Baillon<sup>52</sup> sur les centres d'accueil situés à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques : « ce choix est au seul bénéfice du confort des soignants et de l'immobilisme des responsables médicaux ... certes ce type de centre cherche à réguler les hospitalisations mais il est tourné vers le passé et non vers l'avenir ! Autrefois, avant la sectorisation, les hôpitaux psychiatriques dynamiques avaient, en effet, un pavillon d'admission leur permettant de classer les patients en catégories différentes. Aujourd'hui un tel centre appelé pour faire mode d'Accueil est toujours plurisectoriel pour cinq secteurs au moins...Au lieu d'établir des liens immédiats avec l'entourage du patient et de passer le temps nécessaire avec lui, la seule question posée aujourd'hui est de savoir si, au regard de la psychiatrie classique ses troubles justifient une hospitalisation. Cette dynamique toute tournée vers le bon fonctionnement de l'hôpital, ne peut que se désintéresser de la diversité des tâches qu'il y aurait à déployer sur le secteur, elle va entretenir sinon gonfler le besoin en lits... Ce recentrement sur l'hôpital psychiatrique, par la création d'un centre dit d'accueil plurisectoriel et intra-hospitalier, est plus condamnable encore que l'immobilisme ».

Ainsi interpellés par les propos il est vrai, d'un fervent défenseur de la politique sectorielle, on mesure tout l'intérêt de concevoir l'unité d'accueil comme une interface entre l'extra et l'intra-hospitalier. L'unité d'accueil ne devra pas se contenter d'accorder ou de refuser un ticket d'entrée. Elle devra être en capacité de proposer des formules alternatives à l'hospitalisation d'où sa nécessaire ouverture sur l'extérieur et une implication dans la logique de réseau. Cette capacité à s'ouvrir sur l'extérieur représente un enjeu majeur. A défaut, l'unité se limiterait à un « service-porte », ce qui serait déjà beaucoup, il faut en convenir.

A) La fonction d'orientation : une notion à double sens

L'unité d'accueil aurait vocation à accueillir-diagnostiquer-orienter. Or, il y a une double lecture possible de la fonction orientation : soit l'orientation en interne (quel pavillon en fonction de quel profil et/ou de quelle adresse), soit l'orientation vis-à-vis de l'extérieur. Les rencontres sur sites ont confirmé le risque de se limiter à la première option, la plus commode et la plus facile à mettre en œuvre. Si l'on peut comprendre que le tri et

---

<sup>52</sup> G. BAILLON .*LES URGENCES DE LA FOLIE*, p .120.

l'orientation rapide s'impose parfois, il faut savoir que 10 % seulement des patients invités à se rendre à une consultation en C.M.P.<sup>53</sup> y donnent suite. Par conséquent, l'unité devra se donner les moyens d'orienter en accompagnant ce qui implique de tisser des liens avec les interlocuteurs externes. En termes concrets, cela veut dire créer des outils de liaison, de communication, s'assurer des prises de rendez-vous si nécessaire..... En bref, cela nécessite de disposer d'une palette de réponses variées et graduées en fonction des situations. Sans céder à la tentation de vouloir tout faire, ni à l'utopie de pouvoir tout faire, il faut tout de même penser le projet au-delà de la fonction « filtre » qui pourrait d'ailleurs être perçue comme une action-repoussoir. Il y a là un véritable enjeu de santé publique.

#### B) L'appel d'air : une crainte mais aussi une opportunité

La création d'une telle structure aura des effets difficiles à évaluer par avance : ils sont certains mais on ne peut en mesurer l'ampleur.

On pouvait percevoir dans les débats internes à l'hôpital la crainte que l'unité d'accueil ne provoque un appel d'air ce qui sous-tend un risque d'engorgement. En contrepartie, il est raisonnable de penser que se présente là l'opportunité de répondre à des besoins non ou mal couverts actuellement. C'est pourquoi il faut envisager un développement maîtrisé de la structure.

En l'état actuel, le projet est très axé sur la seule question de l'évaluation et l'orientation des patients non programmés. Or, de l'avis des personnes rencontrées sur sites, les missions s'élargissent naturellement et l'unité devient vite une plate-forme de renseignements interne et externe, de régulation téléphonique, de consultations. Pour ne pas lutter contre l'inéluctable, il conviendrait d'envisager d'emblée ces possibilités et d'inscrire dans le projet les voies d'évolution en corrélation étroite avec le devenir des C.M.P. sur la ville de Rennes. En clair, s'orienter-t-on vers un C.M.P. intersectoriel couvrant les nuits et les week-end ?

En réalité, il est possible d'apporter une réponse nouvelle dans un environnement sécurisé et en dispersant le moins de moyens possibles à une période où notamment l'évolution de la démographie médicale ne le permet pas. S'adapter à la diversité des demandes qui surgiront tout en répondant à l'objectif premier d'organiser les admissions représente un enjeu majeur. Certes, on encourt le risque de l'hospitalo-centrisme, mais n'est-il pas utile de couvrir les failles des dispositifs existants, au moins dans l'attente d'une réorganisation sectorielle sur la ville de Rennes ?

---

<sup>53</sup> DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*, p.40.

### C) La porte d'entrée du dispositif psychiatrique n'est pas unique

Dans son dernier rapport d'activité, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale rappelle à raison que « le lieu d'implantation de la porte d'entrée en psychiatrie est crucial pour les besoins du patient ... qu'il doit être le moins stigmatisant possible et offrir le maximum de choix d'orientation possible ». C'est pourquoi, elle privilégie clairement les urgences générales et les dispositifs sectoriels situés en ville considérant que « ces objectifs sont moins bien atteints si la porte d'entrée est implantée au C.H.S. ». On peut adhérer à cette position mais il faut reconnaître que les flux de patients ne se décrètent pas, qu'il restera toujours des venues spontanées notamment dans un hôpital psychiatrique bien implanté en ville tel que le C.H..G.R. et qu'il faut donc organiser cet accueil. De plus, il n'est pas opportun « d'amplifier l'urgentisme »<sup>54</sup>, de renforcer « l'encombrement des urgences générales » en y concentrant toutes les demandes de soins dont une large part n'est pas urgente au sens de détresse vitale. Sur la ville de Rennes, le S.A.U. qui enregistre déjà 52 000 passages par an n'ambitionne certainement pas de centraliser toutes les entrées de psychiatrie. Cette incapacité est renforcée par une disposition architecturale qui, jusqu'à restructuration des lieux en 2008, ne permet pas l'exercice de la discipline psychiatrique dans des conditions matérielles satisfaisantes au sein du S.A.U..

En clair, il n'y a pas de porte d'entrée unique en psychiatrie. L'unité d'accueil du C.H.G.R. n'a surtout pas vocation à le devenir mais devra se positionner en terme de complémentarité avec les autres dispositifs d'accueil et d'urgences.

### D) L'accessibilité aux familles

La famille représente un partenaire qui a longtemps été négligé voire repoussé en psychiatrie car il est l'un des protagonistes de la crise. Par conséquent, dans une logique de « mise à distance » son point de vue et ses attentes n'ont pas reçu toute l'attention méritée. Or, c'est un acteur incontournable qui offre souvent l'étayage nécessaire au patient et dont la propre souffrance doit être entendue. C'est un véritable enjeu aujourd'hui pour la psychiatrie que de se rendre accessible aux familles.

Un aspect particulier de l'urgence psychiatrique réside dans le refus de soins des patients psychotiques en crise. La famille est confrontée en premier chef à ces situations où le patient peut-être dangereux pour lui-même ou pour autrui. L'U.N.A.F.A.M. d'Ille-et-

---

<sup>54</sup> Selon l'expression utilisée par les auteurs du rapport CLERY-MELUN.

Vilaine<sup>55</sup> appelle de ses vœux « la mise en place d'un service d'urgence adapté, fonctionnant à minima, auquel les familles pourraient faire appel en cas de crise ».

On a vu que l'idée d'une équipe mobile intervenant à domicile n'est pas d'actualité dans le contexte rennais. Par ailleurs, le S.A.U. est parfois perçu comme un lieu de « passage » par les familles de patients chroniques. L'unité d'accueil du C.H.G.R. aurait ses propres limites face aux difficultés des familles. Néanmoins, si la disponibilité téléphonique de l'unité d'accueil à l'égard des familles en souffrance pouvait représenter une réponse si modeste soit elle alors il convient de l'organiser. Ce serait encore le témoignage d'une volonté d'ouverture sur l'extérieur.

### **3.3.2 Des enjeux autour de la communication**

Si l'introduction d'un nouvel acteur dans le dispositif de prise en charge créé inéluctablement un appel d'air, il faut se donner les moyens d'articuler les flux de patients, de clarifier les circuits ce qui implique une véritable politique de communication. Se présente alors l'occasion d'améliorer l'image de l'hôpital.

#### **A) Pour garantir une maîtrise des flux et de l'adressage**

En ce qui concerne l'adressage, il existe deux risques inhérents au projet : que l'unité d'accueil entre en concurrence avec l'action sectorielle et que des patients relevant du service d'urgences générales ne soient orientés par erreur vers le C.H.G.R.

Dans le premier cas, c'est une désorganisation d'ensemble, une perte de visibilité et le renforcement de l'intra-hospitalier qui en résulteraient.

Dans le second cas, des risques vitaux peuvent être encourus par les patients. A ce sujet, et schématiquement, on peut dire que les patients avec antécédents psychiatriques relèvent à priori du C.H.G.R. sauf problèmes somatiques associés auxquels cas ils relèvent en première intention du S.A.U.. A l'inverse, pour un premier épisode de troubles psychiatriques, il est préférable que le recours, en urgence, au dispositif de soins, se réalise dans le cadre neutre de l'hôpital général.

D'où l'importance de bien communiquer autour du projet en ciblant les médecins adresseurs quitte à personnaliser l'action à leur rencontre. Au départ, une communication générale est indispensable à l'égard des médecins et de différents partenaires : pompiers police, ambulanciers, associations d'usagers et de familles..... Mais, c'est une action permanente qui est nécessaire. Ainsi, toutes les erreurs d'adressage méritent d'être relevées et signalées, par courrier par exemple, quand elles se présentent. Au-delà des

---

<sup>55</sup> Voir annexe 11.

actions correctrices, la capacité de la structure à fournir des renseignements téléphoniques (information sur les dispositifs sectoriels, explication des circuits, fonction conseil, aide à la rédaction des certificats...) participera de cet effort de communication. Notons que le choix de la dénomination de l'unité d'accueil est essentiel en terme de visibilité. Éviter l'emploi du mot «urgence» dans l'intitulé de l'unité paraîtrait judicieux pour éviter toute confusion avec le S.A.U. ou les U.P.A.T.O.U.. De même, le vocable C.A.O. (cellule ou centre d'accueil et d'orientation) est à proscrire car, sur la ville de Rennes, il désigne déjà la structure d'orientation vers les C.H.R.S.. Comme on peut le voir, le choix des mots peut -être lourd de conséquence.

## B) Pour assurer la continuité du lien

Un des principaux risques induit par la création d'une unité d'accueil centralisée et intersectorielle est de démultiplier les intervenants. Ajouter un maillon dans la chaîne des interlocuteurs peut en effet nuire au sacro-saint principe de la « *continuité du lien* » chère à la psychiatrie. S'y l'on ajoute que ce lien se crée surtout dans les premiers instants c'est-à-dire au stade de l'accueil, l'« alliance thérapeutique » avec les équipes soignantes des secteurs ne risque-t-elle pas d'être compromise ? Telles sont les raisons objectives pour lesquelles celles-ci n'acceptent pas volontiers de se dessaisir de la fonction accueil.

Néanmoins, on peut s'interroger sur la validité du principe et sur sa réalité actuelle.

En effet, le turn-over des équipes est de plus en plus marqué (application des 35h, davantage de mobilité professionnelle, alternance équipes de nuit et de jour..). On constate que l'idée d'un infirmier référent par patient est assez répandue dans les services de soins mais qu'elle est difficile à concrétiser. En outre, que penser du premier accueil médical réalisé aujourd'hui par un interne qui est rarement un interne en spécialité et dont le semestre en psychiatrie ne sera qu'un fugitif passage ? Enfin, comment vit ce principe alors que les services accueillent 10 à 20 % de patients hors secteur dont ils n'assurent pas le suivi ultérieurement.

