



Master PPASP

Promotion : **2011-2012**

**La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire:
l'exemple des centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac**

Justine BERTHE

Remerciements

Je tiens à remercier

Nathalie Heulin, Directrice des Affaires Médicales et Générales du Centre Hospitalier Charles-Perrens de m'avoir accompagné tout au long du stage. Ses conseils avisés m'ont permis de mener à bien ce mémoire alors même que les groupes de travail n'avaient pas encore été réunis

Monsieur Antoine De Riccardis, Directeur du Centre Hospitalier Charles-Perrens, ainsi que l'ensemble du personnel des Affaires Médicales et Générales de l'hôpital pour m'avoir accueilli et intégré à leur service

Monsieur Michel Louazel, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité et ses conseils tout au long de mon travail.

L'ensemble des personnes rencontrées qui se sont montrées disponibles pour répondre à mes nombreuses questions dans le cadre de ce travail.

Sommaire

Introduction.....	10
I.La coopération: un moyen d'optimiser la réponse à l'urgence psychiatrique sur le territoire.....	14
<u>A.La Gironde: un territoire complexe et en mutation.....</u>	14
<i>i.Un département dynamique.....</i>	14
<i>ii.Un découpage sectoriel étonnant.....</i>	16
<u>B.Un service d'accueil des urgences psychiatriques saturé.....</u>	18
<i>i.Un service d'urgence au fonctionnement sous-optimal.....</i>	18
a)Un traitement limité de l'urgence dans les établissements de santé généraux.....	19
b) Un manque de solutions alternatives à l'hospitalisation.....	19
c)Le manque de solutions d'aval pour désengorger le SECOP.....	20
d)Un afflux de patients relevant des secteurs de Cadillac.....	20
<i>ii.Un ensemble de solutions insuffisantes.....</i>	21
a)Le renforcement de la psychiatrie de liaison sur la CUB.....	21
b)La signature de conventions relatives au fonctionnement du SECOP avec Cadillac.....	22
<u>C.Revoir les modalités de la coopération avec Cadillac.....</u>	23
<i>i.Améliorer le traitement de l'urgence psychiatrique</i>	23
a)Mutualiser les lits pour le traitement non programmé des patients admis au SECOP.....	23
b)Partager l'information disponible concernant la disponibilité des lits.....	24
c)Renforcer les possibilités alternatives à l'hospitalisation.....	25
d)Actualiser la convention de sectorisation entre Cadillac, Charles-Perrens et Libourne.....	25
e)S'adapter aux dispositions relatives à l'urgence, prévue par la loi du 5 juillet 2011.....	26
<i>ii.Repenser le fonctionnement du SECOP.....</i>	27

II. La coopération: une opportunité pour améliorer la lisibilité du parcours de soins du patient sur le territoire de santé girondin..... 29

A. Coordonner la prise en charge sur le territoire : l'exemple de l'addictologie.....29

i. L'addictologie: une discipline récente pour laquelle la demande est en augmentation sur le territoire..... 29

a) Le caractère nouveau et particulier de la discipline..... 30

b) Des besoins certains en terme d'offre sur le territoire..... 31

ii. Développer un projet transversal de type filière sur le territoire de santé girondin..... 32

a) Bénéficier de l'expérience du CHCP en matière de prise en charge « filiarisée »..... 32

b) Insérer le CH de Cadillac dans cette dynamique de type filière..... 36

c) Développer des outils communs permettant de coordonner l'offre sur le territoire 37

B. Mutualiser les ressources disponibles sur le territoire: l'exemple de la prise en charge des adolescents..... 39

i. Une population spécifique..... 40

a) Principales caractéristiques de la population adolescente en Gironde..... 40

b) Des problématiques ciblées..... 41

c) Une prise en charge se faisant sur la base des intersecteurs infanto-juvéniles..... 42

ii. Une répartition de l'offre inadaptée sur le territoire girondin..... 43

a) Une offre de proximité répartie de manière inégalitaire sur le territoire..... 43

b) Une capacité de recours différente sur les territoires desservis par le CHCP et le CH de Cadillac..... 46

iii. Adopter une approche inter-établissement pour améliorer la prise en charge des adolescents sur le territoire..... 48

a) Accroître la lisibilité du parcours de soins du patient..... 48

b) Étoffer l'offre sur le territoire en mutualisant les moyens disponibles..... 50

III.Vers une direction commune?	53
<u>A.Un complémentarité certaine et une coopération à approfondir</u>	53
<i>i.Des établissements complémentaires</i>	53
<i>ii.Un coopération à approfondir</i>	54
<u>B.Des outils à envisager pour les établissements</u>	55
<i>i.Vers la création d'une CHT ?</i>	56
a)L'élaboration d' une stratégie territoriale	57
b)Un outils souple et évolutif.....	58
<i>ii.Envisager d'avantage la création d'un GCS ?</i>	60
a)Les bases du GCS	60
b)L'opportunité d'instaurer un GCS établissement de santé.....	61
<u>C.Un coopération à ne pas surestimer</u>	62
<i>i.La coopération avec Cadillac, un projet qui peine à se mettre en oeuvre</i>	62
<i>ii.Des acteurs réticents</i>	63
Conclusion	65
Sources et bibliographie	67
Liste des annexes	70

Liste des sigles utilisés

ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CAF	Caisse d'Allocation Familiale
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CEID	Comité d'Études et d'Informations sur les Drogues
CH	Centre hospitaliers
CHCP	Centre Hospitalier Charles-Perrens
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CME	Communauté Médicale d'Établissement
CMP	Consultation Médico-Psychologique
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSAPA	Centre de soins et d'Aide à la Prise en charge en Addictologie
CSP	Code de la Santé Publique
CTM	Centre Médico-Technique
CUB	Communauté Urbaine de Bordeaux
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
ETP	Équivalent Temps Plein
EVAMET	Évaluation Médico-Technique
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GIE	Groupement d'Intérêt Économique
HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO	Hospitalisation d'Office
HATI	Hébergement d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ITEP	Institut Educatifs Thérapeutiques et Pédagogiques

MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MNASM	Mission Nationale d'Appuis en Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif Nationale d'Assurance Maladie
OREAG	Orientation et Rééducation des Enfants et Adolescents de la Gironde
PRS-A	Projet Régional de Santé -Aquitaine
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil d'Urgence
SECOP	Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
SROS-A	Schéma Régionale d'Organisation des Soins- Aquitaine
SROMS-A	Schéma Régional d'Organisation des Soins Médicosocial-Aquitaine
TED	Troubles Envahissant du Développement
UMD	Unité pour Malades Difficiles

« La seule voie qui offre quelques espoirs d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat »

Kofi Annan

Discours à l'Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies

24 Septembre 2001

Introduction

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « *un état de bien être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté* »¹. Force est de constater qu'en 2005, une enquête internationale estimait à plus d'un tiers la part de la population française ayant souffert d'un trouble mental nécessitant une prise en charge sanitaire adaptée au cours de sa vie. Promouvoir la santé mentale et mieux la prendre en charge constitue donc un enjeu majeur pour les pouvoirs publics. Une étude de l'*European Brain Council*, menée en 2010, estimait le coût total de la maladie mentale en Europe à 800 milliards d'euros. De cette manière, la prise en charge psychiatrique s'apparente à un réel défi économique concernant le secteur du soins en Europe.

En France, les établissements de santé spécialisés en psychiatrie sont fortement ancrés sur le territoire depuis 1960. En effet, au travers de l'instauration de la notion de secteur, les établissements ont développé une logique extra-hospitalière qui visait à desinstitutionaliser la prise en charge. En ce sens, chaque établissement s'est vu attribuer une ou plusieurs zones géographiques de prise en charge, déterminées en fonction de critères démographiques. Ce lien étroit entre l'hôpital et le territoire s'explique certainement par la place particulière qu'occupe la psychiatrie dans le domaine du soin, notamment parce que cette spécialité vise aussi, au delà de son aspect curatif, à réinsérer socialement les individus dans la société. Pour autant, ce découpage du territoire en secteurs est facteur de disparités en ce qui concerne la prise en charge dans la mesure où, certains territoires apparaissent nécessairement mieux dotés que d'autres. C'est dans ce contexte que la politique d'organisation des soins menées par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) depuis 1996² puis par les Agences Régionales de Santé (ARS) depuis 2009 vise, d'une part, à rééquilibrer l'offre de soins, et d'autre part, à améliorer leur qualité, sur les territoires de santé régionaux. En parallèle, le contexte économique actuel impose de maîtriser

1 Organisation Mondiale de la Santé, Département de la santé mentale et abus de substances psycho-actives, *Investir dans la santé mentale*, 2004, Genève, p7

2 L'ordonnance du 24 Avril 1996 instaure les ARH chargées de l'organisation sanitaire au niveau régional.

l'évolution des dépenses de santé qui s'élevaient à 11,9% du PIB français entre 2007 et 2011³.

La coopération est un processus par lequel les individus participent à une œuvre commune au travers, à la fois d'échanges d'idées et d'échanges matériels. Elle apparaît, à l'heure actuelle, comme un moyen permettant d'améliorer la prise en charge de la santé mentale, et cela d'autant plus qu'elle est encouragée par les pouvoirs publics qui incitent à des mouvements de recomposition hospitalière au niveau des territoires de santé. En effet, il est nécessaire de réorganiser de manière plus adaptée, en fonction des besoins de la population, l'offre de soins sur les territoires de proximité et de recours. Cette recomposition passe nécessairement par l'instauration de coopérations entre les établissements. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire promulguée le 21 juillet 2009, vient renforcer cette idée en réformant le champ des coopérations hospitalières. En effet, en plus de créer des instruments propres de coopération dans le secteur sanitaire, en instaurant la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et en renouvelant le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), cette loi instaure les ARS, instance de tutelle chargée d'encadrer et d'imposer, s'il y a lieu, les coopérations entre établissements de santé. En ce sens, les structures disposent d'un certain nombre d'outils les encourageant à coopérer, qu'ils émanent de l'ARS, au travers du Plan Régional de Santé (PRS) et du Schéma Régional d'organisation des Soins (SROS), ou qu'ils soient développés par les établissements de santé eux-mêmes, au travers de l'élaboration du projet médical. La question des coopérations hospitalières est à placer au cœur des politiques de santé dans la mesure où elles doivent permettre d'optimiser la prise en charge des patients, notamment en fluidifiant et en coordonnant leur parcours de soins sur les territoires de santé. En psychiatrie, la coopération hospitalière apparaît importante pour améliorer la prise en charge des patients, à la fois parce que les établissements spécialisés fonctionnent souvent à flux-tendu, mais aussi parce que la prise en charge peu s'effectuer en dehors de l'établissement.

Au travers de mon stage au Centre Hospitalier Charles-Perrens (CHCP) de Bordeaux, j'ai pu étudier la politique de coopération qui commençait à se construire

3 La Banque Mondiale, *Dépenses en santé totales (Pourcentage du PIB) 2007-2011*, <http://donnees.banquemondiale.org>, consulté le 5/06/2012

avec l'établissement de Cadillac, situé à quarante kilomètres au Sud-Est de Bordeaux. Bien que le CHCP et Cadillac se partagent la prise en charge de la santé mentale sur le territoire de santé de la Gironde⁴ avec l'hôpital général de Libourne, ils sont les seuls du département qui sont spécialisés en psychiatrie. Il est important de notifier que la situation de l'établissement de Libourne ne sera pas étudiée dans le développement qui suit. Le travail qui a été effectué vise à comprendre la situation actuelle de l'offre en psychiatrie sur les territoires desservis par le CHCP et le Centre Hospitalier (CH) de Cadillac pour réussir à appréhender les enjeux de cette coopération pour les deux partenaires. En quoi la coopération, entre les CH de Cadillac et de Charles Perrens, répond-elle à des enjeux territoriaux concernant la prise en charge psychiatrique en Gironde? Pourquoi les établissements coopèrent-ils? Comment cette coopération sera-t-elle être mise en oeuvre, et quelles sont les pistes à envisager pour l'avenir?

La coopération entre le CHCP et Cadillac apparaît presque naturelle, notamment au vu de l'histoire de l'organisation psychiatrique de la zone. Les établissements ont pendant longtemps été complémentaires puisque jusqu'à ce que soit instaurée la mixité dans les structures, le CHCP prenait en charge les femmes et Cadillac s'occupait des hommes sur le territoire départemental. Pour autant, ce n'est qu'à partir de 1981 qu'une coopération timide se met en place dans le domaine des urgences entre les deux établissements. Un accord-cadre, signé le 18 novembre 2010, prévoit que les deux établissements s'engagent à coopérer dans quatre domaines spécifiques pour lesquels des conventions ont été signées le 1 mars 2012. Elles concernent respectivement, la prise en charge des situations urgentes, celle des adolescents, celle des patients porteurs de troubles addictifs, ainsi que celle des patients hospitalisés au long cours. La convention constitue la base de cette coopération, essentiellement parce que cet outil juridique apparaît particulièrement souple pour les établissements. En effet, aucune personnalité morale n'est créée et son formalisme demeure assez limité.

J'ai souhaité me concentrer sur les coopérations qui me semblaient les plus pertinentes pour les deux établissements en terme de réorganisation des soins et de

4 Le territoire de santé est aussi appelé « Bordeaux-Libourne », il s'établit sur la base de la frontière départementale.

prise en charge sur le territoire de santé Girondin, à savoir, le traitement des situations d'urgence, la prise en charge des adolescents et celle des patients souffrant de troubles addictifs. Au travers de la consultation de dossiers archivés au secrétariat des affaires médicales et générales, j'ai pu analyser et comprendre la situation actuelle du CHCP sur le territoire. La réalisation d'une série d'entretiens d'une durée d'environ quarante-cinq minutes chacun, avec à la fois des praticiens hospitaliers, des directeurs d'établissements, un membre de l'ARS et un cadre de santé m'ont permis d'appréhender plus finement les enjeux de cette coopération et d'en pressentir les opportunités et les limites. Une des difficultés de ce travail a sûrement été de réussir à imaginer, au travers des conventions existantes, la mise en œuvre et les évolutions de cette coopération qui n'en est encore qu'à ses débuts en juin 2012. Les propositions, les appréciations et les commentaires que vous trouverez dans ce mémoire n'engagent que moi et en aucun cas le CHCP, ou les personnes que j'ai pu rencontrer lors de mon stage dans cette structure.

La coopération devrait, tout d'abord, permettre à Cadillac et au CHCP d'optimiser leurs réponses aux situations d'urgence en psychiatrie sur le territoire (Partie 1). Elle constitue, en outre, une opportunité pour améliorer la lisibilité du parcours de soins du patient sur le département Girondin (Partie 2). Cette politique étroite de coopération, engagée depuis 2010 entre les deux établissements, laisse entrevoir des possibilités de collaboration plus poussées qu'il pourrait être intéressant d'envisager pour l'avenir entre les deux partenaires (Partie 3).

I. La coopération: un moyen d'optimiser la réponse à l'urgence psychiatrique sur le territoire

Le Plan Régional de Santé 2011-2015 développé par l'ARS Aquitaine (PRS-A) pointe les difficultés qui subsistent dans le domaine de la prise en charge des urgences psychiatriques sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne⁵. Le Schéma Régional d'Organisation des Soins Aquitain (SROS-A) fixe pour objectifs aux établissements de santé autorisés en psychiatrie d'améliorer leur réponse à l'urgence, afin qu'ils assurent le mieux possible la mission de service public à laquelle ils sont tenus. Force est de constater qu'en Gironde la réponse à l'urgence psychiatrique demeure sous-optimale, à la fois pour des raisons inhérentes au territoire, mais aussi parce que le département ne dispose que d'un seul Service d'Accueil des Urgences (SAU) en psychiatrie, il s'agit du Service d'Evaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) du CHCP, qu'il semble nécessaire de réorganiser, notamment dans le cadre d'une coopération avec l'établissement de Cadillac.

A. La Gironde: un territoire complexe et en mutation

Le département se caractérise par son dynamisme démographique et économique qui influence de manière positive l'activité psychiatrique du CHCP et du CH de Cadillac qui desservent un territoire sectorisé découpé de manière étonnante.

i. Un département dynamique⁶

La Gironde constitue, avec ses dix-mille kilomètres carrés, le plus vaste des quatre départements d'Aquitaine. En 2009, 555 communes se partageaient le territoire, regroupées en six arrondissements autour des villes d'Arcachon, de Blaye, Bordeaux, Langon, Lesparre-Médoc et Libourne. La zone est dynamique et

⁵ Le Territoire de santé Bordeaux-Libourne correspond au périmètre du département.

⁶ Carte de la Gironde, annexe n°2

attractive. Les jeunes de moins de vingt-cinq ans sont plus nombreux que les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. Entre 1999 et 2007, la population de la zone a augmenté de 1,1% pour atteindre 1 407 500 habitants. La population Girondine représente 43% de la population totale de la Région et sept girondins sur dix résident dans la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB)⁷.

La CUB est en effet une zone très urbanisée. Elle s'est développée de part et d'autre de la Garonne qui constitue une frontière naturelle entre la rive gauche et la rive droite. Sur la rive gauche, se situent les villes de Bruges, Eysines, Mérignac, Pessac, Gradignan, Talence, Villenave d'Ornon, Bègles, Blanquefort, Saint-Médard-en-Jalles, Saint-Aubin-de-Médoc, Le Taillan-Médoc, Le Bouscat, Le Haillan ainsi qu'environ 75% de la commune de Bordeaux. Sur la rive droite, on recense les communes d'Ambès, Saint-Louis de Montferrand, Ambarès et Lagrave, Bassens, Lormont, Cénon, Floirac, Boulac, Artigues-près-Bordeaux, Carbon-Blanc, Saint-Vincent-de-Paul ainsi que la partie nord de Bordeaux⁸. Autour de cette zone, le territoire apparaît largement rural, notamment dans le Médoc, autour de la ville de Lesparre et dans le Sud-Gironde, autour des villes de Langon et La Réole. Le bassin d'Arcachon quant à lui est un espace plus urbain, qui demeure attractif, essentiellement pour des raisons touristiques.

Malgré ces disparités, la Gironde est dynamique. Le département accueille de nombreuses industries du secteur primaire et tertiaire qui représentent un gisement d'emplois important. En effet, 64,5% des Girondins travaillent dans les services, 11,6% dans l'industrie et 13,8% dans le commerce. Le taux de chômage est un peu élevé dans la mesure où il touche environ 9% de la population, essentiellement sur la CUB. Les personnes précaires sont relativement nombreuses, au moins 80 000 ménages seraient allocataires de la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) et vivraient avec des ressources inférieures au seuil de bas revenus⁹.

7 INSEE, *statistiques locales: Gironde, chiffres clés*, mis à jour le 30 juin 2011

8 Carte de la CUB, Annexe n°3

9 INSEE, *statistiques locales: Gironde, chiffres clés*, mis à jour le 30 juin 2011

En outre, le département demeure un axe de circulation majeur en Europe occidentale étant donné sa proximité avec l'Espagne. Des autoroutes, des nationales et des routes locales permettent de faire la liaison entre le centre et la périphérie. Pour autant, sur certaines zones du territoire, notamment dans le Médoc et le Sud-Gironde, des axes ne sont pas en bon état. Concernant les liaisons centre/périphérie les déplacements sont parfois difficiles dans la mesure où les grandes radiales sont souvent engorgées.

Si on s'intéresse au nombre de décès liés à l'alcool et au tabac, car ces substances peuvent provoquer ou accentuer la maladie mentale, un décès sur cinq intervient avant 65 ans. Ce chiffre est le plus important de la région. Les décès liés à des suicides, où à une consommation excessive d'alcool ou de tabac sont fréquents¹⁰. Ces données augmentent, de fait, l'activité psychiatrique du CH de Cadillac et du CHCP, puisqu'entre 2009 et 2010 ce dernier a connu une augmentation du nombre de passages au SECOP de 3,1%¹¹. Cette hausse s'explique, pour une part, par un découpage des secteurs psychiatriques étonnant sur le territoire.

ii. Un découpage sectoriel étonnant

La notion de territorialité est prégnante en psychiatrie. A partir des années soixante, le traitement de la psychiatrie change de regard, les politiques de l'époque poussent à une externalisation de la prise en charge qui devra se faire de plus en plus « *hors les murs* »¹² de l'hôpital. Ce dernier est invité à extérioriser sa prise en charge, en développant des structures extra-hospitalières sur les secteurs qu'il dessert. Cette notion est apparue avec la circulaire du 15 mars 1960 relative au *programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*. Trois types de secteurs ont été établis: les secteurs de psychiatrie générale pour les patients de plus de seize ans, les secteurs infanto-juvéniles pour les enfants et adolescents et les secteurs de psychiatrie en milieu

10 Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, Décembre 2008, *Les territoires de recours en Aquitaine*, Territoire Bordeaux-Libourne., DRASS, et Groupement Régional de Santé Publique d'Aquitaine.

11 *Rapport d'Activité Global du CHCP*, 2010

12 SABINE F., 2010, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie? L'exemple du centre hospitalier Charles Perrens*, Mémoire EHESP, p.3

pénitentiaire. En Gironde, trois établissements se partagent la prise en charge de la santé mentale, le CH de Cadillac, celui de Libourne et le CHCP. Dans le cadre de la coopération, on s'intéresse davantage aux territoires desservis par le CH de Cadillac et le CHCP qui se partagent seize secteurs de psychiatrie générale et six intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne.

Le CHCP est implanté sur l'agglomération de Bordeaux, il dessert neuf secteurs de psychiatrie générale et quatre intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile regroupant: la rive gauche de la CUB, à savoir les communes de Pessac, Mérignac, Gradignan, Talence, Blanquefort, Saint-Médard-en-Jalle, Bruges, Eysines, Le Bouscat ainsi que les premiers, deuxièmes, troisièmes, quatrièmes et cinquièmes cantons de Bordeaux auxquels s'ajoutent l'Ouest du département avec les arrondissements d'Arcachon et de Lesparre-Médoc¹³. Cadillac se situe au Sud-Est du département, à quarante kilomètres de Bordeaux. Ses six secteurs de psychiatrie générale et ses deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile desservent les arrondissements du Sud-Est du département, à savoir, Langon, Bazas, Belin- Beliet et La Réole, ainsi qu'une partie de la rive droite de la CUB comprenant les communes de Lormont, Cenon, Cestas, Bègles, Villenave d'Ornon, ainsi que le sixième canton de Bordeaux qui correspond au quartier de la gare¹⁴. De cette manière, deux établissements spécialisés se partagent la CUB et la ville de Bordeaux, ainsi les bordelais ne sont pas soignés par le même établissement selon qu'ils habitent sur la rive droite ou sur la rive gauche du fleuve. Le plus curieux dans ce découpage est sûrement « *qu'en plus, sur la rive gauche du fleuve, des habitants relèvent de l'un ou de l'autre des deux établissements selon qu'ils habitent du côté pair ou impair de la rue* »¹⁵. Ce découpage se justifiait peut-être en 1960 lorsque les moyens de transports sur la zone étaient encore peu développés. Aujourd'hui, il semble étonnant dans la mesure où les déplacements sont facilités d'un côté à l'autre des deux rives. En effet, les ponts et le tramway facilitent les trajets sur la CUB. Aujourd'hui, même si Cadillac a développé son activité de psychiatrie dans les

13 Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CHCP, annexe n° 4

14 Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CH de Cadillac, annexe n°5

15 SABINE F, 2010, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie? L'exemple du centre hospitalier Charles Perrens*, Mémoire EHESP, p.5

cliniques de Lormont et de Cénon, sur la CUB, certains patients habitant cette zone, affluent au SECOP du CHCP contribuant, de fait, à engorger ce service.

B. Un service d'accueil des urgences psychiatriques saturé

Le SECOP du CHCP peine aujourd'hui à assurer la prise en charge des urgences psychiatriques dans son service du fait d'une augmentation de son activité, et cela d'autant plus que les solutions mises en œuvre dans le passé s'avèrent aujourd'hui insuffisantes.

i. Un service d'urgence au fonctionnement sous-optimal

Selon l'article L 3222-1-1 du Code de la Santé publique, « *dans chaque territoire de santé, l'ARS organise un dispositif de réponses aux urgences psychiatriques en relation avec les services d'aide médicale urgente, les services départementaux d'incendie et de secours, les services de police nationale, l'unité de gendarmerie nationale et les groupements de psychiatres* ». Le CHCP a organisé un service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP)¹⁶ destiné à répondre à l'urgence. Ce SAU a été créé, en 1980, suite à la circulaire Veil du 15 juin 1979, relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. Le CHCP est le seul établissement spécialisé du département à disposer d'un SAU¹⁷. Le SECOP s'est vu attribuer un certain nombre de missions. Ce service doit accueillir et accompagner les individus en état de crise. Grâce à une évaluation psychiatrique préalable, il lui appartient d'orienter de manière adaptée le patient pour faciliter ensuite sa prise en charge par les équipes de secteur. Ainsi, le SECOP, avait pour mission originale de désinstitutionnaliser ses patients en permettant un temps d'observation, puis un temps de traitement de la crise pour limiter les hospitalisations systématiques. Or aujourd'hui, « *victime de son succès* »¹⁸, il se heurte depuis une dizaine d'années à

16 Le nom SECOP a été instauré en janvier 2008, auparavant le service d'urgence disposait de l'appellation SAU

17 Libourne dispose d'un service d'accueil des urgences psychiatriques mais il s'agit d'un hôpital général

18 Mission Nationale d'Appuis en santé Mentale, 2003, *Rapport sur l'organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier Charles-Perrens*, p.14

une augmentation de son activité. En effet, entre 2009 et 2010, le nombre de passage au SECOP a augmenté de 3,1% et le service peine aujourd'hui à remplir sa mission initiale.

a) *Un traitement limité de l'urgence dans les établissements de santé généraux*

De multiples facteurs viennent contrarier le fonctionnement du SECOP. Tout d'abord, il est engorgé car les hôpitaux généraux ne disposent que d'un traitement limité de l'urgence psychiatrique. En effet, ces établissements manquent, à la fois d'infirmiers spécialisés en psychiatrie, et de psychiatres dans leurs services d'urgence. Ainsi, ces établissements procèdent souvent à des transferts en direction du SECOP, ils représentent en ce sens l'un des principaux fournisseurs de patients du service et cela même si, une psychiatrie de liaison dans les hôpitaux de la CUB s'est organisée.

b) *Un manque de solutions alternatives à l'hospitalisation*

Le département souffre d'une pénurie de psychiatres en zone rurale, notamment sur les territoires de proximité du Sud-Gironde, du Médoc et sur la zone péri-urbaine. Les psychiatres libéraux sont plus nombreux en Gironde comparativement au reste de l'Aquitaine¹⁹, pour autant, ils sont principalement installés sur la CUB, les zones rurales de l'Ouest et du Sud souffrent d'un manque chronique de psychiatres ce qui limite les solutions alternatives à l'entrée au SECOP pour les patients. Ces disparités risquent de s'accroître dans les années à venir. En effet, le SROS prévoit qu'à l'horizon 2018, 92% des médecins spécialistes exerceront dans les pôles urbains contre 2,7% en zone rurale. A cela s'ajoute un vieillissement de la population médicale dans la mesure où plus de 50% des psychiatres sont âgés plus de 55 ans²⁰. En outre, l'insuffisance des Consultations Médico-Psychologiques (CMP) dans les territoires de proximités, notamment dans l'Ouest et dans le Sud,

19 Au 1er janvier 2010, 439 psychiatres libéraux en Aquitaine dont 302 installés en Gironde, *Statiss santé*

20 ARS Aquitaine, SROS p 8-10, PRS p.69

correlée à des plages d'ouverture restreintes, contribuent à alimenter en patients le SECOP, au lieu d'agir en instance de régulation du système.

c) Le manque de solutions d'aval pour désengorger le SECOP

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) du CHCP atteint presque 35 jours²¹ ce qui contribue à une embolisation des lits dans la mesure où les entrées en hospitalisation non programmée sont plus importantes chaque jour que le nombre de sorties. A cela s'ajoute un nombre relativement important de patients hospitalisés depuis plus d'un an. En effet, 36% des lits d'hospitalisation en psychiatrie sont occupés par des patients hospitalisés plus de 292 jours dans l'année²². Ce phénomène est essentiellement dû à des difficultés d'orientation et de possibilités de prise en charge en aval de l'hospitalisation. Pour libérer des lits le CHCP a construit une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) inaugurée le 11 janvier 2008. Elle fonctionne comme un établissement médicosocial, pour autant cette structure n'a pas suffi à libérer des lits de manière suffisante. C'est un dysfonctionnement sur lequel le CHCP et Cadillac souhaitent travailler en commun dans la mesure où une convention spécifique relative à la prise en charge des patients au long cours a été signée le premier mars 2012.

d) Un afflux de patients relevant des secteurs de Cadillac

La notion d'hébergement, c'est à dire d'accueil par un autre secteur que celui du secteur de référence ne doit pas signifier l'exclusion du soin. Aujourd'hui, environs 23% des passages au SECOP concernent des patients relevant de l'établissement de Cadillac, ce qui pose la question d'un éventuel redécoupage sectoriel de la CUB. L'ensemble de ces éléments convergent et aujourd'hui, le SECOP peine à répondre aux besoins d'une grosse agglomération, bien qu'un certain nombre d'éléments aient

21 Projet médical 2012-2017, Durée Moyenne de Séjour de l'établissement de 2000 à 2010, p.7

22 ARS Aquitaine, SROS, p 64

été engagés dans le passé pour désengorger le SECOP, ils apparaissent aujourd'hui insuffisants.