Il faut en convenir, la continuité du lien est déjà mise à mal et ne peut plus se suffire de la personnalisation de la relation. Il faut organiser la communication entre les acteurs, raisonner sur des outils et des méthodes partagées, harmoniser les pratiques.

Pour que l'unité d'accueil à venir ne concentre pas sur elle toutes les critiques en rapport avec les « loupés » possibles, les équipes doivent se sentir impliquées dans son fonctionnement et la reconnaître comme une antenne avancée de leur service. C'est pourquoi il faut favoriser les échanges entre les équipes et ce autour des patients ou de leur famille. On peut préconiser, par exemple, le passage des équipes de l'extra-hospitalier au sein de l'unité pour prise de contact avec des patients si nécessaire. Par

ailleurs, la « triangulation thérapeutique »<sup>56</sup> qui consiste à se passer le témoin entre soignants en présence du patient, contribuerait à l'articulation entre l'unité et les services. Le lien créé n'en serait que mieux préservé. Enfin, il apparaît indispensable que des réunions de concertation et de régulation entre les services et cette unité soit formellement organisées pour que les ajustements souhaités soient débattus en commun. Toutes les initiatives tendant à améliorer la communication entre l'unité et les services seront à encourager en particulier dans les premiers mois de son fonctionnement. De ce point de vue, le dossier patient informatisé dont le C.H.G.R. fera l'acquisition fin 2004 sera un outil précieux facilitant le partage de l'information.

### C) Un gain en terme de disponibilité, de lisibilité, et d'image

L'établissement public de santé mentale souffre toujours d'un problème d'image. De plus, la psychiatrie publique de manière générale manque de visibilité dans son action comme en témoigne l'enquête de l'U.R.M.L. auprès des médecins généralistes.

Si l'on parvient à éviter le piège de l'hospitalo-centrisme en faisant en sorte que l'unité d'accueil soit très ouverte sur l'extérieur et ce à travers une démarche de communication soutenue alors, au final, il peut en résulter une meilleure lisibilité par rapport à l'organisation sectorielle et un gain considérable pour l'image de l'hôpital.

Il est certain qu'une unité d'accueil ne peut pas porter ni faire vivre seule la logique partenariale. D'ailleurs, il revient plus naturellement aux secteurs d'être promoteurs du travail en réseau, ce en quoi des progrès restent à faire. Néanmoins, la psychiatrie publique à travers l'unité d'accueil offrirait davantage de disponibilité ce qui représente une condition de réussite dans la démarche de réseau.

Certes, l'unité d'accueil centralisée reste en apparence une formule « institutionnelle » car elle correspond à une organisation sécurisée et améliorée des admissions à l'hôpital. Toutefois, il est permis d'avoir des ambitions plus larges et d'inscrire cette unité dans une logique de réseau qu'il convient de développer en amont de l'hôpital. Ce sas s'il est bien structuré sera vite repéré comme un centre névralgique d'où un effet « vitrine » à ne pas négliger et un intérêt tout particulier à réussir son organisation.

---

<sup>56</sup> Selon le concept développé par M. De Clerq.

### **3.4 Proposition de scénario pour une unité d'accueil et d'orientation au C.H.G.R.**

Au terme de cette étude et compte tenu de l'avancement de la réflexion au sein de l'établissement, il est possible de formuler des propositions d'organisation concrète. Après un synthétique rappel sur l'origine du projet et son fondement, il convient de préciser les missions de la structure et son activité prévisionnelle ainsi que les moyens humains et matériels à mettre en œuvre pour en assurer le fonctionnement.

#### **3.4.1 Rappel sur l'analyse du besoin**

Il est utile de résumer schématiquement les principaux indicateurs qui imposent de revoir les conditions d'accueil actuelles du C.H.G.R. :

- ✓ Accroissement du nombre d'entrées et en particulier du nombre d'hospitalisations sans consentement ce qui rend la fonction accueil plus difficile à exercer.
- ✓ Environ 20 % d'entrées non justifiées selon l'enquête « internat » menée par le D.I.M. de mars à avril 2004, chiffre confirmé par l'enquête réalisée auprès des établissements France entière où l'on observe que le taux d'hospitalisation après passage en unité d'accueil est de l'ordre de 70 %.
- ✓ 14 % des entrants n'a pas de certificat médical d'adressage. Pour les autres, 1/3 des certificats des médecins adresseurs ne sont pas explicites d'où la nécessité de faire un bilan clinique avant admission et de développer les relations avec ces interlocuteurs.
- ✓ 20 % des entrées réalisées « hors secteur » au premier semestre 2004 d'où dérégulation dans la gestion des lits.
- ✓ Conditions d'accueil hôtelier très inégales dans les services et dans l'ensemble plutôt médiocres.
- ✓ Perturbations dans le fonctionnement des services en rapport avec les entrées non programmées de patients parfois agités.
- ✓ Insuffisances dans le dispositif extra-hospitalier (manque de visibilité, plages horaires d'ouverture restreintes, réseau peu développé)
- ✓ Image perfectible de l'institution.

#### **3.4.2 Orientation et nature du projet**

Les différentes structures décrites dans l'enquête réalisée auprès de l'ensemble des établissements publics de santé mentale<sup>57</sup> font ressortir deux tendances sur le plan organisationnel :

✓ Le centre d'accueil permanent ou de crise au sens de l'arrêté du 14 mars 1986 dont l'objectif est d'observer sur une période de 48 heures ou davantage tous les patients non programmés. Cette formule implique une forme d'hospitalisation de courte durée avec des lits, des moyens humains et logistiques en conséquence.

✓ Le sas d'entrée qui assure un filtre et un lien entre l'extra et l'intra-hospitalier à partir duquel la décision d'orientation est immédiate. On y trouve des espaces de repos qui n'ont pas vocation à être utilisés plus de 24 heures bien que la période du week-end puisse conduire à « déborder » un peu cette règle.

Dernièrement, les auteurs du rapport Cléry - Melun ont préconisé la création d'unités intersectorielles d'accueil (U.I.A.) et l'application du protocole de soins dit des « 72h »<sup>58</sup>. Au sens de ce rapport, l'U.I.A. disposerait en moyenne de 18 lits pour 200 à 300 000 habitants. Elle aurait vocation à observer, traiter, puis orienter soit vers une unité de psychiatrie générale, soit vers une unité intersectorielle spécialisée, soit vers l'hospitalisation privée. Elle aurait notamment vocation à accueillir les patients relevant du protocole des « 72h », période utilisée pour tenter d'obtenir le consentement aux soins et d'éviter le recours à la contrainte.<sup>59</sup>

En l'état actuel du contexte rennais, l'option du sas d'entrée est la seule qui puisse emporter l'adhésion de la communauté médicale et soignante de l'hôpital pour l'instant. L'installation de 15 lits au S.A.U., en 2008, ouvrira des perspectives pour les prises en charge de courte durée et correspondra peut-être à la formule de l'U.I.A. si cette proposition devait trouver une traduction réglementaire au niveau national.

A terme, si l'approche clinique au sein de l'établissement tendait à développer la fonction « gestion de crise » avec des approches thérapeutiques spécifiques peut être faudrait il alors faire évoluer aussi l'unité d'accueil du C.H.G.R. en ce sens. Mais, il n'y a pas de promoteurs de cette approche médicale, à ce jour, au sein de l'établissement. De toute façon, il serait plus logique de privilégier le site du S.A.U. pour ce faire.

C'est donc un sas d'entrée assurant le triptyque « accueil-diagnostic-orientation » qui est à prévoir.

---

<sup>57</sup> Voir annexe 4.

<sup>58</sup> Cf. proposition n°II-30 du rapport.

### **3.4.3 Structuration juridique : unité fonctionnelle ou service ?**

Pour une bonne implication des services dans le fonctionnement de l'unité, il faut retenir une structuration juridique qui reflète le mieux la volonté d'intersectorialité. La structure doit, en effet, jouer le jeu de la transversalité, c'est le gage de son acceptabilité. Pour cette raison, le mode fédératif s'avère très adapté. D'ailleurs, la formule juridique la plus répandue dans les établissements enquêtés est celle de la fédération incluant ou non selon les contextes locaux, l'unité médico-psychologique implantée au S.A.U..

Le choix de qualifier ce sas d'unité fonctionnelle ou de service n'est pas neutre. La création sous la forme d'un service peut lui conférer un certain poids notamment à l'égard de l'extérieur et marquer la volonté d'en faire d'emblée un dispositif à parité avec les autres services. De plus, l'équipe y trouverait une véritable identité à travers une vie de service formalisée (conseil de service, responsabilité d'un cadre supérieur ...). A l'inverse le risque est grand que ce service soit perçu comme une entité indépendante voire hégémonique. Le sentiment de dépossession des services par rapport à la fonction accueil n'en serait que renforcé. Dans ce cas, la non implication des services dans son fonctionnement est à craindre. En outre, les dysfonctionnements générés par des défauts d'articulation lui seraient volontiers imputés et cette unité courrait alors le risque de cristalliser toutes les critiques.

Pour cette raison, je préconiserais plutôt l'option unité fonctionnelle, formule plus modeste, avec rattachement à un service quel qu'il soit de façon à ce que l'équipe participe à une vie de service.

Service ou U.F., l'entité pourrait s'inscrire dans une fédération intégrant aussi l'activité d'urgences psychiatriques du S.A.U. dont la garde médicale. Le rattachement de la C.U.M.P. voire de l'équipe mobile précarité à cet ensemble permettrait de regrouper des missions de même nature, toutes centrées sur la prise de contact et l'établissement du lien.

### **3.4.4 Missions de la structure**

Partant sur cette base, il est alors possible de définir les principales missions de l'unité :

- ✓ Accueil infirmier.
- ✓ Bilan médical- Évaluation-Décision d'orientation.
- ✓ Formalités administratives si admission.

---

<sup>59</sup> Élément de proposition d'une réforme de la loi du 27 Juin 1990, élément qui res te donc virtuel.

- ✓ Organisation du transfert vers le service d'hospitalisation ou organisation de la sortie avec prise de contact avec l'extérieur.
- ✓ Réponse téléphonique aux partenaires extérieurs, aux familles, aux patients....
- ✓ Port d'attache de la C.U.M.P. et de l'équipe mobile précarité.
- ✓ Lieu de consultation en dehors des heures d'ouverture des C.M.P..

Ces deux derniers points sont des suggestions qui n'ont jamais été débattues dans l'établissement. Le rattachement de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique paraît naturel dès lors qu'il s'agit du thème de l'urgence, que la cellule est par définition intersectorielle et que le matériel de la C.U.M.P. est d'ores et déjà entreposé au niveau de l'accueil de l'hôpital. Comme la C.U.M.P., l'équipe mobile précarité constitue une interface mobile entre l'extérieur et l'institution, elle vise surtout les personnes « hors secteur », elle participe pleinement à la logique de réseau. Son rattachement à l'unité d'accueil pourrait être un élément facilitateur pour l'accueil et l'orientation des patients réputés difficiles et perturbateurs que sont les S.D.F..

Enfin, l'activité de consultation reste conditionnée par l'évolution des C.M.P. sur la ville de Rennes. Quoiqu'il en soit et indépendamment de toute action volontariste de l'hôpital, l'émergence d'une demande de prise en charge sous cette forme semble inéluctable. C'est pour le moins des consultations téléphoniques qui apparaîtront mais l'implantation du C.H.G.R. en ville de Rennes générera aussi des venues spontanées ou même initiées par certains généralistes. Il vaut donc mieux anticiper cette activité plutôt que la subir.

### **3.4.5 Population et niveau d'activité prévisionnel**

La cohabitation du bureau des entrées et de l'équipe soignante est souhaitable pour éviter aux personnes un circuit d'entrée trop compliqué. Le rapprochement des différentes composantes médicales, soignantes et administratives participera à l'amélioration globale de l'accueil. Par conséquent, l'ensemble des entrants serait appelé à transiter dans ce lieu unifié. En revanche, selon les modalités d'adressage, il ne sera pas nécessaire que tous les patients fassent l'objet d'une décision d'orientation du médecin du sas.

Il en est ainsi pour les patients en provenance du S.A.U, pour ceux dont l'admission est décidée en C.M.P., peut-être aussi pour les patients sous contrainte.

Si le bilan médical à l'entrée n'est pas toujours souhaitable au risque de faire doublon, peut être le faudra-t-il tout de même pour les patients sous contrainte. La répartition des rôles entre ce sas et les services devra être éclaircie, définie et écrite pour les différents cas de figures.

Selon la cible visée, le volume prévisionnel d'activité est fluctuant. Prenons comme base d'appréciation le niveau maximal c'est-à-dire tous les entrants dans la mesure où il restera toujours les formalités administratives à traiter dont la question de la conformité des certificats d'hospitalisation sous contrainte.

En partant des statistiques du bureau des entrées, on dénombre en moyenne 16 admissions par jour en hospitalisation adulte à temps complet au cours de l'année 2003.

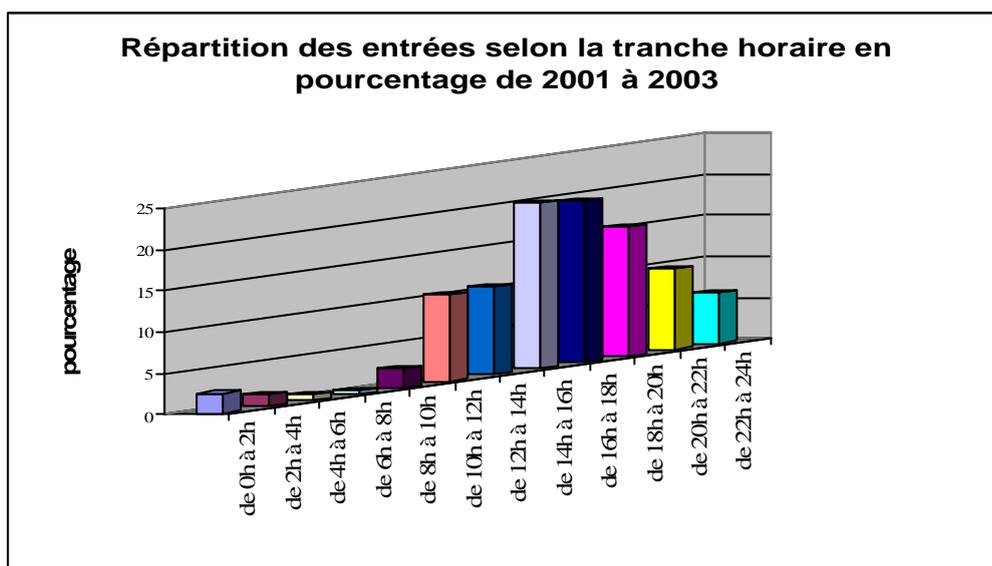
<b>Nombre moyen d'admissions et de sorties, par jour, en hospitalisation adulte à temps plein au C.H.G.R. - ANNÉE 2003</b>				
Jour de la semaine	Après correction des jours fériés de semaine		Sans correction des jours fériés	
	Nbre entrées	Nbre sorties	Nbre entrées	Nbre sorties
Lundi	20	22	19	21
Mardi	19	18	19	17
Mercredi	17	18	17	18
Jeudi	17	19	17	18
Vendredi	19	28	19	27
Samedi	12	7	12	7
Dimanche	9	2	9	2
<b>Moyenne de la semaine</b>	16	16	16	16

En ce qui concerne les entrées, le tableau ci-dessus nous montre des pics d'activité le lundi, mardi et vendredi, le nombre décroît le samedi pour être à son point le plus faible le dimanche. Au niveau des sorties, il faut souligner le temps fort du vendredi (anticipations du week-end ?) et dans une moindre mesure du lundi (régulation des week-end ?).<sup>60</sup>

Sur le plan saisonnier, les mois d'août, avril, mai et décembre apparaissent plus calmes avec respectivement 15 et 14 entrées en moyenne/jour et les mois de mars et septembre plus forts avec 18 entrées en moyenne/jour.

Ce sont surtout les variations par jour qui ont un intérêt sur le plan organisationnel mais plus encore il faut tenir compte de la répartition horaire des entrées.

<sup>60</sup> Voir tableau et graphiques complémentaires en annexe 13.



En ce qui concerne les tranches horaires, l'analyse des données sur trois ans démontre une forte concentration de l'activité sur l'après-midi et ce contrairement aux idées reçues qui laissent penser que la densité est plus forte en soirée. En effet, la tranche horaire de 14h à 16h enregistre le plus d'entrées quasiment à parité avec la tranche 16h-18h à hauteur de 20 % chacune. Il reste néanmoins 31 % d'admissions, en cumul, entre 18h et minuit. Cette portion est d'autant moins négligeable qu'elle concentre des patients non « programmés », caractérisés souvent par une imprégnation alcoolique. Leur arrivée est perturbante pour le sommeil des autres patients. De plus, sur cette période, l'effectif administratif et soignant s'amenuise au fil des heures. Notons, qu'actuellement le bureau des entrées ferme à 17h45. Le relais est pris par l'agent d'accueil au milieu de toutes ses autres tâches de conciergerie. La perception de la fin de journée est donc accentuée du fait des conditions d'exercice et du profil des patients. La configuration de l'équipe de l'unité d'accueil devra en tenir compte.

### 3.4.6 Fonctionnement de l'unité

A l'occasion des visites sur sites, on a pu repérer le circuit souhaitable du patient dans l'unité d'accueil. Il est modulable selon le profil du patient et ses conditions d'adressage. Au plus, son passage prend la forme suivante :

- ✓ Accueil infirmier
- ✓ Examen somatique par l'interne et/ou un médecin généraliste
- ✓ Bilan et orientation du psychiatre senior
- ✓ Rencontre avec assistant social si jugé nécessaire par le praticien hospitalier
- ✓ Formalités administratives au bureau des entrées si admission

✓ Transfert, le cas échéant, vers le service après un possible temps d'attente, de repos, d'apaisement dans l'unité ou sortie.

Sur un plan pratique, le service d'un plateau-repas est à prévoir en fonction des heures d'arrivée, des délais d'attente possible avant transfert dans les services... De même, les familles peuvent être amenées à patienter un peu d'où l'intérêt d'implanter des distributeurs automatiques de boissons et gâteaux. L'environnement est un facteur essentiel dans la qualité de la prise en charge.

D'ailleurs, la question de l'agressivité est très liée aux facteurs environnementaux. En 2003, le C.H.G.R. a voulu appréhender le phénomène de la violence en analysant les appels à renfort sur deux mois. On pourrait en conclure que les problèmes de violence n'apparaissent pas majoritairement à l'entrée puisque 29 appels à renforts ont été déclenchés lors de l'admission contre 116 au cours de l'hospitalisation. Mais, il faut nuancer ces chiffres dans la mesure où ils englobent les interventions liées aux mises en chambre d'isolement. Ces renforts peuvent concerner le même patient sur un même séjour. En outre, une seule mise en chambre d'isolement peut nécessiter plusieurs renforts pour la gestion de la toilette, des repas .... S'il faut lire ces chiffres avec prudence, on peut retenir tout de même l'ordre de grandeur de 29 appels à renfort liés aux admissions soit environ 3 % d'entrées à haut risque sur la période.

Faire face à l'agressivité c'est d'abord prévenir son expression. L'immédiateté de la rencontre avec un soignant dans l'unité d'accueil, le professionnalisme de l'équipe (capacité à repérer les signes avant-coureurs) l'organisation de locaux agréables respectant la dignité de la personne (intimité, confidentialité) sont des atouts majeurs. C'est pourquoi il convient de constituer des équipes avec des professionnels chevronnés, formés et d'éviter une organisation matérielle au rabais de type « box », par exemple.

Disposer d'une chambre d'isolement que l'on pourrait qualifier plutôt d'apaisement est jugé utile dans le contexte rennais.

#### A) Articulation avec les services

Elle conditionne la réussite d'un tel projet, elle repose sur quelques éléments fondamentaux :

✓ Le respect des rôles de chaque équipe (qui remet le livret d'accueil, qui fait l'inventaire ?...).

✓ Un échange téléphonique pour convenir de l'heure d'entrée dans le pavillon d'hospitalisation.

✓ L'accompagnement de la personne. Il est souhaitable que le personnel du service se déplace à l'unité d'accueil pour venir chercher la personne. C'est l'occasion de passer les consignes et de transmettre les éléments écrits. Enfin, un échange « triangulaire » c'est-à-dire entre les deux infirmiers et avec le patient est humainement souhaitable lorsque c'est possible.

✓ Le recours à des outils élaborés en commun. Le dossier patient informatisé sera très aidant mais dans l'attente il faut sûrement créer des fiches de liaison.

✓ L'accessibilité aux dossiers archivés dans les services. La nuit et le week-end, les membres de l'unité d'accueil devront disposer des clefs des différentes archives.

#### B) Relations à définir entre le S.A.U. et l'unité d'accueil du C.H.G.R.

28 % des patients proviennent du C.H.U., essentiellement du S.A.U.. Indépendamment de la structuration juridique (fédération ou non), il y a lieu de prévoir une collaboration étroite entre les deux équipes psychiatriques : celle du S.A.U. et celle de l'unité d'accueil du C.H.G.R.. Cette collaboration prendra corps avec des mesures simples comme :

✓ La rédaction en commun de fiches de liaison ou autres supports écrits.

✓ L'immersion professionnelle d'une semaine au moins de chacun des membres de l'équipe au sein de l'autre équipe.

✓ La formation de groupes à composition mixte sur des sujets communs : technique d'accueil, gestion de l'agressivité, dispositions médico-légales ...

✓ Une liaison téléphonique directe entre les deux unités.

Les transferts entre les deux sites devront être réalisés suivant des protocoles clairs et rédigés. Par principe, les personnes transportées par les pompiers ne relèvent pas du S.A.U.. Cette consigne pourra être rappelée.

#### C) Liens à établir avec les C.M.P.

De la même façon que la présence psychiatrique au S.A.U. a généré un nombre de consultations important sur site, il est probable que l'existence d'une unité d'accueil à la porte du C.H.G.R. provoquera un appel d'air pour les demandes de consultations inopinées et non satisfaites en l'état actuel du dispositif. Quel sera le jeu des différents acteurs à l'égard de cette unité d'accueil qu'il s'agisse des médecins de ville, des patients ou des C.M.P. eux-mêmes ? On peut sans se tromper imaginer des phénomènes de transferts. D'ailleurs, les rencontres au sein des trois établissements visités l'ont confirmé. La mise en place de l'unité d'accueil risque donc de « heurter » la logique sectorielle.

Si la volonté affichée de l'institution est que cette unité ne soit pas un C.M.P. 24h/24, la permanence médicale qui y sera assurée répondra forcément aux besoins non couverts par ailleurs. L'évolution des C.M.P. est donc à penser en corrélation forte avec le projet intersectoriel d'unité d'accueil afin d'imaginer les complémentarités possibles et de prévenir une désorganisation ou des formes de concurrence déplacées. Comme il existe des protocoles fixant les règles d'adressage du C.M.P. vers le service d'hospitalisation du secteur et inversement, il faudra organiser les relations entre l'unité d'accueil intersectorielle et les C.M.P..

Un nombre non négligeable d'orientation vers les C.M.P. sera sans doute initié par le médecin de cette unité d'accueil. Il serait d'ailleurs souhaitable que l'équipe infirmière de l'unité fixe la date de rendez-vous au C.M.P. avant même que le patient ne quitte l'unité d'accueil. Ceci interfère avec les liaisons « naturelles » que les équipes d'intra et d'extra-hospitalier entretiennent au sein d'un même secteur.

Là encore, il va falloir créer des documents de « liaison » et favoriser les rencontres entre l'équipe de l'unité et les équipes d'extra-hospitalier. Leur mission commune étant de prévenir au maximum les hospitalisations.