ii. Un ensemble de solutions insuffisantes

Pour palier, en partie, aux dysfonctionnements du SECOP, des conventions ont été signées avec Cadillac, certaines y associent le Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

a) Le renforcement de la psychiatrie de liaison sur la CUB

Conscient des dysfonctionnements du service, le CHCP a envisagé comme solution le renforcement de la psychiatrie de liaison sur la CUB. Cette méthode consiste à conventionner avec des établissements Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour mettre à leur disposition des psychiatres ou des infirmiers pour répondre à l'urgence psychiatrique dans leur établissement. On comprend que ce dispositif contribue à réguler l'afflux de patients au SECOP, c'est pourquoi l'établissement a souhaité développer sa psychiatrie de liaison en conventionnant depuis 1999 avec le CHU. Une convention régit la participation des médecins au diagnostic et à la prise en charge des patients dans les urgences des hôpitaux de Pellegrin et de Saint André. Au départ, Cadillac ne participait pas à ce dispositif, pourtant, conscient qu'une grande partie de ses patients affluaient au SAU du CHCP, et poussée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), il s'est progressivement inséré dans ce système. Une convention a été conclue conjointement avec le CHU et le CHCP pour participer à l'activité de liaison organisée par le CHCP à l'hôpital Saint André²³. Ce dispositif semble avoir porté ses fruits puisque la prise en charge de l'urgence psychiatrique est en constante augmentation dans cet hôpital. Pour autant ce dispositif n'a pas suffi à désengorger suffisamment le SECOP, compte-tenu de l'augmentation de la demande ces dernières années. Aujourd'hui afin de renforcer le dispositif, le CH de Cadillac, qui dispose déjà d'un service de liaison au CH Sud-Gironde autour de Langon et La Réole, a pour projet de renforcer sa psychiatrie de liaison à Lormont sur la CUB,

²³ L'hôpital Saint André est une structure qui appartient au CHU

mais ce projet semble aujourd'hui abandonné dans la mesure où les moyens octroyés par la tutelle pour ouvrir ce service s'avèrent insuffisants puisqu'ils s'élèveraient à 0,5 Equivalent Temps Plein (ETP) de psychiatre.

b) La signature de conventions relatives au fonctionnement du SECOP avec Cadillac

La coopération entre le CHCP et Cadillac relative au traitement des situations d'urgence est ancienne. En effet, la première convention date du 26 juin 1981, elle autorisait, compte-tenu de l'éloignement géographique de Cadillac, l'admission au CHCP de ses patients se trouvant dans l'agglomération Bordelaise²⁴. Conformément aux dispositions prévues par le règlement intérieur du CHCP, le séjour de ces patients ne pouvait excéder quarante-huit heures. Pendant cette période, il était convenu que le SAU du CHCP²⁵ et que l'unité d'accueil du patient à l'hôpital de Cadillac « *prennent conjointement, et en liaison avec les services administratifs intéressés, les mesures nécessaires pour régler la situation* »²⁶ et réaliser le transfert à Cadillac. Concernant les patients hospitalisés d'office, Cadillac s'était engagé à venir les chercher sans délais. Cette Convention, posant les bases de la coopération, a été abrogée par un nouveau texte signé par les deux établissements le 19 Avril 1996 et toujours en vigueur. Cette convention reprend les dispositions de la convention de 1981, mais elle prévoit, en plus, que la collaboration entre les deux établissements se matérialise par la mise à disposition d'un ETP de secrétaire médicale pour assurer la liaison entre Cadillac et le CHCP, lorsque des patients de Cadillac se présentent au SECOP. Pour autant, aujourd'hui, cette convention n'apparaît pas suffisante, c'est pourquoi le CHCP et Cadillac ont signé le premier mars 2012 une nouvelle convention relative à la prise en charge des situations d'urgence²⁷.

24 Convention fixant les conditions dans lesquelles sont réalisées, dans le cadre de l'urgence l'accueil et l'admission des malades relevant des CHS Charles-Perrens et Cadillac, 26 juin 1981

25 SECOP depuis janvier 2008

26 Convention fixant les conditions dans lesquelles sont réalisées, dans le cadre de l'urgence l'accueil et l'admission des malades relevant des CHS Charles Perrens et Cadillac, 26 juin 1981 dans son article 4

27 Convention n° 2012-10 relative à la prise en charge des situations d'urgence, annexes n°7

C. Revoir les modalités de la coopération avec Cadillac

Afin d'améliorer le traitement de la psychiatrie d'urgence sur le territoire, et notamment sur la CUB, le CHCP et le CH de Cadillac ont souhaité approfondir leur coopération. Cette volonté s'est matérialisée par la signature d'un accord spécifique relatif à la prise en charge des situations d'urgence psychiatrique le premier mars 2012.

i. Améliorer le traitement de l'urgence psychiatrique

En cohérence avec les objectifs développés par le SROS-A. La nouvelle convention vise à améliorer la prise en charge des situations d'urgence. Elle prévoit la réunion d'un groupe de travail paritaire, composé de praticiens hospitaliers, de cadres de santé et des deux directeurs des affaires médicales et générales des établissements partenaires afin qu'ils réfléchissent à l'élaboration d'outils en commun permettant de fluidifier la prise en charge. Il est prévu, en outre que ce groupe puisse être assisté dans sa tâche par un consultant externe.

a) Mutualiser les lits pour le traitement non programmé des patients admis au SECOP

Aujourd'hui, le SECOP se heurte souvent à un manque de disponibilité des lits dans les unités du CHCP. Il se retrouve donc dans l'incapacité d'hospitaliser ses patients en crise et lorsque les professionnels du CH de Cadillac tardent à venir chercher les patients, il le tient responsable de l'embolisation de ses lits. Conscient de ces dysfonctionnements et souvent accusé par le CHCP, Cadillac souhaite mutualiser des lits dédiés à la prise en charge de patients en crise. Il souhaite concrétiser son projet d'ouverture d'une unité intersectorielle destinée à l'admission de patients en état de crise aiguë. Cette orientation est inscrite au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) de Cadillac et devrait voir le jour prochainement. En lien avec le SECOP, cette unité pourra prendre en charge en

hospitalisation complète des patients en état de crise pour une durée maximale de sept jours, ils pourront, ensuite, si leur état le justifie être réorientés vers une unité d'admission classique. Ce dispositif, en plus de contribuer au désengorgement du SECOP par l'instauration d'une solution d'aval, contribuera à limiter le nombre d'hospitalisation inadaptée. La mise en place de ce dispositif suppose qu'un partage de l'information sur la disponibilité des lits soit réalisé. Nous concluons donc que le fonctionnement de cette structure ne peut s'envisager que par un partage de l'information entre les deux partenaires afin que les praticiens puissent être informés de l'état de disponibilité des lits dans chacune des structures.

b) Partager l'information disponible concernant la disponibilité des lits

Pour fluidifier la prise en charge des patients admis en urgence entre les deux établissements, il est nécessaire que les procédures soient harmonisées entre les deux partenaires afin que les patients disposent d'une porte d'entrée commune dans le dispositif, basée sur des critères précis. Cette harmonisation permettra de formaliser le parcours des patients et les établissements disposeront d'un schéma lisible de la prise en charge des admissions non programmées. De plus, la coopération ne peut s'envisager que par la mise en œuvre d'un partage de l'information concernant la disponibilité des lits d'admission dans chacun des deux établissements. La convention prévoit qu'un accès sécurisé aux systèmes d'information puissent être établis entre les deux partenaires. Ce dispositif permettra de parfaire les données dont disposent les praticiens hospitaliers de garde afin de trouver une solution adaptée aux besoins d'hospitalisation des patients, ce qui contribuera à accélérer la réponse à l'urgence puisque des solutions pourront être apportées de manière plus simple et plus rapide.

c) Renforcer les possibilités alternatives à l'hospitalisation

Il faut renforcer le dispositif d'urgence de première ligne pour que les patients souffrant de pathologie ne nécessitant pas un traitement urgent puissent se diriger vers la médecine de ville²⁸. La convention de 2012 a pris acte de cette situation et invite le groupe de travail à initier une réflexion commune sur l'organisation des CMP sur le territoire notamment en élargissant les plages d'ouverture et en offrant parallèlement la possibilité aux patients en crise d'obtenir des consultations sans délais. Améliorer les conditions d'accueil en amont de l'hospitalisation permettra de réguler l'afflux des patients au SECOP, contribuant, de fait, à améliorer la prise en charge de l'urgence en la graduant par l'étayage d'une offre de proximité qui pourra ensuite déboucher, s'il y a lieu, vers le SECOP²⁹.

d) Actualiser la convention de sectorisation entre Cadillac, Charles-Perrens et Libourne

Une convention a été signée le 19 mars 2002 entre le CHCP, Cadillac et le CH de Libourne afin de clarifier les territoires desservis par chacun des trois établissements sur la CUB. Compte-tenu des évolutions qu'a connu l'agglomération Bordelaise ces dernières années, le CHCP et Cadillac sont favorables à une redéfinition des secteurs sur la CUB. Pour simplifier la prise en charge des patients, il semblerait que le CHCP revendique son assise sur la CUB et notamment sur une bonne partie des secteurs desservis par Cadillac sur cette zone. Il dispose, en effet d'un argument de choix puisqu'environ un quart des admissions non programmées affluant au SECOP concernerait des patients de Cadillac³⁰. Le CHCP entend probablement profiter des nouvelles dispositions prévues par la loi du 5 juillet 2011 pour négocier avec l'ARS une redéfinition des secteurs de prise en charge de la santé mentale sur la CUB.

28 CLEVY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL JC, Octobre 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, p.34

29 VALLANCIEN G, Juillet 2010, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, Rapport au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, publié aux éditions de la documentation française, p.12

30 Mission Nationale d'Appuis en Santé Mentale, 2003, *Rapport sur l'organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier Charles-Perrens*, p.15

e) *S'adapter aux dispositions relatives à l'urgence, prévue par la loi du 5 juillet 2011*

La loi du 5 juillet 2011 relative aux *droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement et aux modalités de leur prise en charge* conduit à une réorganisation du traitement des patients hospitalisés d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT) par les établissements. Cette loi, en plus de remplacer la notion d'hospitalisation sous contrainte, prévue par la loi du 27 juin 1990, par la notion de soins sous contrainte, établit que le Directeur Général de l'ARS, sur avis du préfet du département, désigne les établissements autorisés dans le périmètre du territoire de santé. Dans la mesure où, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou d'office constitue une mission de service public, les établissements devront assurer par leurs propres moyens, ou par l'intermédiaire d'une convention, une prise en charge à temps complet, partiel ou en ambulatoire des malades en HO ou en HDT. Le CHCP et le CH de Cadillac ont bénéficié tout deux de cette autorisation, mais étant donné que la loi s'accompagne de dispositions spécifiques relatives à l'urgence elle vient impacter l'organisation établie entre les deux établissements dans ce domaine. Suivant l'article L 3222-1 du Code de la Santé publique, la loi innove en chargeant l'ARS d'organiser au sein de chaque territoire de santé, un dispositif de réponse à l'urgence psychiatrique avec les acteurs concernés. Ainsi, elle a la possibilité, si elle le souhaite, de procéder à des groupements d'établissements de santé autorisés en psychiatrie et chargés de la mission de service public de prise en charge des personnes en HO ou HDT. Compte-tenu de ces dispositions, Cadillac étant éloigné d'environ quarante kilomètres de la CUB, on entrevoit les prétentions du CHCP sur cette zone. Les établissements peuvent donc réfléchir à l'élaboration d'une convention permettant au CHCP de prendre en charge sur la totalité de la CUB les patients faisant l'objet de soins sous contrainte. Même si elle contribuerait à renforcer l'assise du CHCP sur la CUB, elle n'apparaît que bénéfique pour les patients contraints de soins puisqu'une prise en charge en ambulatoire ou à temps-partiel entraîne nécessairement des déplacements pour ces personnes. Le CHCP pourrait ainsi organiser les soins des patients relevant de Cadillac sur la CUB. C'est sûrement une piste sur laquelle le groupe de travail devra réfléchir. Le CHCP attend donc de la

convention spécifique qu'elle résolve une bonne partie des dysfonctionnements que connaît le SECOP. Pour autant, son application ne sera pas suffisante pour garantir une prise en charge optimale des situations d'urgence psychiatriques sur le territoire.

ii. Repenser le fonctionnement du SECOP

La réactualisation de la Convention avec le CH de Cadillac ne suffira pas, à résoudre de manière durable les problèmes de fonctionnement auxquels se heurtent le SECOP. Les accusations perpétuelles d'un dysfonctionnement reposant uniquement sur un afflux de patients de Cadillac trop important ne sont pas suffisantes pour expliquer les difficultés de prise en charge des patients admis en urgence, puisque dans la plupart des cas Cadillac procède à un transfert relativement rapide de ses patients³¹. Il semble que cet argument, développé par le CHCP, contribue à dissimuler un dysfonctionnement chronique du SECOP. C'est un service qui apparaît bien équipé, c'est pourquoi l'argument d'une sous dotation en terme de personnel ne semble pas tenir. Même si Cadillac mettait à disposition du SECOP des moyens humains supplémentaires qui se traduiraient par l'octroi d'ETP d'infirmiers ou de praticiens hospitaliers, ils ne contribueraient pas à désengorger le service. Le problème apparaît plus profond, il touche à la mission même du service et aux pratiques des psychiatres. En effet, la mission originare du SECOP était de procéder à des évaluations psychiatriques en vue d'orienter ensuite les patients vers des solutions adaptées à leur état. Aujourd'hui, 60% des passages au SECOP donnent lieu à une hospitalisation, ce chiffre est en baisse depuis dix ans mais reste assez important. Cette pratique ne doit pas être vue comme une habitude, plus ou moins « mauvaise » qu'auraient pris les praticiens, dans la mesure où elle apparaît d'avantage, « culturelle » ou « sociétale ». En effet, à chaque maux son remède et généralement, dans l'imaginaire des patients et des familles, l'entrée au SECOP doit passer par une hospitalisation, seul traitement « visible » de la maladie mentale. Ainsi, s'il est difficile d'influer sur le nombre d'entrée en hospitalisation, des leviers existent. La DMS gagnerai à être réduite. Pour autant, c'est un point sensible risquant de mettre en difficulté l'administration du CHCP car il est difficile de critiquer les pratiques médicales des médecins sans se heurter à une colère forte de la

31 Dans le délais des 48 heures prévu par la Convention de 1996

communauté médicale ne voulant pas se faire dicter ses pratiques. En effet, les médecins perçoivent souvent cet argument comme un moyen de faire face à la restriction des moyens auxquels doivent souvent faire face les établissements. On comprend pourquoi le CHCP préfère développer dans son projet médical 2012-2017 un ensemble de dispositifs permettant de renforcer les solutions d'amont à l'hospitalisation plutôt que de s'attaquer à cette problématique. En effet, le CHCP prévoit de créer une équipe de psychiatrie d'intervention et de crise qui permettrait à la fois de mettre à disposition du Service d'Aide Médical Urgente (SAMU) des compétences psychiatriques, mais aussi de procéder à une évaluation au domicile du patient dans certaines situations afin d'éviter un recours systématique au SECOP. En parallèle, le projet médical détaille la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée d'une capacité de cinq lits, qui constituera une forme alternative à l'hospitalisation classique. De plus, le CHCP prévoit de renforcer la psychiatrie de liaison à la fois sur la CUB mais aussi sur Arcachon et Lespare pour limiter les adressages au SECOP.