### **3.4.7 Solution architecturale**

Pour que le circuit idéal du patient soit respecté, la solution architecturale doit le permettre au mieux et donc prévoir à l'entrée :

- ✓ un bureau d'entretien infirmier,
- ✓ un bureau de cadre infirmier,
- ✓ une salle d'attente,

dans la continuité,

- ✓ le bureau de l'interne et/ou généraliste,
- ✓ le bureau du P.H. psychiatre,
- ✓ un bureau polyvalent (médical, assistant social...),
- ✓ des espaces de repos : 3-4 chambres avec un fauteuil qui évite d'utiliser le lit si possible,

- ✓ une chambre d'isolement/apaisement,
- ✓ des sanitaires,
- ✓ un office avec un coin repas,

au delà,

- ✓ le secrétariat médical,
- ✓ le bureau des entrées,
- ✓ l'office et le vestiaire du personnel + un ou deux locaux techniques.

La solution architecturale doit mettre en avant le premier interlocuteur qui doit être un soignant et non plus un administratif.

Actuellement, le C.H.G.R. dispose d'un vaste bâtiment abritant le concierge, le standard, le bureau des entrées et des frais de séjour. Ce bâtiment de 200 m<sup>2</sup> environ est situé à l'entrée de l'enceinte hospitalière. Il pourrait être relié à un bâtiment voisin peu utilisé de 80 m<sup>2</sup> environ. Les relier pour faire un ensemble médico-administratif paraît tout à fait opportun. Cette organisation spatiale présente l'avantage très symbolique mais essentiel de réaliser l'accueil en amont de la grille d'entrée.

La volonté de faire une unité entre le «dehors » et le «dedans » trouverait là une traduction concrète.

### **3.4.8 Quels professionnels pour cette unité ?**

Sur le plan médical, la « seniorisation » de l'unité 24h/24 est indispensable faute de quoi le risque est grand de poursuivre sur la voie des hospitalisations injustifiées.

L'articulation interne - praticien hospitalier est donc à trouver. Cette unité d'accueil serait un terrain d'observation fort riche et donc un lieu de formation intéressant pour les internes. C'est pourquoi, leur présence y est souhaitable. Sans doute leur rôle peut-il consister en l'examen somatique avec une couverture sous forme d'astreinte par les médecins généralistes de l'hôpital.

En ce qui concerne la garde psychiatrique, il est loisible d'envisager un système partagé entre le S.A.U. distant de quelques kilomètres et le site du C.H.G.R. En matière de psychiatrie, dans la mesure où il n'y a pas d'urgence vitale, la couverture de deux sites distincts par un même praticien de garde est réalisable. Le nombre de consultations, environ 400, réalisées pendant la garde sur le S.A.U. l'autorise. Sous réserve d'une analyse plus fine de cette activité, il pourrait être envisagé la garde sur le C.H.G.R. en semaine avec déplacement possible au S.A.U. et inversement le week-end. Le moment le plus délicat à couvrir serait peut être le vendredi soir. Cette formule correspondrait à l'esprit des préconisations du rapport Nicolas<sup>61</sup> qui recommande d'éviter les doublons sur des sites proches et dont découle le concept de « pôle de garde ».

En ce qui concerne les effectifs non médicaux, compte tenu du volume d'activité prévisionnel et des organisations observées, on peut proposer la présence :

---

<sup>61</sup> NICOLAS G., DURET M.. *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*, juin 2001.

- d'un cadre de santé 24h/24.
- d'un infirmier en matinée, de deux infirmiers l'après-midi et d'un infirmier la nuit.
- d'un poste ou demi-poste d'A.S.H. en journée pour assurer la fonction hôtelière.
- des agents administratifs du bureau des entrées en journée en décalant vers le début de soirée les horaires de l'équipe actuelle.
- d'un mi-temps de secrétariat médical.
- de l'agent d'accueil (= concierge) qui assure également le standard la nuit.

La question du travail social se pose. Dans un premier temps, il n'est peut-être pas utile d'avoir une assistante sociale dédiée. Ceci implique, en revanche, que le personnel infirmier connaisse bien le réseau social et un certain nombre de dispositifs en terme de droits. Par contre, une assistante sociale du service de rattachement ou le cadre socio-éducatif responsable du service social pourraient être des personnes ressources pour ce personnel infirmier. Il faudra mesurer à terme combien de situations auraient nécessité le recours en urgence à une assistante sociale.

#### **3.4.9 Surcoûts et financement**

En ce qui concerne l'investissement, en prenant une base de 1 200 euros par m<sup>2</sup> restructuré (données observées au C.H.G.R.), on obtient un coût estimatif de travaux de 336 000 euros T.T.C. pour 280 m<sup>2</sup> de surface.

Au niveau des charges de personnel, la garde médicale, la présence des internes, du cadre de garde de nuit et du personnel administratif pourraient être assurées à coût constant compte tenu des moyens déjà mobilisés sur l'hôpital. Les conditions d'exercice de ce personnel seraient modifiées mais sans surcoût.

Par contre, il resterait environ 3 E.T.P. de temps médical à financer soit 306 000 euros, charges comprises, pour la présence médicale de jour. L'établissement pourra assurer une partie du financement par redéploiement de moyens notamment de l'enveloppe « 35 heures médicales ». Le solde sera négocié avec les autorités sanitaires lors du dépôt du projet d'établissement.

La présence de trois infirmiers de jour se traduit par un besoin de 5.5 à 6 ETP et celle d'un infirmier la nuit correspond à 2.5 E.T.P.. S'y ajoute la présence d'un cadre de jour et d'une fraction de temps d'A.S.H.. Au total, c'est environ 10 E.T.P. de personnel soignant soit un coût estimatif de 400 000 euros, charges incluses, que nécessite le fonctionnement de l'unité. Une fraction pourrait être financée par redéploiement à partir des services et le solde négocié avec les autorités sanitaires.

Enfin, pour couvrir le fonctionnement général de la structure, il faut prévoir 15 % à 20 % de charges de fonctionnement supplémentaires (médicaments, transports, consommations diverses, amortissements...) s'ajoutant aux charges de personnel qui, en psychiatrie, représentent environ 85 % du budget total de fonctionnement.

Pour conclure sur le scénario proposé, soulignons qu'une organisation de ce type ne pourra pas fonctionner sans règlement intérieur et surtout des écrits (= protocoles) très précis définissant les règles de mutation - transfert - orientation. Un des risques majeurs serait que les critères d'orientation vers l'extérieur ou vers les services ne soient pas transparents. Cela générerait tensions et incompréhensions entre les partenaires. Il faut donc que la communauté médicale définisse bien, à priori, les règles d'orientation au regard des profils « cliniques ». Au-delà, lors du fonctionnement en routine, des réunions de régulation avec études de cas concrets mériteraient également d'être conduites.

A défaut et dans un contexte de tension sur les lits, l'unité d'accueil pourrait faire l'objet de toutes les critiques.

## CONCLUSION

Le recours au C.H.G.R. dans sa forme hospitalière est manifestement croissant depuis quelques années sans que les conditions d'accueil n'aient été adaptées. Or, il est indispensable que des lieux d'accueil se concrétisent là où se situent les demandes notamment en établissement spécialisé en santé mentale pour les patients qui s'y présentent spontanément ou sous contrainte.

De plus, les modes et les circuits d'adressage des patients évoluent au fil du temps au gré des partenariats en place et de la densité du dispositif de prévention, de traitement et d'orientation situé en amont de l'hôpital. De ce point de vue, sur le bassin rennais, les actions de coopération méritent d'être développées. Une structure d'accueil psychiatrique au sein de l'hôpital peut être un outil intégré au sein d'un réseau de partenaires, offrant une variété de soins adaptés aux situations rencontrées dans lesquels l'hospitalisation classique est une des réponses possibles mais non exclusive. Cette structure d'accueil n'aurait pas vocation à être « tête de réseau » - l'organisation sectorielle extra-hospitalière offre à cet égard un cadre plus adapté - mais elle peut participer à cette logique de réseau et la conforter.

La mise en place d'une telle structure au sein de l'hôpital n'est pas simple car elle va à l'encontre de l'organisation sectorielle qui se traduit trop souvent par un cloisonnement des services. A l'inverse, une approche intersectorielle appelle l'harmonisation des pratiques et une implication réelle de tous dans le fonctionnement de cette nouvelle unité. On est en droit d'en attendre, de plus, une spécialisation de la prise en charge et ce au bénéfice des patients en définitive. Tels sont les paris à tenir pour que la création d'un dispositif supplémentaire contribue effectivement à l'amélioration de l'accueil en psychiatrie.

Gageons donc qu'avec la réalisation d'un tel projet l'histoire de monsieur X ne se reproduise plus.

.....

---

# Bibliographie

---

## **TEXTES REGLEMENTAIRES** (ordre chronologique) :

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaire n° 896 A 92 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social et notamment son art 8. légalisant le secteur.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

Guide de planification en santé mentale mis à jour le 11 décembre 1987 publié par circulaire du 2 mars 1988. BO spécial n°88/6 bis.

Circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Circulaire n° 39/92 DH/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Décrets n° 97-615 et 97-616 du 30 mai 1997 relatifs à l'organisation des urgences.

Schéma régional d'organisation sanitaire en santé mentale de Bretagne. Arrêté ARH du 23 avril 2001.

Programme régional d'accès à la prévention et aux soins de Bretagne 2003 – 2006.

Arrêté préfectoral du 30 juillet 2003.

Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

## **RAPPORTS** (ordre alphabétique) :

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE. *Santé mentale en Bretagne. Bilan et orientations stratégiques 2001-2005*, Septembre 2000. Disponible sur site Internet : <http://www.arh-bretagne.fr/>

AGENCE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE BRETAGNE. *Bilan du schéma régional en santé mentale 2001/2005*, validé par le Comité Régional de Santé Mentale en Juin 2004.

CLERY - MELIN P., KOVESS V., PASCAL J. C. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. Rapport au ministre de la santé. Septembre 2003. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *STATISS 2003. Les régions françaises*. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000*. Série études, n° 42, Document de travail. Mars 2004. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES. *L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? Études et résultats*, n° 42. Janvier 2000. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Groupe de travail DHOS/O2. *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins de santé mentale*. Mars 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Rapport du groupe de travail relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé »*. Avril 2002. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ. *Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de santé mentale dans les situations de précarité et d'exclusion*. Document de synthèse du groupe de travail ministériel, juin - novembre 2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE BRETAGNE. *STATISS 2004, Région Bretagne*. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

ÉCHELON LOCAL DU SERVICE MÉDICAL D'ASSURANCE MALADIE DE RENNES. *Évaluation comparative des services de psychiatrie C.H.G.R. Rennes*. Février 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *PLAN SANTÉ MENTALE, l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover*, 14 Novembre 2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE. *Compte-rendu d'activité 2003*. Mars 2004. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

NICOLAT G., DURET M. *Propositions sur les options à prendre en matière de démographie médicale*. Rapport au Ministre de la Santé. Juin 2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE. *Indicateurs épidémiologiques en santé mentale*. Étude réalisée à la demande du C.H.G.R.. Rennes. Décembre 2003.

PIEL E., ROELANDT J.-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission. Paris. Juillet 2001. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>.

UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX DE BRETAGNE. *Prise en charge des problèmes de santé mentale en médecine libérale*. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Juin 2004. Disponible sur Internet : <http://www.urml-bretagne.com/>.

#### **OUVRAGES :**

ALBERNHE K., ALBERNHE T. *Organisation des soins en psychiatrie*. Paris : Masson, 2003. 322 p.

ASSOCIATION NATIONALE DES PRÉSIDENTS ET VICE-PRÉSIDENTS DE C.M.E. DE C.H.S. *De la psychiatrie.....*Nantes : Les Bulletins d'Informations Spécialisées, 1994. 358 p.

BAILLON G. *Les urgences de la folie. L'accueil en santé mentale*. Paris : Gaëtan Morin, 1998. 228 p. Des pensées et des actes en santé mentale.

DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*. Paris : Masson, 1998. 312 p. Médecine et psychothérapie.

KOVESS V., LOPEZ A., PÉNOCHET J.-C. et al. *Psychiatrie années 2000. Organisations, Évaluations, Accréditation*. Paris : Flammarion, 2001. 305 p. Médecines - sciences.

LOVELL A.-M. *Santé mentale et société*. Paris : La documentation française. Revue n° 899. Avril 2004. Problèmes politiques et sociaux.

MASSÉ G. *La psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale (rapport au ministre de la santé)*. Rennes : Éditions E.N.S.P., 1993. 321 p.

MATHIS D.. *Les établissements publics de santé mentale. Recueil de textes législatifs et réglementaires*. Bordeaux : Les Études Hospitalières, 1999. 338 p.

#### **THÈSE :**

RICHARD C. *L'urgence psychiatrique vécue par le médecin généraliste en pratique de ville, à propos de 118 cas*. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine : Université de Nantes, faculté de médecine, 2002. 181 p.

#### **ARTICLES :**

BAILLON G. Le travail d'urgence psychiatrique, facteur de changement : table ronde finale. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp.34-37.

BAILLON G. Évolution des centres de crise. *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*, mai 2000, n°5, pp. 549-554.

BEAUDOIN V., GLOUZMANN P. L'unité d'accueil et d'orientation du CH Pinel. *L'Encéphale*, 1998, n°XXIV, pp. 18-25.

BEAUSSIER J.-P. De l'entrée à l'accueil, le service d'accueil et d'admission d'urgence (SAAU) du C.H.S. Charles-Perrens à Bordeaux. *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE.*, février 1992, n°2, pp. 127-132.

BOITEUX C., CLOSTRE M., QUEREL C. Urgence psychiatrique. *EMC – Psychiatrie, Elsevier, janvier 2004, vol 1, n°1, pp. 87-104.*

CHARVET ACHARD D., DAZORD A. Une unité d'accueil des urgences dans un C.H.S. Réflexion autour de ses fonctions et de ses articulations avec le reste du dispositif d'accueil des urgences de l'agglomération Lyonnaise. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1998, n°14, pp. 99-102.

CLÉMENT M.-N. Violence des patients, contre - agressivité soignante. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 100-102.

COQUOIN C., DUGES F., GRAZIANA A. et al. Travail social aux urgences psychiatriques, possibilité de changement. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 50-51.

DE CLERQ M., DUBOIS V., HOYOIS P. et al. L'alliance thérapeutique, objectif de la première rencontre au service des urgences. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 12-21.

GOULLIEUX E. Intérêt des hospitalisations brèves en psychiatrie ? *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 130-132.

GRIVOIS H. Les praticiens de l'urgence et la psychiatrie. *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE.*, février 1992, n°2, pp. 159-164.

HORASSIUS-JARRIÉ N. Crise et urgence, enjeux pour la sectorisation. *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE.*, février 1992, n°2, pp. 114-124.

LACOUR M., KETTAF A. Urgences, centres d'accueil et de crise, SAU. *Perspectives Psy*, janvier - mars 2003, volume 42, n°1, pp. 11-13.

LAUNAY C. Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques. *Annales Médico-Psychologiques 2002*, volume 160, pp. 191-193.

MARTIN J.-P. Les centres d'accueil et de crise. *INFORMATIONS SOCIALES*, 2000, n°82, pp. 72-81.

NOËL P., COUMENTAKI C., IVANOV S. Les urgences psychiatriques dans la cité, à Paris, est-ce l'impasse ? *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE.*, février 1992, n°2, pp. 143-152.

NOIROT M.-N., MERCUEL A., LOUVILLE P. Refus d'assistance et pathologie mentale des sans - abri. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 67-69.

MINNER P., CLOUTOUR L., PELC I. Urgence psychiatrique et centre de crise dans un hôpital bruxellois. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 61-63.

PASSAMAR M., VILAMOT B. Les urgences psycho-sociales. *SOINS PSYCHIATRIE*, mars 2002, n°219, pp. 18-20.

PETER D. Urgences psychiatriques : collaboration entre psychiatrie privée et publique. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, janvier 1999, n°24, pp. 46-48.

ROBIN M., POCHARD F., AMPELAS J.-F. et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *THÉRAPIE FAMILIALE*, 2001, volume 22, n°2, pp.153-168.

SELETTI B. Situations psychiatriques dans un service d'urgence. *Annales Médico-Psychologiques* 2002, volume 160, pp. 187-190.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : Liste des entretiens réalisés.
- Annexe 2 : Présentation de l'association Accueils.
- Annexe 3 : Questionnaire relatif aux modalités d'accueil en établissement de santé mentale.
- Annexe 4 : Résultats synthétiques de l'enquête descriptive des modalités d'accueil en établissement de santé mentale.
- Annexe 5 : Résultats synthétiques de l'enquête descriptive des modalités d'accueil en établissement de santé mentale (suite) : appréciations portées par les établissements sur la centralisation de l'accueil.
- Annexe 6 : Questionnaire utilisé pour l'enquête « admission » au C.H.G.R..
- Annexe 7 : Origine des entrées directes en pavillon.
- Annexe 8 : Protocole d'accueil en hospitalisation, exemple d'un service du C.H.G.R..
- Annexe 9 : Protocole d'accueil en C.M.P., exemple d'un service du C.H.G.R..
- Annexe 10 : Descriptif du dispositif E.R.I.C. (équipe rapide d'intervention et de crise).
- Annexe 11 : Extrait du texte de l'U.N.A.F.A.M.35 relatif aux urgences psychiatriques.
- Annexe 12 : Taux de consultation et d'hospitalisation rapportés à la population desservie par secteur.
- Annexe 13 : Répartition des entrées selon heures, jours et mois.
- Annexe 14 : Carte des 8 secteurs de psychiatrie générale rattachés au C.H.G.R. sur un total de 11 secteurs que compte le département d'Ille-et-Vilaine.

## Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés.

M. le Dr ARESU, praticien hospitalier au C.H.G.R., médecin coordonnateur du D.I.M.

M. BREGER et Mme ORGÉAS, infirmier et psychologue de l'équipe mobile précarité C.H.G.R.

Mme le Dr BRUNET, médecin inspecteur de Santé Publique à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ille-et-Vilaine.

Mme DUPUIS-BELAIR, Conseillère Technique en Travail Social D.R.A.S.S., chef de projet P.R.A.P.S.

Mme GÉRARD, adjoint des cadres, bureau des entrées C.H.G.R.

Mme LE DREZEN, responsable formation continue C.H.G.R.

Mme MARIVINT, cadre socio-éducatif au C.H.G.R.

Mme le Dr MARQUIS, médecin inspecteur de Santé Publique à la D.R.A.S.S. de Bretagne, chargée de mission en Santé Mentale auprès de l'A.R.H.

L'équipe du centre d'accueil du centre hospitalier spécialisé de Gourmelen à Quimper ainsi que celle de l'unité médico-psychologique du centre hospitalier général de Quimper (29).

L'équipe du centre d'accueil et d'orientation de l'établissement de santé mentale de Saint-Avé (56).

L'équipe de l'unité intersectorielle d'accueil du centre hospitalier spécialisé de Navarre à Évreux (27).

## Annexe 2 - Association Accueils.

L'association a été créée en juillet 1987 par huit équipes de la région parisienne ayant chacune ouvert un Centre d'Accueil ou de Crise, autour de la personnalité de Ginette Amado qui, après avoir créé le premier Centre d'Accueil en 1978 à Champigny, secteur rattaché à l'hôpital de La Queue-en-Brie, était venue à Sainte-Anne et avait ouvert un autre centre rue Garancière à Paris 6<sup>e</sup>. Elle était de ceux qui avait ouvert un tel centre avant qu'un texte officiel ne les légalise : l'arrêté du 14 mars 1986.

Le souci commun aux créateurs de l'association était de donner de l'audience à toute nouvelle forme de travail en psychiatrie, de susciter d'autres créations et d'unir leurs efforts pour soutenir les Centres d'Accueils qui pouvaient se révéler en difficulté.

L'association a organisé des rencontres nationales régulières. L'axe essentiel de ces manifestations est clairement la psychiatrie de secteur.

1988 : à Paris, « Les Centres d'Accueil et de Crise ».

1989 : à Saint-Denis, « Accueil, contrat, contrainte ».

1992 : à Sainte-Anne, « L'Accueil ».

1993 : à Angoulême, « L'Accueil diagonal du secteur, l'Accueil lieu ou doctrine ».

1994 : à Avignon, « Évaluation des pratiques d'accueil ».

1996 : à Bichat, à Paris, « Quelles articulations entre urgences psychiatriques hospitalières et psychiatrie de secteur ? ».

1997 : à Arcachon, « Urgences et Crises en psychiatrie ».

1999 : à Paris, « La question des débuts de soins en psychiatrie ».

Le siège de l'association est à l'E.P.S. de Ville-Evrard. Son président est le psychiatre Guy Baillon.



**Fonctionnement :**

Précisez ouverture continue

Autre  jours et horaires ? .....

Nombre de patients reçus ..... (en 2002 ou 2003 selon données disponibles)

Durée moyenne de séjour dans cette unité ?.....

Articulation avec les services ? Décrivez succinctement les relations médicales, paramédicales entre cette unité et les services. Comment s'organise le passage de l'accueil vers les services, comment s'organise la communication du dossier médical ? .....

**Moyens humains** (ne pas indiquer l'ETP mais la composition de l'équipe sur les différentes plages horaires)

Présence médicale ?.....

(Détaillez interne, PH ..).....

Présence IDE ? .....

Présence AS ? .....

Autres ? (psychologue, assistante sociale.....).....

Organisation de la responsabilité médicale ? Le médecin référent est il uniquement dédié à cette unité, l'unité est elle rattachée à un service ?.....

**Moyens matériels :**

L'unité d'accueil est elle dotée de lits ? .....Si oui combien ?.....

Indiquer l'implantation de l'unité par rapport au site hospitalier ( ex à l'entrée du site, jouxtant le bureau des entrées).....

Descriptif succinct de l'unité ;indiquez quelles sont les principales pièces et leur fonction ( ex chambre d'isolement) .....

**Profil des patients :**

S'agit il uniquement de patients non programmés

ou de l'ensemble des patients entrants

Quel est le pourcentage de patients admis en hospitalisation après passage par cette unité ?...

Y a-t-il un ou des profils cliniques prédominants ? Si oui, lequel ou lesquels?.....

**Evaluation de l'unité:**

Merci d'indiquer en quelques mots les avantages et inconvénients de cet accueil centralisé ? (orientation des patients, maîtrise de la violence etc ) .....