Ainsi, les établissements attendent beaucoup de la convention spécifique relative aux urgences pour optimiser la prise en charge sur le territoire. Outre les urgences, le CHCP et Cadillac coopèrent dans les domaines de l'addictologie et des adolescents dans le but de lisibiliser le parcours de soins des patients sur le territoire de santé et notamment sur la CUB.

II. La coopération: une opportunité pour améliorer la lisibilité du parcours de soins du patient sur le territoire de santé girondin.

Le PRS-A dans ses orientations 2012-2017 prévoit de coordonner les acteurs de santé autour du parcours de soins des patients dans l'objectif d'améliorer la transversalité, la lisibilité et la cohérence du système de santé sur les territoires de santé Aquitains. C'est dans cette perspective que peuvent être envisagées les conventions signées le premier mars 2012 par le CHCP et le CH de Cadillac dans deux domaines spécifiques concernant, d'une part, la prise en charge des patients souffrants de troubles addictifs et d'autre part la prise en charge des adolescents^{32 33}.

A. Coordonner la prise en charge sur le territoire : l'exemple de l'addictologie

La coordination de la prise en charge en addictologie constitue un enjeu majeur sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne dans la mesure où c'est un objectif qui a été développé dans le SROS-A. Des actions doivent être engagées par les fournisseurs de soins des secteurs sanitaires et médicosociaux afin de lisibiliser le parcours de soins du patient sur le département Girondin.

i. L'addictologie: une discipline récente pour laquelle la demande est en augmentation sur le territoire

L'addictologie est une discipline en mutation pour laquelle les besoins sont de plus en plus importants.

32 Convention spécifique n°2012-9 relative à la prise en charge des patients sectorisés porteurs de troubles addictifs, annexes n°8

33 Convention spécifique n°2012-11 relative à la prise en charge des adolescents, annexe n°9

a) Le caractère nouveau et particulier de la discipline

L'addictologie est une discipline nouvelle car elle a connu, ces dernières années, des évolutions majeures en terme de prise en charge. En effet, le centre d'intérêt de la spécialité s'éloigne des substances consommées comme le tabac, l'alcool, les drogues, ou des comportements addictifs, tel que le jeu, pour s'intéresser davantage à la perte de contrôle dont souffrent les patients, seul élément commun à toutes les formes d'addictions. Ce renouveau impacte nécessairement la discipline dans ses pratiques cliniques. Au fil du temps, elle est devenue transversale et commune à toutes les formes d'addiction qui voient converger les objectifs et les interventions cliniques de la prise en charge. En addictologie, la prise en charge thérapeutique du patient ne s'envisage que sur le long terme, elle a pour objectif final l'arrêt permanent de la consommation de la substance ou du comportement ayant un caractère addictif. Pour autant après une période d'arrêt, les patients risquent de redevenir « addict ». De cette manière, les professionnels de santé et les cliniciens travaillent sur l'abstinence et la prévention de la rechute, en ayant une perspective de long terme. La phase de sevrage ne peut donc pas, à elle seule, constituer la totalité de la prise en charge, elle doit constituer une étape du soin. L'addictologie est une spécialité qui ne doit pas regarder le patient uniquement au travers de sa pathologie, la prise en charge doit permettre un accompagnement global du sujet pour l'amener à un changement progressif de ses habitudes. En effet, le développement de troubles addictifs impacte au quotidien l'ensemble de la vie du patient. Dans cette perspective, la prise en charge en addictologie doit pouvoir offrir au sujet en souffrance les moyens de se réappropriier l'ensemble de ses domaines, psychiques, physiques, relationnels et sociaux. Ainsi, c'est au travers d'une approche globalisée de la prise en charge, graduée et coordonnée entre acteurs du sanitaire, du social et du médicosocial que le parcours de soins du patient pourra être amélioré pour prendre la forme « *d'un parcours de vie* »³⁴.

34 CLEVY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL JC, Octobre 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, p.50

b) Des besoins certains en terme d'offre sur le territoire

Les besoins en terme de prise en charge sont importants sur le territoire comme l'expose le SROSMS-Aquitaine Addictologie 2009-2013. Il établit une typologie socio-démographique des différents types d'addiction dont souffrent les Girondins.

- *Concernant la consommation d'alcool:*

Le schéma fait état de 376 décès par an liés à une consommation d'alcool excessive. La mortalité prématurée des personnes âgées de 45 à 64 ans est due, pour un dixième d'entre eux, à une sur- consommation de boissons alcooliques. Les décès masculins sont six fois plus nombreux que les décès féminins. Pour les femmes, les hospitalisations liées au traitement de tumeurs malignes du foie sont supérieures à la moyenne nationale.

- *Concernant la consommation de tabac:*

La mortalité des individus liée à des cancers de la trachée, des bronches, et du poumon est plus élevée en Gironde comparativement aux chiffres régionaux et nationaux. Les maladies déclarées à cause d'une sur-consommation de tabac sont à l'origine d'un décès masculin sur cinq et d'un décès féminin sur dix. Il faut savoir que le nombre de cigarettes vendues en Gironde est en diminution, pour autant ce chiffre demeure le plus élevé d'Aquitaine.

- *Concernant la consommation d'autres substances addictives:*

Les infractions à la législation sur les stupéfiants en Gironde sont légèrement supérieures à la moyenne régionale mais inférieures à la moyenne nationale. Pour autant, le nombre d'infractions liées à l'usage de cannabis a augmenté sur la période 2000-2005. Concernant les personnes âgées de 20 à 39 ans, les ventes de stéribox³⁵ ont été plus importantes que sur le reste du territoire national. On remarque en outre

³⁵ La vente de Stéribox vise à prévenir la contamination des virus du Sida, des Hépatites et d'autres agents infectieux en expliquant l'usage stérile de la seringue, le risque du partage des seringues et du matériel annexe

que les recours aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes, en ambulatoire, sont moins fréquents sur le département Girondin qu'ailleurs dans la région.

De cette manière, sur le territoire de santé, les besoins de prise en charge en addictologie sont présents. Au regard du rapport global d'activité du CHCP³⁶, on peut penser qu'ils sont en augmentation puisqu'en 2010, le nombre de journées d'hospitalisation au sein du pôle addictologie s'élevait à 1 041,5 et qu'entre 2009 et 2010, l'activité du pôle enregistrait une hausse de 8,38% concernant la prise en charge en ambulatoire.

ii. Développer un projet transversal de type filière sur le territoire de santé girondin

En addictologie, il faut réussir à améliorer la prise en charge des patients en assurant la continuité des soins par le développement de dispositifs coordonnant l'offre sur les territoires de proximité et de recours desservis par le CHCP et le CH de Cadillac, à l'image des propositions faites par le rapport Larcher édité en 2008³⁷.

a) Bénéficiaire de l'expérience du CHCP en matière de prise en charge « filiarisée »

En addictologie, le CHCP a su développer une véritable filière de prise en charge coordonnée du patient, étoffée d'un ensemble de partenariats sanitaires et médicosociaux, permettant la continuité des soins sur les territoires qu'il dessert.

³⁶ *Rapport d'activité globale du CHCP, année 2010*

³⁷ LARCHER G, Avril 2008, *Les missions de l'hôpital*, Rapport au Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publié aux éditions de La Documentation Française.

- **Un pôle d'addictologie structuré en filière de soins graduée.**

Le pôle addictologie du CHCP s'apparente à un « *guichet unique* »³⁸. En effet, il accueille tous les patients souffrant de troubles addictifs au même endroit et cela peu importe leur pathologie. Les locaux du pôle peuvent accueillir entre 80 et 90 patients par jour. La volonté affirmée de ce pôle a été de placer le patient au cœur du dispositif de prise en charge en simplifiant au maximum ses démarches. Cet élément est important dans la mesure où la prise en charge en addictologie s'effectue souvent à temps partiel ou en ambulatoire, ce qui contribue à multiplier les déplacements du patient entre les différentes structures. L'existence d'un lieu unique qui offre consultations et prises en charge est un atout majeur pour les patients, qui voient leur transports limités et leurs démarches administratives simplifiées. Le pôle d'addictologie est parvenu, au fil du temps, à coordonner et lisibiliser la prise en charge de ses patients. Cette coordination n'a pu se faire que de manière progressive dans la mesure où le pôle a dû diversifier son offre pour être présent sur l'ensemble de la filière, du territoire de proximité au niveau de recours. Aujourd'hui la coordination des services est essentiellement assurée du fait que le pôle addictologie du CHCP gère cinq structures³⁹, dont quatre sanitaires et une médicosociale, de fait associées, et qui assurent une mission de soins, de proximité, et de recours sur le territoire⁴⁰.

Le pôle dispose ainsi de quatre structures sanitaires....

- Une unité de consultation polyvalente pour l'ensemble des pathologies addictives qui correspond à une offre relevant du territoire de proximité.
- Un hôpital de jour d'une capacité de cinq places prenant en charge des patients à temps partiel
- Une équipe de liaison, ELSA en partenariat, avec le CHU dont « *la mission est de repérer les patients en difficulté pendant leur hospitalisation, d'apporter une première réponse et d'orienter dans le parcours de soins* »⁴¹

38 PIEL E, ROELANDT JL, juillet 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, p.74

39 Propos recueillis durant l'entretien avec Monsieur le Professeur Auriacombe, chef du pôle addictologie du CHCP.

40 Schéma de la filière addictologie, annexe n°10

41 LEPINE JP, MOREL A, PAILLE F, REYNAUD M, RIGAUD A, Octobre 2006, *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*, Rapport au ministère de la santé et des solidarités, publié aux éditions de la documentation française, p.8

- Un laboratoire universitaire qui constitue un centre de référence régional, de formation et de recherche

.....et de deux structures médicosociales:

- un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), le décret du 17 mai 2007⁴² leur confère des missions, d'accueil, d'information, d'évaluation psychologique et sociale et d'accompagnement à destination des publics qui s'y présentent.
- Une unité addiction parentalité

Le pôle est aussi porteur d'un projet qui lui permettrait de développer une offre de recours de niveau trois sur le territoire conformément à ce que préconise le SROS-A.

La gestion en commun de ses structures par le CHCP permet, de fait, une coordination de la prise en charge par l'instauration de protocoles de prise en charge communs à l'ensemble des services, ce qui contribue à accroître la lisibilité du parcours de soins du patient sur le territoire et à limiter les phénomènes de rupture de soins. La prise en charge est globalisée au sein d'une filière de soins comme le préconisait la circulaire du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie⁴³. Le CHCP va même plus loin dans la mesure où il a su développer des partenariats étroits avec des acteurs du sanitaire et du médicosocial qui viennent s'articuler à son dispositif.

- **De nombreux partenariats déjà établis sur le territoire de santé**

- Un partenariat avec CHU de Bordeaux

La coopération entre les services d'addictologie du CHCP et le CHU est ancienne. Le partenariat actuel s'appuie sur la convention de 1993 liant le CHU et le CHCP concernant l'ouverture du premier centre méthadone nouvelle génération à l'Hôpital Pellegrin. En 2000 a été créée une ELSA regroupant l'équipe de liaison de toxicomanie du CHCP et celle d'addictologie du CHU, renforcée par l'unité de la

⁴² Décret 2007-877 du 14 mai 2007, relatif aux missions des CSAPA, consulté sur www.legifrance.fr le 22 mai 2012.

⁴³ Circulaire DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière de soins en addictologie.

consultation de tabacologie de ce dernier. Plus récemment, suite à la réorganisation du CHU en pôles, la direction du CHU a confié, en 2007, au responsable du pôle addictologie du CHCP le rôle de référent hospitalo-universitaire pour l'addictologie dans le cadre du pôle santé publique développé par le CHU.

➤ Un partenariat avec le dispositif médicosocial

Le partenariat avec le secteur médico-social s'effectue essentiellement par l'intermédiaire du CSAPA géré par le CHCP. Grâce à cette structure, l'hôpital dispose d'une légitimité à négocier avec le secteur médicosocial, souvent réticent, à discuter avec le sanitaire. Dans ce cadre il a noué des partenariats avec deux autres CSAPA du département de la Gironde, CEID et ANPAA, pour la consultation jeune consommateur qui se matérialise au travers d'un « Caan'bus ». Une collaboration avec le CEID et la mission locale Sud-Gironde a été établie pour assurer une offre de consultation avancée sur l'agglomération de Langon. Le pôle dispose aussi d'un partenariat avec l'association Emmaüs au sein de laquelle est proposée une consultation délocalisée. Le CHCP collabore aussi étroitement avec la maison d'arrêt de Bordeaux- Gradignan, concernant les personnes détenues. Le CSAPA du CHCP y dispose d'une consultation socio-éducative.

Ainsi le pôle addictologie du CHCP a réussi à élaborer une filière de prise en charge graduée sur le territoire, à la fois en étoffant son offre mais aussi en développant des partenariats nombreux. Constatant ce succès c'est tout naturellement que Cadillac souhaite s'insérer dans ce dispositif apparemment efficient⁴⁴. La convention relative à la prise en charge des patients souffrants de troubles addictifs a été signée le premier mars 2012 entre les deux établissements⁴⁵.