## Annexe 4 - Résultats synthétiques de l'enquête auprès des établissements de santé mentale.

### Descriptif des formes d'accueil centralisés adoptées ou en projet dans les établissements de santé mentale

Résultat de l'enquête menée par L. Lebreton EDH auprès des EPSM en Février et Avril 2004

ETABLISSEMENT	A	B	C	D	E
Nbre lits psy. générale		355	60 + 540 pl	272	300
Nbre sites	1	1	7	1	1
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire
Forme juridique	UF	UF	UF	Service	UF
Dénomination	Bureau de soins infirmiers	Unité d'accueil permanent et d'orientation			Centre d'accueil permanent
Horaires	22h/24, astreinte téléphonique de 6h15 à 8h15	24h/24	24h/24	nuit et week-end	24h/24
Nbre patients /an	3 391	?	112	881	800
Nbre de lits	0	0	20	5	0
DMS			16 jours	24h max	
taux hospitalisation	85%		100%	97,69%	50%
Responsabilité	DSI	DSI, médecin référent est celui qui gère le tableau des gardes	PH	PH d'un secteur	médecin
Localisation	juxta bureau des entrées	proche bureau des entrées	entrée du site	entrée du site	entrée du site
profil patients	tous les entrants	tous les entrants	tous les entrants	tous les entrants	non programmés
Articulation avec les autres services	Accueil inf + médical, accomp inf vers l'unité de soins, constitution dossier patient( adm+méd), projet informatisation dossier en 2004	Orientation accueil tous les patients, centralisation gestion lits, gestion des appels en renforts, relation avec les médecins des secteurs de 8h à 18h	Dossier médical suit le patient	Entretien médical et infirmier, ouverture ou réouverture du dossier soins puis orientation vers secteur	Accueil, entretien médical avec le PH de secteur si disponible, une fiche médicale de liaison

Etablissement	F	G	H	I	J
Nbre lits psy gén	307	709	305	270	542 lits et pl
Nbre sites	1	1	3	2	1
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire
Forme juridique	UF	UF	Service	fédération comprenant 2 UF dont l'uf psy du SAU	service
Dénomination		Centre d'accueil et d'orientation	Bureau infirmier, accueil et admission	UIA ( unité intersectorielle d'accueil)	service d'accueil et d'admission des urgences (SAAU)
Horaires	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24
Nbre patients /an	2 048	814	2 425	1 761	4 694
Nbre de lits	3 en cours	0	0	18 dont 2 en isolement	8 dont 2 isolement
DMS	30 min		30 min	61 h = 3 jours et 13h	moins de 24 h
taux hospitalisation	60%	97%	96%	70%	?
Responsabilité			Président de CME	1PH coordonnateur	1 PH chef de service
Localisation	entrée du site		proche bureau de entrées	proche bureau de entrées	entrée du site
profil patients	tous les entrants	non programmés	tous les entrants	non programmés	non programmés
Articulation avec les autres services	Réception, entretien médical, dossier médical informatisé, transfert vers le secteur	Feuille obs IDE qui va au dossier, accompagnement, Saisies de données administratives par le CCAO vers le secteur	Entretien médical et infirmier, accompagnement vers secteur	réunion du collège de la fédé (harmonisation des pratiques médicales), réunion cadre de l'unité+cadres de secteurs	Analogie avec un service de lits porte de CHG, dossier médical suit le patient vers son secteur, un double dossier est archivé au SAAU

Etablissement	K	L	M	N	O
Nbre lits psy gén	280	263	331		384
Nbre sites	1	1	1		1
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire		pavillonnaire
Forme juridique	fédération	UF			
Dénomination	centre d'accueil permanent : CAP	centre d'accueil permanent dit CEDIAC ( centre diagnostic et accueil)	centre d'accueil permanent dit UMAO unité médicale d'accueil et d'orientation	bureau de soins infirmiers dénommé bureau d'accueil	pôle d'information, d'écoute et d'accueil
Horaires	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24	
Nbre patients /an	2 147	3 049	3 800		
Nbre de lits	0	0	3		
DMS			24h à 48h		
taux hospitalisation	51%	71%	73%		
Responsabilité	1 PH coordinateur	1 PH de secteur	1 PH de secteur		
Localisation	en face l'hopital psychiatrique	proche bureau de entrées	proche bureau de entrées		
profil patients	non programmés	tous les entrants	tous les entrants		tous les entrants
Articulation avec les autres services	inf secteur vient chercher le patient, fiches adm et photocop de la feuille obs inf et méd est commun au secteur et au CMP si demande	accès à la totalité des archives et des dossiers informatisés,accomp vers le secteur par CEDIAC ou ambulancier	transmissions orales + dossier d'admission		

Etablissement	P	Q	R	S	T
Nbre lits psy gén	357	342		276	480
Nbre sites	2	4	1	3	1
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire
Forme juridique		UF + département avec SAU	fédération intersectorielle	service	UF/Service
Dénomination	bureau de soins infirmiers	Centre d'accueil permanent	Centre d'accueil po/consultations et orientation (0 lits) (+ 2 CAP avec lits dans les CH voisins)	Centre d'accueil et d'orientation départemental	SAAU service d'accueil et d'admission des urgences Discussion POSU en cours
Horaires	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24	24h/24
Nbre patients /an		1523	4 500 pour la fédé	3462	7574
Nbre de lits	0	3	0	14	11 dont 1 CI
DMS	0	30H		4,6jours	1 jour
taux hospitalisation		59% en incluant unité du SAU		71%	
Responsabilité		CAP+UAUP =département des urgences	fédération intersectorielle = centre d'accueil et d'orientation sur site + 2 CAP dans les CH voisins	médecin chef de service	médecin chef de service
Localisation	face aux bureau des admissions	entrée du site	entrée du site	entrée du site	entrée du site
profil patients	tous les entrants	non programmés	non programmés	?	non programmés
Articulation avec les autres services	Régulation des lits, BSI est interlocuteur des services d'urgences et de tt interlocuteur sollicitant une admission	Orientation plus affinée, temps court d'hospit., Travail de crise, bon relais avec les secteurs	ETS qui s'interroge sur l'éventuelle création de lits pour son unité d'accueil intersectorielle	Service porte, orientation vers les unités de soins en fonction de leurs spécificités, dossier patient papier suit le patient	

Etablissement	U	V	W	X
Nbre lits psy gén	426	321	460	51
Nbre sites	2	1	1	
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	bâtiment central
Forme juridique	fédération rattachée à un service	UF	?	unité rattachée à un service
Dénomination	Centre d'accueil permanent		Bureau d'accueil et d'orientation infirmier	UIA unité intersectorielle d'admission
Horaires	24h/24	24h/24	13h à 21h en semaine 24H24 le WE et jours fériés	24h/24
Nbre patients /an	environ 3900 évalué	4419	?	849
Nbre de lits	3	4	0	17 + 2 CI
DMS	< 12h	1,28 jours	0	5,62 jours
taux hospitalisation	80% voir plus	60%		98%
Responsabilité	1 PH qui exerce par ailleurs une activité de secteur	1 PH référent qui est rattaché à un service	Rattachement fonctionnel à la direction mais hiérarchique à la DS	1 PH référent qui est rattaché à un service
Localisation	un pavillon au centre de l'hôpital (BE intégré)	au centre de l'hôpital, jouxte le BE	à l'entrée de l'hôpital, jouxtant le BE	Proche bureau des entrées
profil patients	tous les entrants	tous les patients sauf HO	tous les entrants en théorie	tous les entrants
Articulation avec les autres services	inf secteur vient chercher le patient, dossier papier suit le patient	Relations par téléphone et messagerie électronique, patients accompagnés par personnel de l'unité d'accueil, dossier suit.	Fonction de pré-admission (vérification des pièces), pas de dossier médical dans ce bureau.Fonction régulation lits	Contacts systématiques entre médecins de l'unité et médecins des services .Dossier suit le patient. Patient accompagné par un IDE lors du transfert

PROJETS	A	B	C	D	E	F	G	H	I
Nbre lits psy gén	351	270	407	231		393	264	384	407
Nbre sites	1	1	2	1		2	2	2	1
Configuration	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire	pavillonnaire
Forme juridique	service	UF au sein d'une fédération accueil				UF			UF intersectorielle rattachée à un service
Dénomination		Unité d'accueil, d'orientation et centre de crise			Centre de crise départemental	Centre d'accueil permanent		service de crise	centre de crise / centre d'accueil permanent
Horaires	9 à 18h	24h/24	24h/24		24h/24	24h/24	24h/24		24h/24
Nbre patients /an									1800
Nbre de lits	1 ou 2	10	10	0	10 environ	8	0		6 + 1 CI
DMS									72h maxi
taux hospitalisation									
Responsabilité		1 PH médecin chef de secteur et coordinateur de la fédération							Rattachement à un service
Localisation	extension bureau des entrées	entrée de l'êts	entrée de l'êts		Au CHS ou au CHG	proche bureau de entrées	jouxte bureau des entrées		jouxte le bureau des entrées
profil patients	non programmés	non programmés	non programmés			tous les entrants	tous sauf patients adriés		non programmés soit 2/3 des entrées
Articulation avec les autres services	Voir projet	Voir projet				Dossier informatisé			Centralisation des archives médicales dans ce bat.Dossier médical commun depuis janv 2004

<b>Annexe 5 – Résultats de l'enquête descriptive nationale. Appréciations portées par les établissements sur la centralisation de l'accueil.</b>
--

## **Avantages et inconvénients d'un accueil centralisé à l'entrée de l'établissement de santé mentale selon les établissements eux - mêmes.**

*Résultats de l'enquête menée par L.Lebretton EDH auprès des EPSM en février et avril 2004.*

### **a) Arguments favorables à l'accueil centralisé**

- sécurisation
- meilleure qualité de la prise en charge
- meilleure orientation
- meilleure disponibilité, immédiateté de l'accueil et de la prise en charge
- favorise le travail de recherche
- mutualisation des moyens
- transversalité de l'accueil
- bonne identification pour les différents partenaires internes et externes (ambulanciers, médecins)
- recueil centralisé des renseignements sur le patient
- proximité agents administratifs et soignants d'où meilleure articulation entre accueil administratif et soignant
- désengorgement des lits dans les services, meilleure gestion des lits
- homogénéisation de l'accueil des patients et des familles
- plus d'espace
- présence médicale continue
- évaluation et ventilation rapide des demandes
- professionnalisation et spécialisation de l'équipe en terme d'accueil, de gestion de la violence, face à l'opposition aux soins
- meilleure réponse vis-à-vis des patients qui nécessitent un avis médical et pas nécessairement une hospitalisation, nombreuses hospitalisations évitées.
- éviter les passages inutiles dans des unités classiques à pathologies mixtes et stigmatisantes
- unité qui favorise le travail en réseau ville-hôpital
- meilleures réponses techniques et somatiques
- offre de soins permanente
- possibilité de consultation médicale en urgence (patient, famille, réseau)
- orientation des patients non sectorisés plus aisée
- moindre perturbation dans les services d'entrants (nuits, violence..)
- cadre du service d'accueil est l'interlocuteur privilégié des services si problème
- allègement des dispositifs de nuit dans les services
- meilleur filtre des demandes

- continuité de la réponse aux usagers par une permanence téléphonique en dehors des heures d'ouverture des C.M.P.
- neutralité du lieu
- temporisation participe à la qualité de la prise en charge
- interface entre la société et l'hôpital
- fonction accueil des familles en difficulté du fait de la problématique d'un des leurs
- facilitation de l'accès aux soins psychiatriques
- écoute téléphonique pour les patients ou les tiers
- part des primo-admissions augmente, ces patients ne sont pas connus et leur prise en charge (P.E.C.) est de + en + lourde, elle se fait au détriment de la qualité de la P.E.C. des autres patients, de plus, les primo-arrivants sont plus à l'aise dans une unité d'accueil
- éviter les P.E.C. temporaires des patients dans des unités n'étant pas celles de leur secteur donc risque de rupture dans la continuité de la P.E.C. est déjà réel
- meilleure évaluation des troubles

**b) *Arguments défavorables à l'accueil centralisé***

- difficultés dans la gestion du flux des patients
- autonomie des secteurs
- locaux inadaptés
- insuffisance d'effectifs médicaux et paramédicaux
- prise en charge immédiate par le service ? contact plus personnalisé
- problèmes de coordination (transport, informations)
- flux de patients insuffisant pour justifier un accueil dans une unité d'accueil spécifique (157 lits) (187 lits) (491 lits mais liens forts avec S.A.U.)
- opposition du corps médical attaché au principe du secteur
- multiplication des intervenants
- sentiment de dépossession des unités d'accueil des secteurs
- coût en effectif d'une unité spécialisée (384 lits)
- dérive de demandes de consultation par manque de places en C.M.P.
- multiplication des contraintes de transport
- risque d'engorgement de l'unité d'accueil surtout si elle dispose de lits
- dispositif qui ne résout pas le problème de manque de lits
- coordination avec le S.A.U. est suffisante, renforcement de l'équipe psychiatrique du S.A.U. est privilégiée, problèmes somatiques mieux réglés dans le cadre d'un S.A.U.
- patients agités sont difficiles à réorienter
- priorité au centre d'accueil et de crise (24/48/72h) à implanter aux urgences générales
- entrée est un moment fort de la P.E.C., si transfert risque de perte des liens créés initialement.
- service « lourd » car il absorbe l'essentiel des phases de crise.

<b>Annexe 6 – Enquête admission au C.H.G.R. à réaliser lors du premier entretien médical. Période de février à mars 2004. Exploitation D.I.M.</b>
---

**Date :**

**Statut examinateur :** senior ? interne de garde ? interne de service ?

**Tranche horaire de l'examen :** 18h30-8h30 ?

8h30-12h30 ?