44 Propos recueillis durant l'entretien avec Monsieur le Professeur Auriacombe, chef du pôle addictologie du CHCP, annexe n°1: personnes rencontrées

45 Convention relative à la prise en charge des patients souffrant de troubles addictifs, Annexes n°8

b) Insérer le CH de Cadillac dans cette dynamique de type filière

Le CH de Cadillac a plus ou moins intérêt à s'inscrire dans la filière de prise en charge développée par le pôle addictologie du CHCP. En effet, cet établissement ne dispose pas d'une offre suffisante pour répondre à l'accroissement de la demande de prise en charge des patients en addictologie sur les territoires qu'il dessert. Il y trouve une légitimité d'autant plus forte étant donné que l'intersecteur en addictologie du CHCP a été créé en 1983 et qu'il y avait contribué en mettant à disposition des moyens humains, dont des temps partiels infirmiers et médicaux. Cette situation explique les revendications actuelles de l'établissement, qui souhaite relever de l'intersecteur du pôle addictologie du CHCP selon le Professeur Auriacombe. Actuellement, l'offre en addictologie, développée par Cadillac sur les territoires de proximité, est insuffisante, notamment sur la CUB. L'établissement peine donc à répondre à une demande en constante augmentation. A ce jour, il ne dispose que d'une consultation à dimension intersectorielle sur Bordeaux et sur la CUB. Sur le reste du territoire, il a développé une consultation intersectorielle en 2008 dans le Sud-Gironde. Le CH de Cadillac avait pour projet de créer une communauté locale de polyaddiction dont la mission aurait été de travailler en direction des professionnels et des patients, il souhaitait aussi ouvrir une consultation d'addictologie au sein de son Unité pour Malades Difficiles (UMD). Pour autant, il semblerait que ces projets n'aboutissent pas dans la mesure où Cadillac ne s'est pas vu attribuer les moyens financiers et humains nécessaires à leur développement. De plus, l'établissement ne dispose pas d'un niveau de recours plus spécialisé dans la prise en charge, c'est pourquoi il souhaite coopérer avec le CHCP, ce qui lui permettrait d'adresser plus facilement ses patients au sein de services plus complets en addictologie⁴⁶. Pour autant, cette coopération envisagée avec Cadillac ne doit pas être perçue comme une contrainte pour le CHCP dans la mesure où Cadillac peut contribuer à enrichir la filière déjà mise en œuvre par le pôle. En effet, bien que l'offre de Cadillac en matière d'addictologie soit relativement faible, l'établissement a tissé des liens avec des associations, notamment les Alcooliques Anonymes, qui interviennent à l'UMD et à la clinique d'Ornon. D'autre part, en terme de formation professionnelle, l'établissement intègre régulièrement dans ses programmes, des

46 Propos recueillis auprès du Professeur Auriacombe.

stages relatifs aux conduites addictives (tabacologie, alcoolisme, toxicomanie). Il prépare aussi certains infirmiers motivés à des diplômes universitaires spécialisés. Enfin, l'établissement a l'expérience d'un comité local de prévention du tabagisme, chargé de coordonner la politique institutionnelle dans ce domaine en direction, à la fois des professionnels et des patients. Ainsi, même si Cadillac semble conscient des avantages que la coopération avec le CHCP pourrait lui apporter, ses apports possibles au dispositif ne sont pas nuls. S'il veut développer sa prise en charge dans le domaine de l'addictologie, il peut le faire, et il est préférable qu'il le fasse en coopération avec le CHCP pour palier à une situation de concurrence entre les deux établissements sur le territoire. Par la convention signée le premier mars 2012, Cadillac reconnaît l'assise du CHCP, structure de référence dans le domaine de l'addictologie. Ce document devrait permettre de clarifier les liens qui doivent être établis entre les deux partenaires pour fluidifier la prise en charge des patients sur le territoire.

c) Développer des outils communs permettant de coordonner l'offre sur le territoire

La convention spécifique prévoit la réunion de groupes paritaires composés de praticiens hospitaliers, de cadres de santé et des directeurs des affaires médicales et générales afin qu'ils réfléchissent à l'élaboration d'outils commun pour fluidifier et coordonner la prise en charge des patients sur les territoires desservis par les deux établissements.

- **Organiser de façon conjointe une action annuelle de sensibilisation et de formation en addictologie**

La sensibilisation du public à la santé mentale est une des recommandations forte de l'OMS qui encourage ces actions⁴⁷. Cette mission apparaît prioritairement

⁴⁷ CLEVY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL JC, Octobre 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, p.20

dévolue au service universitaire du CHCP. Pour autant, la convention prévoit un partenariat lisible et matérialisé entre les deux établissements sur ce thème. L'action devrait être formalisée par l'organisation d'une journée-colloque annuelle ouverte aux professionnels des deux établissements et à l'ensemble de leurs partenaires. Elle devra être préparée en liaison avec des représentants de l'autorité sanitaire. La mise en œuvre de cette journée aurait du se faire avant la fin du premier semestre 2012, or son organisation n'apparaît toujours pas au calendrier.

- **Développer une structuration commune d'information médicale en matière d'addictologie**

Afin de mutualiser l'offre sur le territoire, il est important que chaque établissement puisse mieux cerner son activité sectorisée en addictologie tant en soins ambulatoires qu'en hospitalisation. De cette manière, le CHCP et Cadillac devront désigner chacun un binôme médecin-administratif qui préparera un rapport d'activité annuel des prises en charge en addictologie des patients sectorisés selon une structure de présentation commune composée de tableaux de bords et d'indicateurs conjointement établis. A terme, on envisage l'élaboration d'un rapport commun. Pour autant, cette disposition pose le problème de l'homogénéité de la saisie des diagnostics addictologie associés. Ainsi, le groupe de travail devra donc réfléchir aux possibilités d'élaboration d'un processus d'homogénéisation de la saisie des diagnostics pour pouvoir disposer, pour l'avenir, d'un diagnostic partagé de l'activité.

- **Offrir une meilleure structuration de l'offre en niveaux gradués**

La convention circonscrit le travail aux seuls territoires desservis par le CH de Cadillac et le CHCP, à savoir, la CUB, le Sud-Gironde et l'Est du département, autour des arrondissements de Lesparre et d'Arcachon⁴⁸. Afin de pouvoir disposer d'une organisation claire entre les deux établissements, le texte prévoit l'identification préalable d'interlocuteurs médicaux désignés à l'échelle de chaque établissement,

48 Cartes des secteurs desservis par le CHCP et Cadillac, annexes n°4 et n°5

pôle ou secteur. Ce préalable apparaît indispensable au développement d'une nouvelle organisation. Cette disposition sera accompagnée, sous réserve d'un travail antérieur en vue d'une meilleure connaissance des activités et d'un avis de chacune des communautés médicales, de la désignation, dans le cadre d'une première étape d'un coordinateur médical par pôle qui assurera la fonction de personne ressource permettant de faire, chaque fois que nécessaire, la liaison entre le secteur de proximité, c'est à dire, les praticiens et les équipes de secteur, et les niveaux supérieurs. Dans le cadre d'une deuxième étape, la convention prévoit la désignation d'un référent médical par établissement dont la mission essentielle sera d'assurer une consultation clinique d'addictologie dans le cadre d'une unité fonctionnelle spécifique et identifiée, pour soulager le travail de consultation des différents praticiens hospitaliers. Le texte n'exclue pas de cette disposition l'association possible d'un soignant au travail du coordinateur médical, dans le cadre d'une approche de type binaire. A terme, l'organisation de ce dispositif d'ensemble sera formalisé dans le cadre d'un logigramme de type filière. De cette manière, si les dispositions de cette convention sont respectées, l'offre de soins sera structurée, coordonnée et donc fluidifiée sur les territoires desservis par le CHCP et le CH de Cadillac.

B. Mutualiser les ressources disponibles sur le territoire: l'exemple de la prise en charge des adolescents.

Les dispositifs de prise en charge existants à destination des publics adolescents sont peu nombreux. En effet, ces populations relèvent souvent, soit du système mis en place pour les enfants ou soit de celui destiné aux adultes. En ce sens, au niveau national, en 1999, seul un tiers des places en hospitalisation partielle et 5% des capacités d'hospitalisation complète sont dédiés à la pédopsychiatrie⁴⁹. Ce phénomène s'explique essentiellement du fait que la notion d'adolescence apparaît particulièrement difficile à définir. Le groupe de travail sur la question de la prise en charge des adolescents, investi par la signature d'une convention le premiers mars 2012 entre le CH Cadillac et le CHCP⁵⁰, débute l'adolescence au moment de l'entrée

49 PIEL E., ROELANDT J-L, juillet 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, p.5

50 Convention 2012-11 relative à la prise en charge des adolescent souffrant de troubles psychiques, annexe n°9

au collège pour clôturer cette période vers l'âge de 16 ans. Ce choix se trouve renforcé par le Docteur Cazenave, chef du pôle de pédopsychiatrie du CHCP qui explique que « *les adolescents ont besoin d'un accompagnement spécifique, et plus particulièrement entre 12 et 16 ans* ». C'est pourquoi, la nécessité d'instaurer une structure de prise en charge adaptée aux adolescents est soulignée par le SROS-A.

i. Une population spécifique

La population adolescente en Gironde est relativement conséquente, du fait du dynamisme du département et notamment de la ville de Bordeaux, capitale régionale. Ce public souffre souvent de pathologies ciblées, spécifiques à cette classe d'âge.

a) Principales caractéristiques de la population adolescente en Gironde

Le territoire de santé Girondin comprenait 1 407 500 habitants au dernier recensement du premier janvier 2007⁵¹. La population adolescente s'élève approximativement à 176 536 individus, soit 84 532 personnes dans la classe d'âge 10-14 ans et 92 004 personnes dans celle des 15-19 ans. Ces chiffres sont en augmentation de presque 7% par rapport au recensement de 2004. La proportion de jeunes en difficulté psychique sur le territoire apparaît importante. En effet, selon une enquête réalisée auprès de vingt-et-un établissements scolaires de la Gironde, 9% des garçons et 19% des filles qui consultent à l'infirmerie scolaire auraient fait une tentative de suicide⁵². En outre, au delà des chiffres, il convient de remarquer que le public adolescent dispose de caractéristiques spécifiques, en effet, il est particulièrement nomade, que ce soit sur le plan géographique, puisque cette population est mobile du fait de changements d'environnement scolaire ou familial,

51 INSEE, *Estimation de population*, www.insee.fr consulté le 11 mai 2012

52 CHOQUET M, POMMERAU, X, LAGADIC C, 2001, « Les élèves à l'infirmerie scolaire, identifiant des jeunes à haut risque suicidaire », *Enquête réalisée auprès de vingt-et-un établissements scolaires de la Gironde à la demande de la Direction Générale de la Santé*, Paris, Rapport de recherche, Inserm.

que sur les plans affectifs ou sexuels⁵³. Le dispositif de soins existant sur le territoire de la Gironde doit réussir à s'adapter aux besoins en augmentation de cette population qui souffre de problématiques ciblées, comme le préconise le SROS-A.

b) Des problématiques ciblées

Selon une étude de l'Inserm, « *un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental en France. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie* »⁵⁴. Selon le Docteur Ayoun, pédopsychiatre au CHCP, la prise en charge du jeune adolescent relève peu du traitement de psychoses infantiles ou de troubles psychiatriques chroniques, tel que l'autisme, étant-donné que ces patients ont été repérés à la période de l'enfance, ils sont souvent déjà institutionnalisés. En réalité, les jeunes développent davantage des troubles anxieux et dépressifs. En effet, l'Inserm a mené, en 1994, une étude qui rapporte que parmi les 11-29 ans scolarisés dans l'académie de Bordeaux, 22% présentent des signes dépressifs et 10% ont déjà eu des idées suicidaires. Les troubles anxieux peuvent s'exprimer de différentes manières, au travers d'un stress disproportionné lié aux résultats scolaires ou encore par des troubles du sommeil, voire des phobies sociales⁵⁵. Cet état de nervosité permanente est susceptible d'entraîner des troubles de l'humeur qui peuvent conduire l'adolescent, s'il n'est pas traité, à avoir des idées morbides, voire à effectuer des tentatives de suicide. Les troubles du comportement alimentaire représentent, quant-à eux, une partie non négligeable de la prise en charge. Ils touchent essentiellement les adolescentes, étant-donné qu'environ 1% des filles de 17 à 19 ans sont boulimiques et que 0,2% souffrent d'anorexie. Enfin, il convient de remarquer que les épisodes de schizophrénie débutent généralement durant l'adolescence, notamment pour les garçons, et cela même si le taux d'incidence de cette pathologie demeure relativement faible sur l'ensemble de la population⁵⁶. De

53 JOURDAIN-MENNINGER D, STROHL-MAFFESOLI S, Février 2004, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n°2004 027, IGAS.

54 Ibid., p.12

55 CHOQUET M., LEDOUX S.,1994, Enquête Nationale, « La sante des jeunes scolarisés dans l'académie de Bordeaux », Inserm,Paris

56 Selon une Étude d'Hélène Verdoux sur 4 secteurs du CHCP, février 2004 in D JOURDAIN-MENNINGER, H. STROHL-MAFFESOLI, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n°2004 027, IGAS, p.12

cette manière, les adolescents ont besoin de traitements spécifiques adaptés à leurs spécificités et aux problèmes qu'ils développent.

c) Une prise en charge se faisant sur la base des intersecteurs infanto-juvéniles

La politique de santé mentale à destination des adolescents s'inscrit dans le cadre des intersecteurs infanto-juvéniles définis par la circulaire du 16 mars 1972. Durant les années 1970 et 1980 des structures généralistes telles-que les CMP, les hôpitaux de jours vont être créés sur la base de ces intersecteurs pour prendre en charge les enfants et les adolescents, tout âge et toute pathologie confondus. Les CMP ont un caractère particulièrement important dans la mesure elles organisent toutes les actions extra-hospitalières de prévention, de diagnostics, de soins ambulatoires et parfois de soins à domicile⁵⁷.

Le département de la Gironde compte sept intersecteurs infanto-juvéniles:

- quatre desservis par le CHCP⁵⁸, à savoir, la rive gauche de la CUB ainsi que l'Ouest du département incluant le Médoc et le bassin d'Arcachon.
- deux desservis par le CH de Cadillac⁵⁹, installés, on le rappelle à quarante kilomètres au Sud de Bordeaux, et qui ont pour mission de prendre en charge le Sud et l'Est du département, ainsi que la rive droite de la CUB et le quartier de la gare situé sur la rive gauche.
- Un autre intersecteur est desservi par le CH de Libourne, il ne sera pas étudié dans ce développement.

Des CMP et des Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Plein (CATTP) ont été créé à destination des enfants et adolescents sur le territoire, pour autant, leur implantation apparaît inégalitaire sur cet espace. Effectivement, ces structures ont été ouvertes par des associations qui n'ont pas basé leurs implantations sur la base du secteur qui s'applique aux établissements. Ainsi les structures ont surtout vu le

⁵⁷Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

⁵⁸Carte des secteurs infanto-juvénile desservis par la CHCP, annexe n°11

⁵⁹Carte des secteurs infanto-juvénile desservis par Cadillac, annexe n°12

jour dans les villes ce qui ne s'avère pas satisfaisant en terme de continuité des soins sur le territoire.

ii. Une répartition de l'offre inadaptée sur le territoire girondin

L'offre à destination des adolescents semble inadaptée sur le territoire, dans la mesure où elle se répartie de manière inégalitaire sur les territoires de proximité et que les capacités d'accueil du niveau de recours apparaissent insuffisantes pour les adolescents de moins de 16 ans, insuffisances d'ailleurs pointées par le PRS et le SROS-A.

a) Une offre de proximité répartie de manière inégalitaire sur le territoire

L'offre de soins de proximité extra-hospitalière est essentiellement associative grâce à un système de convention réalisé tantôt avec le CHCP, tantôt avec Cadillac.

• Le poids du secteur associatif

Trois structures, Rénovation, OREAG et Le Prado, sont particulièrement actives dans la prise en charge des adolescents en Gironde. Il convient d'expliquer qu'elles apparaissent à partir des années soixante, période pendant laquelle se développe un ensemble de critiques concernant les méthodes de prise en charge psychiatriques, jugées trop asilaires. En effet, l'hôpital psychiatrique était à l'époque synonyme d'enfermement pour les malades. C'est dans cette perspective que des personnalités bordelaises ont voulu proposer une prise en charge des patients plus libérale, et notamment pour les enfants et les adolescents. Elles vont ainsi développer des structures, principalement au sein des villes, qui auront vocation à assurer le suivi psychiatrique des populations⁶⁰. Plus tard ces établissements développeront une prise en charge spécifique à destination des jeunes et des

60 SABINE F., 2010, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie? L'exemple du centre hospitalier Charles Perrens*, Mémoire EHESP, p.31

adolescents. Aujourd'hui, elles assurent des missions de consultation autant médicales que paramédicales, de cette manière elles sont comparables aux CMP hospitalier. Si ces structures ne s'insèrent pas dans le dispositif de l'hôpital, elles compte parmi leur système extra-hospitalier. C'est ce qui explique que le CH de Cadillac et le CHCP aient tissé des liens avec Le Prado pour le premier et Rénovation et OREAG pour le second. Ces associations assurent des missions de service public et gèrent les CMP pour le compte de ces deux établissements publics de santé. Par ailleurs, ces établissements disposent, en outre, de nombreuses structures de prise en charge sociales ou médicosociales à destination des adolescents sur le territoire. L'association Rénovation dispose d'un hôpital de jour et d'un CATTP sur l'agglomération bordelaise, Le Prado et OREAG disposent principalement de structures de rééducation à l'image des ITEP. Malgré un fonctionnement efficace, l'implantation des CMP établit en dehors de la base des intersecteurs de prise en charge, rend insatisfaisant l'état de l'offre sur le territoire. Elle apparaît aujourd'hui inégalitaire, ce qui va à l'encontre des préconisations du PRS et du SROS Aquitaine qui souhaitent une meilleure organisation de l'accès aux soins pour éviter les ruptures de prise en charge.

- **Une prise en charge de proximité inégalitaire sur le département: l'exemple des CMP⁶¹**

Les CMP sont essentiellement implantées sur la CUB qui en compte quatorze pour enfants et adolescents dont quatre localisés sur Bordeaux et dix implantés sur les communes de Gradignan, Villenave-d'Ornon, Pessac, Mérignac, Lormont, Le Bouscat, Eysines, Blanquefort, Bruges et Bègles. Parallèlement, trois antennes ont été développées, une sur Talence et deux sur la commune de Bordeaux. A ce dispositif s'ajoutent quinze CMP adulte, pour traiter les adolescents de plus de 16 ans, dont six à Bordeaux, et onze à Eysines, Pessac, Mérignac, Talence, Villenave-d'Ornon, Bègles, Lormont et Cenon. Ces structures sont bien identifiées sur la CUB, à la fois par les adolescents eux-mêmes et par leurs familles, grâce à une diffusion de l'information efficace. En ce sens, elles permettent une prise en charge précoce, des troubles mentaux de l'adolescent, qui contribue souvent à éviter le

61 L'implantation des CMP enfants et adolescents et des CMP adultes dans les secteurs dépendants du CHCP et de Cadillac, annexe n°13

déclenchement d'un état de crise aiguë menant à une hospitalisation. Lorsqu'on s'éloigne de la CUB, les structures se font plus rares. Les territoires sont étendus et marqués par la ruralité. Le Nord-Ouest du département est un espace très rural, abritant souvent des publics précaires et fragiles sur le plan psychiatrique. Il englobe les arrondissements de Lesparre, les cantons de Blanquefort ainsi que ceux de Castelneau-Médoc. Cette zone dispose de quatre CMP pour enfants et adolescents, situées à Lesparre, Castelnau, Pauillac et Soulac et seulement d'une CMP pour adulte à Lesparre. Cette configuration pose la question de l'accessibilité géographique lorsque des soins plus spécialisés sont nécessaires étant donné que la distance entre Bordeaux et Soulac atteint 100 kilomètres et considérant que les axes de circulation dans cette région sont relativement médiocres. Les territoires du Sud-Gironde, desservis par les secteurs de Cadillac sont eux-aussi largement ruraux, des villes de petites tailles jalonnent le paysage. Sur cette zone relativement vaste, il existe seulement huit CMP pour enfants et adolescents situés à Bazas, Belibet, Cadillac, Portets, Cestas, Langon et La Réole, ainsi que six CMP adultes localisées à Bazas, Cadillac, Cestas, Créon Langon et à La Réole. Concernant le Sud-Ouest du département, la zone est plus urbaine, elle regroupe les cantons d'Audenge, La teste et d'Arcachon et ainsi que les communes de Porge et Salle. Ce territoire est attractif, du fait de sa proximité avec l'océan Il enregistre aujourd'hui une forte progression démographique notamment chez les enfants et adolescents, puisque la proportion des moins de 15 ans devrait évoluer de 10,9% entre 2004 et 2013 et celle des 15-29 ans de 14,1%⁶². Cette expansion se trouve, de plus, accentuée par des effets saisonniers qui multiplient les demandes urgentes de consultations et de soins. Or, sur cet espace, on ne compte que trois CMP pour enfants et adolescents à Biganos et Andernos ainsi qu'à La Teste-de- Buch auxquels s'ajoutent deux CMP pour adultes à Andernos et Arcachon. De cette manière, l'offre de CMP en Gironde se répartie in-équitablement. La CUB comporte un maillage de structures dense alors que la zone périurbaine qui l'entoure souffre d'un déficit de prise en charge de proximité. Concernant les territoires, situés au sein de la troisième couronne de la CUB, ils disposent certes de structures, mais leur répartition semble insuffisante. Compte-tenu de l'étendue des espaces, certaines populations

62 Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, Décembre 2008, *Les territoires de recours en Aquitaine, Territoire Bordeaux-Libourne*, DRASS, et Groupement Régional de Santé Publique d'Aquitaine.

ne disposent pas de site localisé à moins de trente minutes de leur domicile, ce qui va à l'encontre des préconisations de l'ARS dans le SROS-A.

b) Une capacité de recours différente sur les territoires desservis par le CHCP et le CH de Cadillac

Les centres hospitaliers de Cadillac et de Charles-Perrens ne disposent pas des mêmes capacités d'accueil des adolescents. Comme l'explique le Docteur Ayoun⁶³, le CHCP dispose d'un équipement à destination des jeunes beaucoup plus dense que celui proposé par Cadillac.

- **Le CHCP est un établissement relativement bien doté**

Le CHCP a développé une filière de soins pour adolescents graduée au sein de ses services. Cet établissement dispose d'une offre variée enrichie, à la fois par sa proximité avec le CHU, mais aussi par la volonté des psychiatres à développer une prise en charge de type filière pour les enfants et adolescents. En terme de prise en charge hospitalière complète, le CHCP est le seul établissement à disposer d'un Centre de Crise pour Adolescents sur le département. Il comprend dix lits, à destination des adolescents en état de crise qu'il est nécessaire d'hospitaliser sur de courtes durées. L'unité Régis quant-à elle dispose de trois lits d'hospitalisation permettant de prendre en charge des adolescents sur une durée plus longue, notamment lorsqu'ils souffrent d'une rupture de prise en charge qui a aggravé leur état, ou lorsqu'ils présentent des troubles du comportement chroniques nécessitant, parfois, une surveillance renforcée. En terme d'hospitalisation de jour, le CHCP dispose d'un hôpital sur la CUB, à Talence, d'une capacité de 25 places, dans lequel une activité de consultations est assurée. En dehors de la CUB, il dispose d'un CATTP et d'un Hôpital sur la Commune de Biganos. En parallèle, compte tenu de la proximité géographique du CHCP avec le CHU un pôle de pédopsychiatrie universitaire a pu être développé en partenariat avec ce dernier. Il compte un hôpital de jour à Caychac d'une capacité de 22 places et prenant plus spécifiquement en

63 Docteur Ayoun, pédopsychiatre au CHCP, Liste des personnes rencontrées, annexe n°1

charge les troubles envahissants du développement (TED), l'autisme ainsi que que les troubles du comportement. Il assure la psychiatrie de liaison aux urgences psychiatriques du CHU où sont accueillis beaucoup d'adolescents, notamment des suicidaires ou des individus souffrant d'anorexie mentale voire de troubles du comportement. Dans cette logique partenariale avec le CHU, le CHCP a contribué à la création du Centre de l'Adolescent Jean Abadie, situé sur Bordeaux. Cet établissement est doté de dix lits pour des patients âgés de 6 à 17 ans et dispose de cinq places au sein de son hôpital de jour qui réalise des évaluations psychologiques et orthophoniques. Il offre aussi une consultation polyvalente pour les 12-18 ans. Le CHCP a donc réussi à développer une offre relativement conséquente, notamment du fait de sa proximité avec le CHU et du développement de partenariats étroits avec ce dernier concernant la prise en charge des adolescents.

- **Cadillac dispose d'une offre hospitalière limitée à destination des adolescents**

Le CH de Cadillac a pour mission de développer une offre ayant vocation à couvrir deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile⁶⁴. En terme d'offre de recours, le CH de Cadillac ne dispose que de sept lits dédiés aux enfants et adolescents. En effet, cinq se situent à la Clinique d'Ornon. Situés dans un secteur isolé, ils accueillent les adultes et les mineurs à partir de 16 ans, en hospitalisation programmée, ou provenant du secteur médicosocial. Le CH dispose aussi de deux lits dédiés à la Clinique des Gravières de Lormont prenant plus spécifiquement en charge la dépression et l'anxiété chez les adolescents. Concernant l'hospitalisation de jour, Cadillac dispose de trois structures sur la CUB à Villenave d'Ornon, Bordeaux et Bègles. Hors CUB, il prend en charge des adolescents et des enfants dans ses hôpitaux de jour de La Réole, Podensac et Toulence. Ainsi, en terme de prise en charge des adolescents, le CH de Cadillac apparaît moins bien doté que le CHCP, notamment en ce qui concerne ses capacités d'hospitalisation complète. De plus, les structures développées par Cadillac ne sont pas spécifiquement dédiées à la prise en charge des adolescents, puisqu'elles accueillent aussi des adultes. De cette manière, Cadillac connaît des difficultés à prendre en charge cette population, c'est pourquoi un rapprochement avec le CHCP apparaît opportun pour cet hôpital

⁶⁴ Carte des secteurs infanto-juvéniles de Cadillac, annexe n°10

afin d'opérer à une mutualisation des moyens sur le territoire pour éviter les redondances et développer un système de soins efficient à l'image de ce qui est proposé par le SROS-A.

iii. Adopter une approche inter-établissement pour améliorer la prise en charge des adolescents sur le territoire.

Les services de prise en charge des adolescents sont peu organisés entre eux et l'offre apparaît insuffisante sur le territoire notamment à destination des adolescents de moins de 16 ans. Comme le plan d'action pour le développement de la psychiatrie remis au ministère de la santé en 2003 le préconise, il est nécessaire de mieux traiter le trouble psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent⁶⁵. Le CH de Cadillac et le CHCP ont décidé de coopérer par la signature d'un accord le premier mars 2012. Ils souhaitent s'associer afin de coordonner, lisibiliser et mutualiser leur dispositif afin qu'il deviennent efficient et adapté à cette population aux besoins spécifiques sur le territoire girondin. Pour que cette convention soit mise en œuvre un groupe de travail paritaires, à l'image de celui développé dans le domaine de l'addictologie, a été investit.

a) *Accroître la lisibilité du parcours de soins du patient*

• **Utiliser des outils communs**

Aujourd'hui la prise en charge des adolescents sur le territoire est insatisfaisante car elle manque de lisibilité. L'intervention d'acteurs variés, qui mêle offre hospitalière et associative rend le fonctionnement du système difficile dans la mesure où il n'existe pas de véritable cohérence médicale. Les services fonctionnent mais ils ne sont pas interdépendants ce qui conduit parfois à des ruptures de prise en charge aux conséquences lourdes pour des adolescents fragiles. Aujourd'hui, il existe, certes, une filière de prise en charge sur le territoire développée par les

65 CLEVY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL JC, Octobre 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, p.45.

professionnels, notamment en terme d'orientation et d'adressage. Pour autant, cette filière demeure informelle et trop dépendante des relations entre les praticiens et les services qui la composent⁶⁶. Il est nécessaire que cette filière soit renforcée pour qu'elle puisse s'étendre et prendre sens au travers d'une prise en charge globale facilitée par la coopération de l'intra- et de l'extra-hospitalier avec l'uniformisation des protocoles de fonctionnement des services. Le CHCP et Cadillac ont pris acte de cette situation, les groupes de travail doivent produire un support au développement d'un système d'information commun aux deux établissements qui souhaitent, en outre, que parallèlement, soit réalisé un diagnostic fonctionnel et une cartographie prévisionnelle d'une offre de soins mutualisée sur le territoire. Le groupe est chargé à terme de proposer une organisation permettant d'accroître la lisibilité du parcours de soins des patients relevant des secteurs des deux hôpitaux en modélisant une organisation intersectorielle et inter-établissements en filière de soins adolescents en fonction des structures existantes et de leur modalités de fonctionnement. Pour ce faire, il devront nécessairement développer des outils de travail communs, notamment en protocolisant les pratiques, pour coordonner la prise en charge. Pour autant, le CH de Cadillac et le CHCP sont conscients que pour assurer une véritable lisibilité du parcours de soins du patient, la filière doit s'étendre à d'autres partenaires.

- **Développer à terme une coopération de type réseau sur territoire**

Le groupe de travail doit réfléchir aux possibilités d'une mutualisation de l'offre d'hospitalisation pour déployer une filière échelonnée de soins à destination des adolescents qui devra couvrir, à terme, l'ensemble du bassin de population de la Gironde. Cette mutualisation devra se faire de manière progressive. En effet, elle se circonscrit d'abord aux secteurs desservis par le CH de Cadillac et le CHCP pour ensuite s'étendre, petit à petit aux associations gestionnaires de secteurs, à savoir, OREAG, Le Prado et Rénovation, puis le secteur pris en charge par l'établissement de santé de Libourne. Enfin, à terme la filière pourra prendre en compte l'offre de soins spécialisée du CHU ainsi que l'offre du secteur médicosocial. De cette manière, la convention laisse entrevoir un fonctionnement, à l'avenir, de type réseau

⁶⁶ Propos recueillis auprès du Docteur Ayoun, liste des personnes rencontrées, annexe n°1

qui permettra une prise en charge coordonnée et lisible autour du parcours de soins du patient sur le département. Cette perspective est intéressante dans la mesure où le réseau offre des capacités organisationnelles souples aussi bien pour les structures, en terme de coopération, que pour les adolescents et leur famille, en terme d'organisation. Il permet de répondre de manière appropriée aux besoins d'une population nomade dont les soins s'articulent autour de prises en charges, extra-hospitalières, hospitalières et médicosociales qui doivent nécessairement être coordonnées pour être efficaces.

b) Étoffer l'offre sur le territoire en mutualisant les moyens disponibles

Cet élément ne figure pas explicitement dans la convention spécifique mais il semble qu'il soit largement sous-entendu. Cette démarche suppose alors de dépasser les bases de l'intersecteur pour s'ouvrir plus largement à l'échelle du département. Elle suppose au préalable que les dispositions prévues par la convention et développées précédemment, soient mises en œuvre et effectives, notamment en terme de partage de l'information entre les deux partenaires.