12h30-16h30 ?

16h30-18h30 ?

**Patient suivi par le secteur ?** oui non

**Entrée attendue/programmée dans le service ?** oui non

**Certificat médical explicite ?** oui non

**Mode d'hospitalisation demandé ?** HL HDT HO

**Quelle réponse vous paraît optimale pour ce patient ?**

Hospitalisation justifiée dans le secteur ? oui non

Structure d'évaluation médico-psychiatrique avant décision d'hospitalisation ?

oui non

Réorientation vers Urgences du CHU ? oui non

Simple consultation psychiatrique suffisante ? oui non

Intérêt d'un avis/conseil d'une assistante sociale ? oui non

**Annexe 7 – Origine des entrées directes en pavillon du 1<sup>er</sup> juin 2003 au 31 mai 2004 sans passage préalable au bureau des entrées.**

<b>Répartition des entrées directes en pavillon en fonction des provenances</b>	
Consultation puis hospitalisation	109
En provenance du domicile	242
S.D.F.	6
En provenance d'un foyer à caractère social (C.H.R.S.)	0
En provenance du C.H.R.	3
Sur convocation de l'hôpital	33
<b>Nombre total d'entrées directes au pavillon</b>	<b>393</b>

*(source : bureau des entrées, service informatique)*

## **ADMISSION EN INTRA-HOSPITALIER**

### 1) Arrivée de la personne

Selon l'heure d'arrivée, elle sera reçue dans le bureau d'accueil par l'infirmier qui sera déterminé pour la recevoir.

L'infirmier se présente en se nommant, en citant sa fonction et l'invite à se présenter.

Les mots de la personne en soins sont notés sur l'imprimé « entretien d'accueil ».

La fiche « repérage à l'entrée » permet de recueillir des renseignements précieux sur son mode de vie, ses habitudes et permet d'articuler la prise en charge par rapport à sa situation. En aucun cas, la personne ne doit se sentir harcelée par les questions.

La personne en soins peut-être amenée directement dans sa chambre si l'arrivée se fait après 18 h ou la nuit. Dans ce cas, il peut lui être proposé un dîner dans sa chambre en compagnie de l'infirmier .....

### 2) Inventaire et mise en pyjama

La mise en pyjama est proposée systématiquement en lien avec l'auscultation par l'interne. Ce moment est souvent mal ressenti par la personne. Elle est invitée à garder quelques effets personnels (pyjama, photo, walkman...) et à déposer les objets présumés dangereux (couteaux, rasoirs, médicaments..). L'inventaire et la mise sous clef des effets personnels peuvent provoquer un sentiment de dépossession mais peuvent être aussi un moment d'échange intéressant.....Les objets de valeur (bijoux, CB, argent...) sont déposés au coffre si la personne le désire. A défaut, elle signe une décharge. La nuit, il est fait appel au surveillant de garde pour la mise en sûreté des objets de valeur.

### 3) Présentation du service

Le livret d'accueil est remis aux personnes en soins. Une visite des locaux et une présentation des règles de fonctionnement du service (heures de repas, organisation de la journée, réunion soignants-soignés, rencontres associatives, club, ateliers..) est faite par l'infirmier ou l'aide-soignant présent lors de l'accueil.

### 4) Entretien avec l'interne

L'infirmier se place du côté de la personne en soins pour favoriser sa prise de parole, il l'aide à formuler ses demandes, ses revendications, ses plaintes, et tentative de reconstruction.

## **ACCUEIL DES NOUVELLES DEMANDES AU CMP**

### **1) La personne se présente seule ou accompagnée :**

Orientation vers un infirmier du CMP qui reçoit la personne et sa famille pour un entretien. Objectifs : écouter, évaluer le degré d'urgence, rassurer et dédramatiser. Au cours de l'entretien, l'infirmier recueille le maximum d'informations sociales, familiales et sur la nature des troubles (consignés sur la « fiche de demande »).

### **2) La personne téléphone pour prendre un RDV : (demander qui a donné les coordonnées du CMP)**

Pendant les heures d'ouverture du secrétariat, la secrétaire remplit la « fiche de demande » et propose après avis du médecin coordinateur :

- un rendez-vous de consultation avec un psychologue
- un rendez-vous de consultation avec l'un des médecins du service selon leur disponibilité et en fonction du tour établi si la personne n'est pas connue, avec son référent si la personne a déjà un suivi médical.
- un rendez-vous de consultation avec l'une des assistantes sociales

Si la demande semble urgente et/ou médicale, passer l'appel au médecin coordinateur ou au médecin de permanence, qui peut avoir recours à la proposition d'un entretien rapide avec l'un des infirmiers du CMP.

### **3) Demande émanant d'un professionnel ou signalement :**

Si le professionnel est un médecin, passer l'appel au médecin coordinateur ou au médecin de permanence.

Sinon,

- passer l'appel à l'infirmier du CMP qui essaie de rendre compte rapidement au médecin coordinateur de la teneur de la demande
- remplir la « fiche de demande »
- si urgence contacter le médecin coordinateur ou le médecin de permanence du service (de 8h30 à 18h30) sinon contacter le médecin d'astreinte de l'hôpital
- si pas d'urgence la demande sera traitée lors de la réunion hebdomadaire avec le médecin coordinateur du centre

## **ORIENTATION APRÈS L'ACCUEIL**

Après l'entretien infirmier d'accueil, si l'infirmier évalue une nécessité d'hospitalisation ou le besoin d'un traitement médicamenteux d'urgence alors contacter le médecin coordinateur ou de permanence (de 8h30 à 18h30) sinon contacter le médecin d'astreinte de l'hôpital.

Si une hospitalisation est décidée, contacter le cadre du service pour connaître les disponibilités en lits (de 8h30 à 17h30), en dehors de ces horaires, contacter le cadre de garde de l'hôpital.

Remplir la « fiche de liaison infirmière au départ du CMP ».

Appeler un transport privé, si le patient est bien connu du service et ne pose pas de problème, le transport peut se faire avec une voiture de secteur.

### En cas d'urgence somatique :

- en dehors d'une présence médicale, faire appel aux pompiers
- en présence d'un médecin et après évaluation, une trousse d'urgence est à disposition dans la salle de soins
- Si personne très alcoolisée, diriger vers le CHU par les pompiers.

Si pas d'urgence l'orientation sera donnée lors de la réunion hebdomadaire avec le médecin coordinateur.

En cas de délai d'attente jugé trop long, un autre entretien infirmier peut être proposé, permettant de créer un lien avec la personne et de différer la demande.

<b>Annexe 10 – Descriptif du dispositif E.R.I.C. (Équipe Rapide d'Intervention et de Crise).</b>
--

Dans le département des Yvelines, E.R.I.C. est une alternative originale à l'accueil des urgences. Sur l'initiative du Dr Kannas et de son équipe (secteur 78G11), E.R.I.C. a été créée en janvier 1994 à partir d'une réflexion sur la chronicité hospitalière, en s'inspirant d'expériences nord-américaines dans les domaines de l'urgence psychiatrique à domicile et de l'alternative à l'hospitalisation.

Basée à l'hôpital Charcot (Plaisir), l'équipe est composée d'une vingtaine de professionnels. L'équipe est disponible 24h/24, 7 jours/7 avec la possibilité de rencontrer les patients sur le lieu de crise ou dans les locaux d'E.R.I.C. L'accès au service est réservé aux professionnels, les appels du public étant régulés par le SAMU-Centre 15.

A l'issue de l'intervention d'urgence, une prise en charge de crise peut être organisée en post-urgence sous la forme d'entretiens médicaux, de visites infirmières, d'appels téléphoniques. La durée maximale de suivi est d'un mois. E.R.I.C. ne dispose pas de lits mais peut indiquer un traitement hospitalier dont il garde la responsabilité durant 48h dans les « lits-porte » du secteur. Le travail thérapeutique s'appuie sur l'entourage des patients notamment des familles, il est inspiré par l'approche systémique.

**Annexe 11 - Extrait du texte de l'U.N.A.F.A.M.35 relatif aux urgences  
psychiatriques.**

**UN ASPECT PARTICULIER DE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE :  
Le malade psychotique en crise qui refuse les soins**

**Sensibilisation des instances décisionnelles de la Santé Publique à un aspect  
particulier de l'urgence psychiatrique**

Face à un constat de carence, la Délégation U.N.A.F.A.M. d'Ille-et-Vilaine et l'association Espoir 35 ont constitué une commission de réflexion composée de représentants de parents de malades psychotiques :

« .....Ils souhaitent une prise en compte des difficultés des familles et proposent de participer à un groupe de travail visant à la mise en place d'un service d'urgence adapté, fonctionnant à minima, auquel faire appel en cas de crise ..... »

« .....Citation de M. Guy Baillon : « *une non demande de soin de la part de personnes qui souffrent manifestement de troubles psychiques ne saurait être interprétée comme une attitude déterminée de refus de soins, car elle fait partie intégrante du trouble psychique.....C'est une violence que de l'entendre comme refus, c'est une plus grande violence que de décider une hospitalisation sous contrainte et une obligation de soin. C'est à la psychiatrie qu'il revient de permettre à cette personne de désirer à nouveau faire disparaître ses souffrances avec son appui.* » ..... ».

« .....On ne peut que souscrire à cette affirmation. Néanmoins, dans l'état actuel des choses, la dernière phrase reste un vœu pieux. La réalité est tout autre :  
- parce que la psychiatrie a tendance à ne prendre en charge que les malades coopérants ;  
- parce qu'il n'existe pas de structures permettant la prise en charge des urgences psychiatriques dans la cité au domicile du malade ou de sa famille..... »

**« ... Les souhaits des familles**

Les familles expriment les souhaits suivants :

- reconnaissance de la spécificité de « malade en crise refusant les soins »,
- reconnaissance de la famille comme partenaire, elle est encore trop souvent rejetée,
- proposition d'une prise en charge psychologique des familles à court et à long terme,
- création d'équipes d'urgences psychiatriques ..... »

**« .... Réflexions**

La spécificité de malade psychotique en crise refusant les soins :

- est fréquente mais non reconnue, donc non prise en compte,
- demande une attention particulière de la part des pouvoirs publics,
- ne saurait être dissociée de son impact matériel et moral sur la famille, à laquelle il devrait être porté aide et assistance,
- requiert une prise de conscience collective et la remise en cause de certaines appréciations et pratiques habituellement en vigueur,
- s'inscrit comme une problématique majeure dans la prise en compte du « handicap psychique ».

L'emploi de la force et de moyens spectaculaires (forces de l'ordre quand celles-ci acceptent de se déplacer) traumatisent le malade et sa famille et pourrait être évité par la simple présence de soignants très encadrants ..... ».