- **Créer des unités d'hospitalisation complète à destination des adolescents ayant une vocation départementale.**

Le SROS-A développé par l'ARS incite à la création de structures intersectorielles pouvant être mutualisées au sein de plusieurs établissements de santé. Elle dépasserait le cadre du secteur afin d'optimiser la prise en charge sur le territoire. Dans cette perspective, le CH de Cadillac et le CHCP ont chacun développé des projets à vocation départementale. En effet, Cadillac souhaite ouvrir un Hébergement d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel (HATI) d'une capacité de 12 places qui serait situé sur la CUB. Ce projet consiste en la création d'une unité médicalisée de réadaptation psychosociale. Pour autant, cela fait plus de dix ans que Cadillac souhaite développer ce projet qui risque finalement de ne jamais voir le jour dans la mesure où l'établissement ne dispose pas des moyens nécessaires pour le concrétiser. Le CHCP prévoit quant-à lui d'ouvrir une unité d'hospitalisation complète

de pédopsychiatrie à destination des 11-17 ans d'une capacité de 10 lits qui s'accompagnerait de la création de quatre lits modulables permettant d'accueillir des patients souffrants de pathologies somatiques. Ce projet, dont les travaux ont déjà commencé, est particulièrement intéressant car il n'existe pas à ce jour de structure de prise en charge des adolescents de moins de 16 ans en hospitalisation complète en Gironde. Pour autant, même si le développement de ces projets paraît nécessaire, ils ne demeurent pourtant pas suffisants pour répondre aux besoins d'une population adolescente de plus en plus nombreuse et recourant de plus en plus aux services de soins psychiatriques.

- **Créer des équipes mobiles en commun**

La création d'équipes mobiles mutualisées n'apparaît pas dans la convention, pour autant, étant donné la faiblesse de l'offre sur certains territoires de proximité, il pourrait être intéressant de les développer pour lutter contre les recours trop systématiques aux urgences en dehors des heures d'ouverture des CMP. Le rapport du Défenseur des enfants en 2007⁶⁷, puis le Plan Santé Mentale 2008-2012 apparaissent particulièrement favorables au développement de tels dispositifs à destination des publics adolescents. Sur les territoires desservis par le CHCP et Cadillac il apparaît opportun de réfléchir à la création d'une équipe mobile de psychiatrie pour adolescents qui pourrait disposer de moyens mutualisés, humains et/ou financiers, développés par le CH de Cadillac et le CHCP. Elle aurait vocation à se déplacer sur les lieux de crise et interviendrait directement pour faire la liaison avec d'autres services, sociaux ou médicosociaux si la situation l'impose, en ce sens elle pourrait parfaitement s'inscrire dans le cadre de la filière de soins envisagée précédemment. Ces équipes permettent de faire le lien entre le patient, sa famille et l'hôpital, elles favorisent donc la continuité de la prise en charge. A ce jour, un projet d'équipe mobile est porté par le pôle de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHCP, il serait intéressant qu'il soit pensé en commun avec l'établissement de Cadillac.

67 VERSINI Dominique, La Défenseur des enfants, 2007, *Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge*.

L'application des conventions signées entre le CHCP et Cadillac est un préalable nécessaire pour coordonner et mutualiser l'offre afin de rendre le parcours de soins du patient lisible sur le territoire. Cependant, les établissements ne doivent pas s'arrêter à la stricte application de ces conventions dans la mesure où de nombreuses opportunités s'offrent à eux pour améliorer la prise en charge. En effet, ils gagneraient tout d'abord à étendre leur partenariat par la création d'un réseau avec les acteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux pour optimiser la prise en charge. D'autre part, en plus de s'accorder sur des outils de gestion en commun, le CHCP et Cadillac gagneraient à réfléchir à l'élaboration de projets novateurs communs comme la création d'une équipe mobile en addictologie dans la mesure où seuls, les établissements connaissent des difficultés à financer de tels dispositifs, faute de moyens dédiés. De cette manière les établissements ont certes engagé une coopération intéressante, mais elle demeure à approfondir.

III. Vers une direction commune?

Au regard du contenu des conventions spécifiques relatives aux urgences, à l'addictologie et aux adolescents détaillées dans les parties précédentes et considérant l'article 11 « *autres modalités de partenariat* » de l'accord Cadre n°2010-42 entre le CHCP et le CH de Cadillac⁶⁸, il est prévu que l'accord « *n'est pas exclusif de la recherche par les deux signataires de toute forme de coopération autre que celle prenant pour vecteur la voie conventionnelle* ». On peut alors s'interroger sur les perspectives de cette coopération. Les conventions spécifiques prévoient d'harmoniser les pratiques pour avoir la capacité de mutualiser un certain nombre de moyens afin de mieux coordonner la prise en charge sur le territoire. La réalisation de cet objectif ne constituerait-elle pas un premier pas vers la mise en place prochaine d'une direction commune? Est-elle envisageable pour le CHCP et Cadillac ou est-elle vouée à demeurer à l'état de pure chimère, à la fois encouragée par les pouvoirs publics au niveau national mais se heurtant à la réticence des acteurs de terrain?

A. Une complémentarité certaine et une coopération à approfondir

Les établissements semblent parfaitement complémentaires. Dans la mesure où ils interviennent sur le même territoire de santé, ils se heurtent aux mêmes problématiques, c'est pourquoi, leur coopération sera sûrement, à terme, amenée à s'approfondir.

i. Des établissements complémentaires

Le CHCP et le CH de Cadillac sont des établissements qui frappent par leur complémentarité. Tout d'abord, les deux structures se partagent la CUB. Bien que la rive droite soit moins développée que la rive gauche où se situe une bonne partie de l'agglomération Bordelaise, la majeure partie de l'activité de Cadillac est réalisée sur

⁶⁸ Accord cadre n°2010-42, annexe n°6

cette zone dans laquelle les établissements se trouvent en concurrence. Or comme on l'a vu dans les parties précédentes, cette concurrence n'est pas satisfaisante dans la mesure où elle ne permet pas d'apporter des réponses adaptées, permettant l'instauration d'un parcours lisible du patient sur la zone. Bien que cette compétition apparaisse historique entre les deux établissements: le CHCP négligeant la place de Cadillac sur la CUB et Cadillac voulant plus ou moins freiner l'expansion du CHCP sur cet espace⁶⁹, les deux établissements gagneraient à approfondir leur coopération en allant au delà des domaines prévus par les conventions spécifiques. Le CHCP et le CH de Cadillac n'ont plus les moyens de développer des dispositifs pour eux-mêmes ils doivent s'ouvrir à leur partenaire pour appréhender en commun le territoire. A cet élément s'ajoute une proximité des professionnels qui devrait faciliter les actions de coopération. En effet, les directeurs de chaque établissement ainsi que les membres du personnel de direction (attachés d'administration et directeurs de soins) font partie d'un corps de la fonction publique qui brasse un nombre de personnes relativement limité. Ils ont tous été élèves de l'École Nationale des Hautes Études en Santé Publique et font désormais partie d'un réseau professionnel solide étant donné que sur le département Girondin, la mobilité des professionnels de direction apparaît assez limitée. De plus, les psychiatres ont presque tous été formés à l'université de médecine de Bordeaux et sont habitués à travailler ensemble. Certes, les établissements sont aujourd'hui engagés dans une démarche de coopération assez large concernant le domaine du soin, pour autant, étant donné la complémentarité des deux structures, la coopération semble à approfondir dans d'autres domaines.

ii. Une coopération à approfondir

Des axes potentiels de coopération n'ont jusque là pas été abordés, il s'agit notamment des opportunités que peut offrir la coopération concernant les axes techniques, administratifs ou logistiques. Il pourrait apparaître pertinent de les engager entre les deux partenaires dans la mesure où les établissements pourraient réaliser des économies d'échelle. En effet, dans le domaine de la gestion des ressources humaines, aujourd'hui, chaque structure organise son propre concours

⁶⁹ Président de la CME du CHCP, liste des personnes rencontrées, annexes n°1

de psychologue. Il pourrait être intéressant de mutualiser ce dispositif sur le territoire à la fois avec Cadillac mais aussi avec l'ensemble des acteurs sanitaires afin de réduire les coûts inhérents à l'organisation de ces concours. La coopération est aussi à envisager concernant les évaluations des pratiques professionnelles. Une réalisation commune aurait pour valeur ajoutée, en plus de la réduction des coûts, de permettre la rencontre entre professionnels pouvant avoir des pratiques différentes. La mutualisation de ces activités s'avèrerait certainement formatrices et bénéfique pour les professionnels de santé évoluant au CHCP et à Cadillac. De cette manière, la coopération avec Cadillac aujourd'hui engagée ne doit pas se borner au domaine du soins. Elle doit être élargie et enrichie. Pour autant, même si aujourd'hui, la coopération semble engagée entre le CHCP et Cadillac, il ne faut pas surestimer son résultat dans la mesure où un certains nombre d'obstacles demeurent inhérents à cette coopération.

B. Des outils à envisager pour les établissements

La fin des Trente Glorieuses vient clore une période faste pour les établissements publics. Se heurtant désormais à un contexte de crise, ils sont confrontés à une restriction de leurs moyens, les finances publiques ne pouvant plus subvenir au niveau de dépenses antérieur. L'établissement public de santé n'échappe pas à cette règle même s'il a pendant longtemps continué à vivre au dessus de ses moyens. C'est peut-être ce contexte, emprunt de morosité depuis trente ans, qui a poussé les pouvoirs publics à définir des outils de coopération hospitalière. Les premiers ont été développés dans la loi dites Boulin, portant réforme hospitalière, du 31 Décembre 1970. Force est de constater que les outils de la coopération se sont considérablement multipliés ces dernières années dans le domaine hospitalier puisqu'aujourd'hui il en existe dix-neuf. Leur variété est vouée à encourager les établissements à coopérer. Elle témoigne de l'importance que constitue la réorganisation des soins sur le territoire qui devient une véritable priorité nationale. En effet, la coopération hospitalière doit être encouragée dans la mesure où, elle permet, d'une part, d'améliorer l'accès aux soins et leur qualité. Puisque les pratiques sont harmonisées entre les partenaires, le parcours du patient devient

lisible. D'autre part, Elle permet aussi de développer la complémentarité des établissements, notamment au travers de la mutualisation des moyens, afin d'éviter les doublons sur le territoire et de coordonner les actions pour graduer de manière claire et lisible le parcours de soins du patient à l'image de ce qui préconisait Guy Vallancien dans son rapport « *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire* »⁷⁰. Deux outils apparaissent pertinents pour formaliser la coopération entre le CHCP et Cadillac: la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), tous deux développés dans la loi n°2009-879 *relative aux patients, à la santé et au territoire (HPST)* du 21 juillet 2009.

i. Vers la création d'une CHT ?

La CHT a été instaurée par la loi «HPST» du 21 Juillet 2009, elle doit permettre aux établissements partenaires d'améliorer les soins offerts grâce à l'instauration d'une véritable cohésion entre les établissements. Le contexte économique actuel pousse les hôpitaux à réaliser des économies, et les établissements sont encouragés à réviser leur mode de gouvernance pour adopter une stratégie territoriale commune entre partenaire, à l'échelle du territoire de santé. Cette coopération doit permettre d'assurer le fonctionnement de trois niveaux de soins: un niveau de proximité chargé de réguler l'accès à un premier niveau de recours articulé à un troisième niveau de recours plus spécialisé. Dans cette perspective, les coopérations doivent s'engager car « *l'Hôpital ne s'en sortira qu'à la condition expresse d'une révision de ses mauvaises habitudes: cesser de ne regarder qu'à sa porte, jaloux des autres et peu partageur, pour enfin penser son action en terme de marché organisé avec d'autres (...) dans une dynamique sous-tendue par la qualité des soins offerts aux malades* »⁷¹.

70 VALLENCIEN G, juillet 2008, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, Rapport au ministre de la santé de la jeunesse et des sports.

71 Ibid. p.6

a) L'élaboration d'une stratégie territoriale

La CHT est un outil juridique défini par l'article L 6132-1 du Code de Santé publique. Il stipule que « *des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT afin de mettre en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements (...)* » et prévoit qu'une structure ne peut adhérer qu'à une seule CHT. En réalité, le législateur a voulu faire de la CHT un véritable outil de recomposition territoriale puisqu'au travers de ce dispositif, les établissements adoptent un projet médical commun qui leur permet de définir une stratégie commune, conformément aux préconisations du PRS et du SROS. Ainsi, les établissements ont l'opportunité de pouvoir regrouper leurs forces, à la fois en terme de ressources disponibles mais aussi de moyens. Cette mise en commun doit permettre de dépasser les cloisonnements existants entre établissements pour renforcer la qualité des soins offerts sur le territoire. Ainsi, la CHT ne limite pas la coopération à un simple outil administratif ou économique. Elle va plus loin dans la mesure où les établissements définissent une véritable stratégie médicale commune au niveau du territoire de santé conformément aux objectifs établis par l'ARS. L'instauration d'une CHT pourrait permettre aux partenaires d'organiser de manière plus formelle l'offre de soins sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne, notamment parce qu'au travers de cet instrument, les établissements seraient encouragés à rechercher une allocation des ressources disponibles qui soit plus optimale⁷². Ainsi l'appartenance à la CHT constituerait une occasion de recomposer le paysage hospitalier sur la CUB, zone parsemée de structures appartenant aux deux établissements et peu coordonnées les unes avec les autres. Ainsi, les compétences pourraient être redistribuées entre les deux établissements de manière plus logique et plus effective sur le territoire. Pour le CHCP et Cadillac, la création d'une CHT est certainement une piste à envisager pour l'avenir. En effet, dans la mesure où l'accord cadre et les conventions spécifiques prévoient une coopération poussée dans différents domaines⁷³, l'instauration d'un tel dispositif apparaît pertinent puisqu'il amènerait les deux partenaires à élaborer une véritable stratégie commune sur le territoire. En effet, étant donné que les deux établissements se partagent la CUB, ils demeurent confrontés aux mêmes

72 Ibid. p.21

73 Pour rappel: addictologie, urgences, adolescents, et patients au long cours

problématiques afférentes au manque de moyen et au manque de coordination des dispositifs existants qui brouillent le parcours de prise en charge du patient. Ainsi sur cette zone, l'adoption d'une stratégie commune pourrait, au delà des conventions qui se mettent en œuvre, élargir le champ de la coopération entre les deux structures. De plus, cet instrument contribuerait à ne plus faire parler que d'une seule voix les établissements qui arrêteraient en commun une stratégie unique. Des objectifs clairs et précis pour l'ensemble des structures et des unités du territoire desservis par les partenaires seront définis.