**Annexe 12 – Taux de consultation et d’hospitalisation par secteur rapportés à la population desservie. Année 2003.**

Secteur	Nombre d’habitants 1999.	Nombre de consultations en CMP en 2003	% de consultations sur pop. desservie	Nombre corrigé d’hospitalisations temps plein en 2003	Taux d’hospitalisation pour 1000 habités
G03	87 028	5 498	6.32%	863	9.92
G04	75 422	4 848	6.43%	388	5.14
G05	88 261	7 179	8.13%	700	7.93
G06	86 114	5 037	5.85%	562	6.53
G07	88 149	9 995	11.34%	699	7.93
G08	94 530	8 335	8.82%	815	8.62
G09	88 236	4 955	5.62%	787	8.92
G10	93 564	6 943	7.42%	785	8.39
<b>TOTAL</b>	<b>701 304</b>	<b>52 790</b>	<b>7.53%</b>	<b>5 599</b>	<b>7.98</b>

Secteur	Nbre entrées en hospitalisations temps plein en 2003	Nbre d’impossibilités d’accueil de patients du secteur	Nbre d’admissions de patients hors secteurs	Nbre corrigé d’hospitalisations temps plein en 2003
G03	809	88	34	863
G04	403	34	49	388
G05	841	18	159	700
G06	518	79	35	562
G07	902	9	212	699
G08	834	68	87	815
G09	788	65	66	787
G10	508	292	15	785
<b>TOTAL</b>	<b>5 603</b>	<b>653</b>	<b>657</b>	<b>5 599</b>

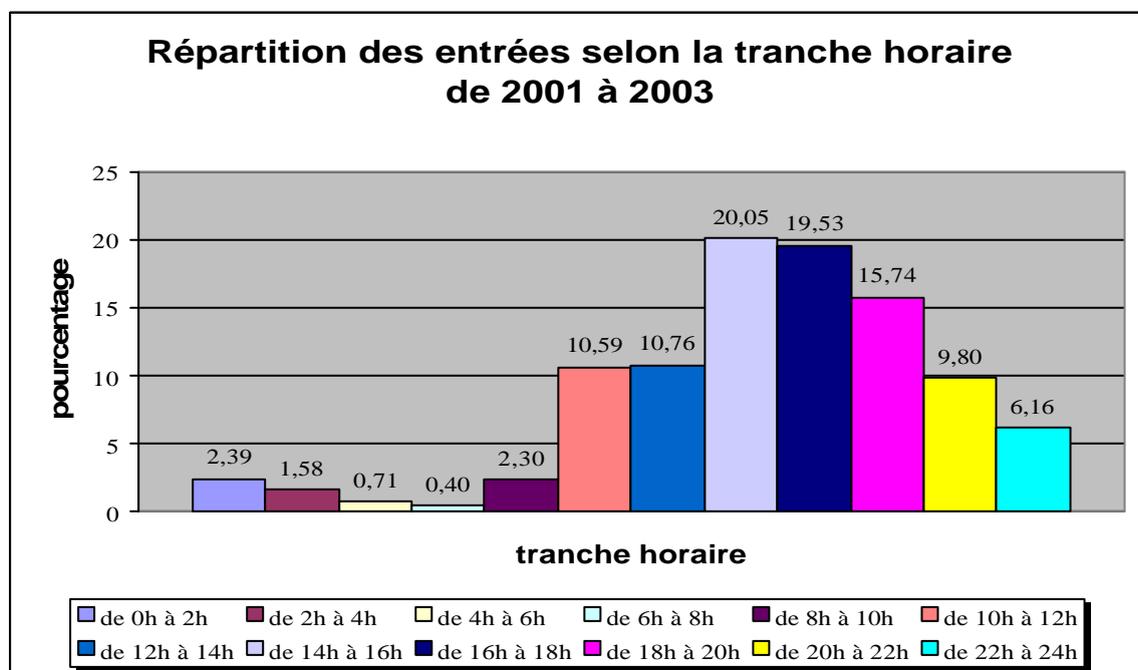
## Annexe 13 - Répartition des entrées selon heures, jours et mois.

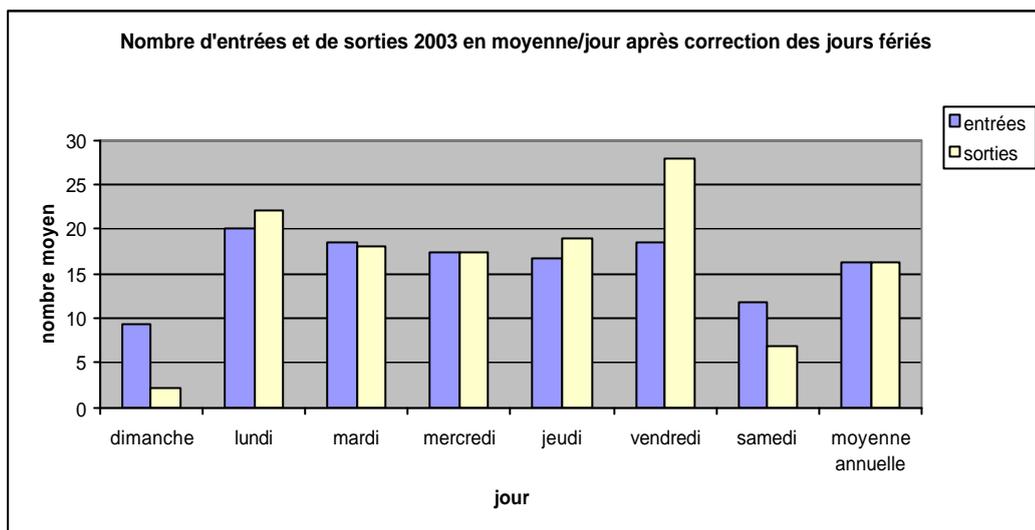
### Répartition des entrées directes par tranche horaire en psychiatrie adulte CHGR Rennes - années 2001 à 2003

	année 2001		année 2002		année 2003		TOTAL	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
de 0h à 2h	143	2,57	122	2,09	147	2,52	412	<b>2,39</b>
de 2h à 4h	97	1,74	86	1,47	89	1,53	272	<b>1,58</b>
de 4h à 6h	40	0,72	49	0,84	33	0,57	122	<b>0,71</b>
de 6h à 8h	22	0,40	22	0,38	25	0,43	69	<b>0,40</b>
de 8h à 10h	113	2,03	158	2,71	126	2,16	397	<b>2,30</b>
de 10h à 12h	584	10,50	610	10,45	630	10,82	1 824	<b>10,59</b>
de 12h à 14h	571	10,26	640	10,96	642	11,03	1 853	<b>10,76</b>
de 14h à 16h	1 146	20,60	1143	19,57	1 164	19,99	3 453	<b>20,05</b>
de 16h à 18h	1 098	19,74	1140	19,52	1 126	19,34	3 364	<b>19,53</b>
de 18h à 20h	833	14,97	942	16,13	936	16,07	2 711	<b>15,74</b>
de 20h à 22h	545	9,80	564	9,66	579	9,94	1 688	<b>9,80</b>
de 22h à 24h	371	6,67	364	6,23	326	5,60	1 061	<b>6,16</b>
<b>Total</b>	<b>5 563</b>		<b>5840</b>		<b>5 823</b>		<b>17 226</b>	

source : service informatique ( Mr Puertolas)

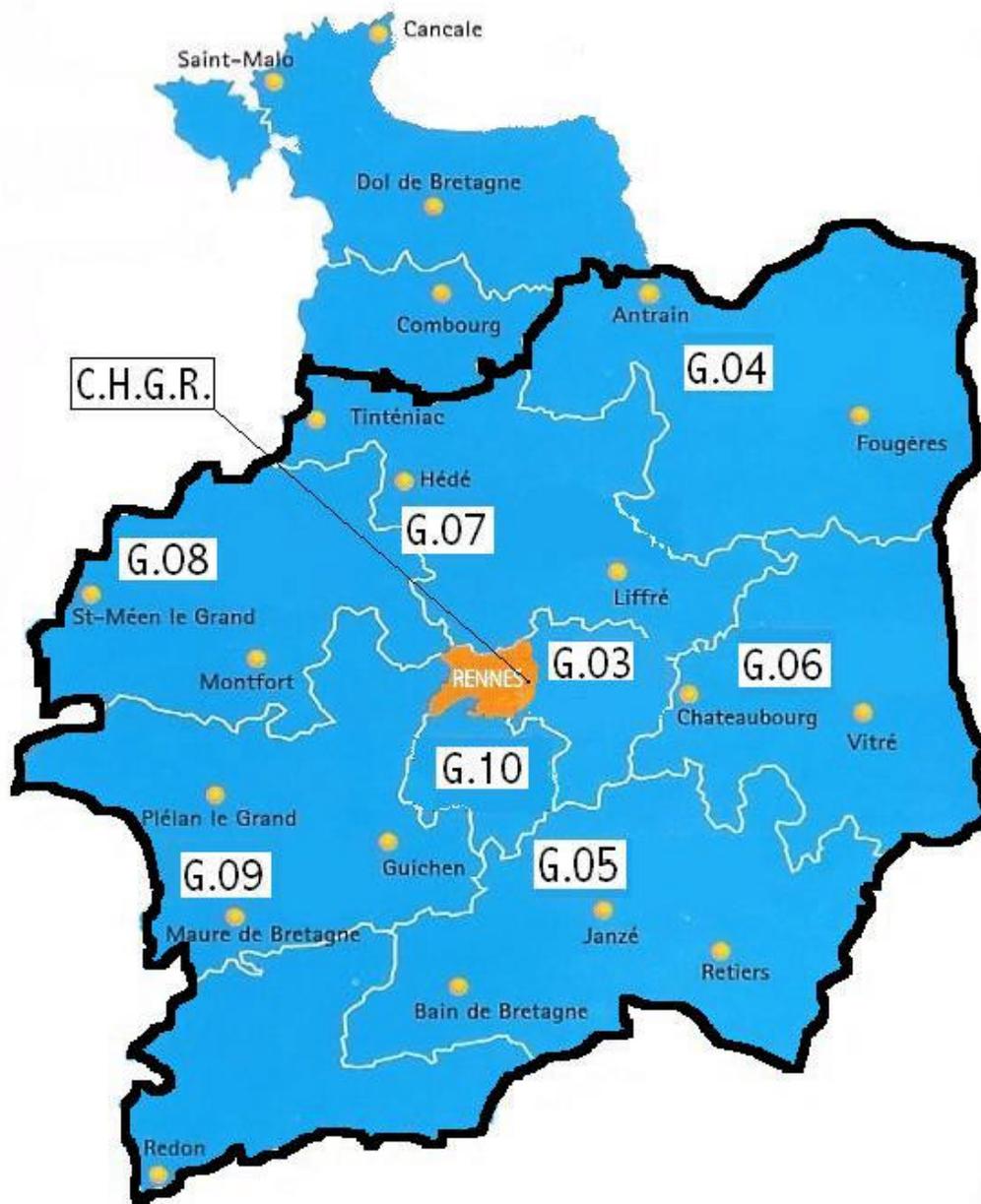
*NB : le chiffre cumulé des entrées ne correspond pas au chiffre inscrit dans le rapport de gestion  
Le système d'extraction de l'information comporte un léger biais depuis quelques années ce qui  
minore d'environ 200 le nombre d'entrées directes comptabilisées*





Année 2003 Répartition des entrées et sorties directes par mois					
Date	Jour	nb entrées	% / total	Nb sorties	% / total
janvier	total	521	8,94	477	8,29
<i>janvier</i>	<i>moy/jour</i>	<i>17</i>		<i>15</i>	
février	total	442	7,59	455	7,91
<i>février</i>	<i>moy/jour</i>	<i>16</i>		<i>16</i>	
mars	total	543	9,32	510	8,87
<i>mars</i>	<i>moy/jour</i>	<i>18</i>		<i>16</i>	
avril	total	463	7,95	485	8,43
<i>avril</i>	<i>moy/jour</i>	<i>15</i>		<i>16</i>	
mai	total	458	7,86	449	7,81
<i>mai</i>	<i>moy/jour</i>	<i>15</i>		<i>14</i>	
juin	total	510	8,75	462	8,03
<i>juin</i>	<i>moy/jour</i>	<i>17</i>		<i>15</i>	
juillet	total	491	8,43	542	9,42
<i>juillet</i>	<i>moy/jour</i>	<i>16</i>		<i>17</i>	
août	total	466	8,00	428	7,44
<i>août</i>	<i>moy/jour</i>	<i>15</i>		<i>14</i>	
septembre	total	525	9,01	516	8,97
<i>septembre</i>	<i>moy/jour</i>	<i>18</i>		<i>17</i>	
octobre	total	506	8,69	529	9,20
<i>octobre</i>	<i>moy/jour</i>	<i>16</i>		<i>17</i>	
novembre	total	477	8,19	439	7,63
<i>novembre</i>	<i>moy/jour</i>	<i>16</i>		<i>15</i>	
décembre	total	424	7,28	460	8,00
<i>décembre</i>	<i>moy/jour</i>	<i>14</i>		<i>15</i>	
année	total général	5826		5752	
	moyenne/jour	16		16	

**Annexe 14 - Carte des 8 secteurs de psychiatrie générale rattachés au C.H.G.R.  
sur un total de 11 secteurs que compte le département d'Ille-et-Vilaine.**



? ? contour du secteur sanitaire MCO n° 5

**G 03 à G 10** : identification des secteurs de psychiatrie rattachés au CHGR