De cette manière, si la CHT dispose bien d'un avantage, c'est de poser une ligne directrice qui conduit à faciliter les coordinations et à rendre plus lisible la prise en charge des patients sur un territoire que les deux partenaires sont de toute façon contraints à se partager. De cette manière, si le CHCP et Cadillac décidaient d'approfondir leur coopération en lui donnant une véritable portée stratégique sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne, ils pourraient le faire par la création d'une CHT. Pour autant il semble que les établissements n'aient pas su saisir l'opportunité d'une telle coopération sur le territoire dans la mesure où les projets médicaux des deux établissements sont en cours de rédaction pour la période 2012-2017. Aucun projet médical commun n'a été envisagé, mais il n'en demeure pas moins que le CHCP et Cadillac restent engagés dans une dynamique forte de coopération au travers de laquelle la CHT pourrait être, à terme, envisagée et cela d'autant plus qu'elle a été construite comme un outils souple et évolutif de coopération.

b) Un outils souple et évolutif

La CHT est une forme de coopération propre aux établissements publics de santé, elle s'apparente à un outil juridique souple et qu'il est ensuite aisé de faire évoluer. Dans la mesure où elle repose sur une base conventionnelle, elle n'a donc pas de personnalité morale et ses membres conservent leur parfaite autonomie. Au travers de la signature d'une convention, les partenaires s'accordent sur:

- l'élaboration d'un projet médical commun aux membres de la CHT ainsi que les compétences et activités qui lui seront déléguées ou transférées.
- la mise en cohérence des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), des projets d'établissement et des programmes d'investissements qui traduisent la stratégie de l'établissement
- les modalités de la coopération des établissements en matière de gestion, mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information. Le CHCP et le CH de Cadillac se sont d'ailleurs déjà engagés sur cette voie notamment concernant le traitement des admissions des patients en urgence.
- les modalités de fixation des frais pour les services rendus acquittés en contrepartie de mission assumées par un établissement partenaire.
- la recomposition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs et de consultation du personnel afin de les adapter à la communauté.

L'avantage pour le CHCP et Cadillac, est que cette convention ne dispose d'aucun caractère contraignant. L'article L 6132-7 du Code de la Santé Publique prévoit que les possibilités de résiliation se font à l'initiative des membres, soit par délibération concordante des conseils de surveillance des établissements, ou soit sur demande motivée des Conseils de Surveillance de la majorité des membres. Ainsi, la CHT a été construite comme un outils souple, « *sans gouvernance et sans formalisme* »⁷⁴, afin de ne pas désinciter les établissements publics à y participer, car ils craignent de se heurter à de nouvelles lourdeurs administratives. Pour autant ce qui fait la force de la CHT constitue aussi sa faiblesse. Si le CHCP et Cadillac décident de s'engager dans la création d'une CHT, ils risquent de se heurter au caractère non contraignant du dispositif. Dans le cadre de la coopération avec Cadillac, les conventions élaborées concernant les urgences depuis plus de trente ans ont été peu suivies et peu réactualisées. Aucune évaluation n'a jusqu'à présent été mise en œuvre. La CHT offre, certes, beaucoup de souplesse, mais dans le cadre de la coopération CHCP/Cadillac, elle risque de se borner à une l'existence d'un club de

74 GUEY C, 2011, *Les coopérations hospitalières après la loi HPST: enjeux et perspectives*, Mémoire Université Lille 2, Collection Mémoires numériques de la BNDS, Les études hospitalières, p.23

réflexion dans lequel les Présidents de Conseil de Surveillance, les Présidents de CME et les Directeurs débattront sur des questions stratégiques sans véritablement réussir à adopter une stratégie commune en terme de prise en charge sur le territoire. Les retombées positives ne s'envisagent que lorsqu'il existe une implication forte de l'ensemble des acteurs, aussi bien administratifs que médicaux composant la CHT. C'est pourquoi, le GCS s'avèrerait peut être un outil plus approprié à la coopération entre le CHCP et Cadillac car en la formalisant davantage il lui assurera un caractère pérenne.

ii. Envisager d'avantage la création d'un GCS ?

D'abord établi pour favoriser la coopération publique/privée, il devient un outil de coopération à privilégier depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003⁷⁵. Cet outil a été repris et redéfini par la loi HPST du 21 juillet 2009 qui instaure deux types de GCS: les GCS de moyens et les GCS établissements de santé. Le GCS est un outil doté de la personnalité morale, il apparaît ainsi comme une solution au manque de formalisme de la CHT. Il devient donc le vecteur d'une coopération entre établissements publics jusqu'à présent laissé de côté.

a) Les bases du GCS

Le GCS est un outil qui a été développé par l'ordonnance du 24 avril 1996⁷⁶. Il poursuit un but non lucratif. La constitution d'un GCS s'établit par une convention qui constitue l'acte fondateur. La signature de la convention constitutive est réputée à la charge des directeurs d'établissement des structures partenaires. Le Conseil de Surveillance ne se prononce pas sur la constitution d'un GCS, mais les chefs d'établissements doivent soumettre la convention constitutive au directeur général de l'ARS qui doit, lui, l'approuver.

75 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

76 Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Selon l'article L 6133-1 du Code de la Santé Publique, le GCS a pour objectif « *d'organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche; Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds; Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement* » L'article L 6133-3 lui donne un caractère contraignant dans la mesure où le GCS est une forme de coopération organique, il dispose de la personnalité morale. Le CHCP et le CH de Cadillac sont des établissements publics, c'est pourquoi s'ils forment un GCS il sera soumis au droit public. Dans cette perspective, si à l'avenir, le CHCP et Cadillac souhaitent approfondir leur démarche de coopération dans le domaine du soin, il leur sera possible de conclure une convention établissant un GCS établissement de santé regroupant les deux partenaires.

b) L'opportunité d'instaurer un GCS établissement de santé

L'article 1 de l'accord cadre conclut entre le CHCP et le CH de Cadillac stipule que « *les relations de coopération et de complémentarité développées entre le CHCP et le CH de Cadillac couvrent prioritairement le domaine du soin* »⁷⁷. En ce sens les établissements pourraient envisager de se regrouper au travers de l'instauration d'un GCS établissement de santé dans la mesure où il constitue un outil de coopération véritablement approfondi. En effet, en plus d'obliger les établissements à disposer d'un projet médical commun, il permet de répondre aux besoins de la population et de mieux articuler les actions de coopération dans la mesure où les établissements ne font plus qu'un. Ils fusionnent en un seul établissement de santé. Ainsi le GCS doit se soumettre à la fois aux principes du service public hospitalier, mais aussi à la planification sanitaire. En effet, l'article L 133-7 du CSP prévoit que lorsque le GCS est titulaire d'une ou de plusieurs autorisation de soins, il devient un établissement de santé avec les droits et

⁷⁷ Accord Cadre n°2010-42, annexe n°6

obligation y afférents. En effet, la gouvernance des établissements partenaires évolue puisqu'un administrateur du groupement, doit être désigné. Il s'agit généralement d'une fonction exercée en plus de celle d'un des directeurs. Le Conseil de Surveillance est quant-à-lui modifié, il doit être composé de cinq représentants des collectivités locales ou de leur groupement, de cinq représentants du personnel médical et non médical du groupement ainsi que de cinq personnes qualifiées. De plus, le GCS, devenu établissement de santé, est tenu de se conformer à l'ensemble des règles de gouvernance applicables aux établissements publics de santé, ainsi que de mettre en place des instances obligatoires tels que le Directoire, le Conseil de Surveillance, la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE). En réalité le GCS établissement de santé a un caractère largement intégratif pour les établissements. Dans le cadre de la coopération CHCP/Cadillac, l'instauration d'un GCS établissement de santé pourrait être une solution aux difficultés rencontrées sur la CUB. Pour autant il semble qu'actuellement les deux établissements soient encore loin de l'élaboration d'une telle coopération.

C. Une coopération à ne pas surestimer

La coopération entre le CHCP et le CH de Cadillac ne doit pas être surestimée. Même s'il existe des conventions, elles ont parfois du mal à se mettre en oeuvre. De plus, l'effectivité de la coopération dépend largement de l'engagement des acteurs de terrain dont certains apparaissent plus ou moins réticents.

i. La coopération avec Cadillac, un projet qui peine à se mettre en oeuvre

La coopération entre le CHCP et le CH de Cadillac est engagée à ce jour par un accord cadre qui a été signé le 18 Novembre 2010 entre les deux partenaires. Pour autant aujourd'hui même si elle est engagée elle n'apparaît pas effective. En effet, les groupes de travail n'ont commencé à se réunir qu'à partir de la fin de l'année 2011. En effet, concernant les urgences, trois réunions se sont déroulées le 3 Novembre, les 8 et 22 Décembre 2011. Pour les adolescents, elles se sont tenues le

22 Septembre, les 2 et 17 Novembre 2011. Dans le domaine de l'addiction elle ont eu lieu en Septembre et en Novembre. Même si elles ont abouties à l'élaboration des convention spécifiques signées le premiers mars 2012, force est de constater que les groupes de travail ont mis plus d'un an à se réunir. De plus, entre temps le directeur des affaires médicales et générales du CHCP a changé et le projet s'est trouvé stoppé pendant quelques mois. Ce phénomène montre à quel point les projets peuvent être portés par des personnalités pendant une période et ensuite être plus ou moins abandonnés lorsque l'équipe de direction vient à changer. En effet, les projets dépendent de la volonté des directeurs à les faire avancer. Il est clair que certaines personnalités apparaissent plus favorables que d'autre à l'aboutissement de se projet.

Aujourd'hui, même si les conventions sont signées, et que des actions ont été engagées pour relancer les groupes de travail. Les établissements se heurtent à un ensemble de difficultés organisationnelles. En effet, ces réunions peinent à se dérouler dans la mesure où elles réunissent de nombreux acteurs, et essentiellement des praticiens hospitaliers. Il s'avère difficile de trouver un créneau de réunion qui puissent convenir à tous. A cela s'ajoute parfois un manque d'intérêt des membres qui, sous couvert d'un agenda chargé, ne souhaitent peut-être pas réellement participer à ces réunions. Tous ces éléments font certes partie du temps du projet mais force est de constater que cette coopération est aujourd'hui engagée depuis presque deux ans et qu'aucun élément concret n'a encore été mis en œuvre à ce jour sur le terrain.

ii. Des acteurs réticents

Si la coopération peine à se mettre en oeuvre de manière concrète, c'est parce qu'elle se heurte à la réticence d'acteurs à la fois interne et externe à l'établissement. En effet, il semble que l'ARS elle-même ne soit pas favorable à la coopération entre les deux partenaires. C'est une première démarche qui est selon elle, est intéressante mais pas suffisante dans la mesure où la coopération se restreint uniquement aux établissements du CHCP et de Cadillac. Si les

établissements veulent coordonner la prise en charge sur le territoire et la rendre lisible, il doivent nécessairement y intégrer d'autres acteurs sanitaires, et notamment le CH de Libourne, mais aussi, à terme des acteurs du social et du médicosocial. De plus Cadillac a une forte influence sur le Sud-Gironde et la tutelle ne souhaite pas que l'établissement se désengage de cette zone pour se tourner vers la CUB. En effet, le Sud-Gironde est une région déjà sous-dotée en terme d'offre de soins et si Cadillac se détournait de la zone, les effets concernant l'offre et la continuité des soins s'avéraient dommageables en terme de prise en charge. De cette manière, l'ARS qui regrette de n'avoir eu vent du projet que tardivement, souhaiterait qu'il soit revu, étoffé et surtout qu'il ne se borne pas au CHCP et à Cadillac et cela d'autant plus que la tutelle voit d'un mauvais œil un rapprochement qui résulte selon elle de la volonté du CHCP à assoir son emprise sur le CH de Cadillac.

Enfin, la coopération CHCP Cadillac se heurte à la réticence des acteurs eux-mêmes. En effet, chacun des partenaires semblent être engagés vers d'autres voies de coopération, le CHCP avec le CHU et Cadillac avec le CH Sud Gironde avec lequel il a engagé une relation de partenariat étroite puisque les deux établissements ont créé un Groupement d'Intérêt Economique (GIE) pour exploiter en commun une blanchisserie. Même si Cadillac souhaite développer cette coopération, il apparaît dans une situation particulière du fait de son engagement dans le Sud Gironde. En outre, le CH de Cadillac, établissement de plus petite taille semble se méfier des prétentions du CHCP qui aimerait voir les établissements fusionner à son profit, le petit craint donc d'être mangé par le grand.

L'avenir de la coopération entre le CHCP et Cadillac ne semble pas tracée, même si elle apparaît aujourd'hui renforcée à la fois par l'accord cadre et l'existence de coopérations spécifiques. Elle dépend largement de l'engagement des acteurs et cela d'autant plus que les conventions n'ont pas de caractère liant pour les établissements. L'avenir nous dira si elles ont réellement abouti à une coopération renforcée et effective entre les établissements

Conclusion

La Gironde est un territoire marqué par un accroissement démographique important, favorisant, de fait, la hausse des demandes de prise en charge en psychiatrie. A cette situation s'ajoute un découpage sectoriel étonnant qui conduit les deux partenaires à se partager la CUB. Ce contexte, particulièrement atypique encourage les établissements à coopérer pour améliorer la prise en charge de la santé mentale sur les zones desservies par les deux partenaires. Ce n'est seulement qu'à partir de l'année 2010 qu'une véritable politique de coopération a été engagée entre le CHCP et Cadillac. Elle concernent les urgences, les adolescents, l'addictologie et les patients aux long cours. Aujourd'hui une phase de mise en oeuvre des conventions spécifiques s'est enclanchée au travers des différents groupes de travail. Elle devraient permettre un véritable partage de l'information entre les deux partenaires pour mutualiser l'offre et optimiser la prise en charge des patients sur la zone.

Pour autant, aujourd'hui, cette coopération ne s'effectue que sur la base de conventions. Ces dernières ne contiennent aucunes closes concernant le suivi et l'évaluation de la démarche. Il est nécessaire que les chefs d'établissements soutiennent l'application des conventions et leur suivi sur le long terme afin que la coopération soit efficace et effective. En ce sens, pour l'avenir, les directeurs pourront envisager d'autres possibilités de coopérations plus formelles. Il appartient, en outre, au chefs d'établissements de convaincre l'ARS qui ne cache pas sa réticence vis-à-vis de ce partenariat, des bienfaits de cette collaboration pour la prise en charge de la santé mentale sur le territoire. L'instance de tutelle émet, en effet un certain nombre de réserves car elle pense que cette coopération ne sera pas satisfaisante tant qu'elle n'intégrera pas l'établissement de Libourne, troisième prestataire de soins en psychiatrie sur le territoire. Les directeurs doivent ainsi réussir à insister sur le fait que cette coopération, engagée entre le CHCP et Cadillac, a vocation à s'élargir dans un avenir proche au Centre Hospitalier de Libourne et à l'ensemble des partenaires sociaux et médicosociaux prenant en charge la santé mentale. Ce projet de coopération a une véritable vocation territoriale et constitue un moyen de créer

des filières de soins articulées et coordonnées avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation sur le département.

Cette coopération propose de dépasser la logique concurrentielle qui s'établit entre les établissements. Elle entend aussi supplanter le cadre du secteur qui peine aujourd'hui à prendre en charge la santé mentale sur le territoire de la CUB parce que le découpage territorial de la zone pose des problèmes qu'il apparaît nécessaire de surmonter aujourd'hui. La coopération entre le CHCP et Cadillac s'apparente donc à un moyen de dépasser cette logique sectorielle pour mieux prendre en charge la santé mentale en assurant aux patients un parcours de soins coordonné et gradué au travers de l'engagement de l'ensemble des acteurs de la prise en charge sur le territoire de santé. Ce décloisonnement des structures ne peut s'envisager dans un premier temps, qu'au travers de la construction d'un partenariat solide liant les acteurs du sanitaire et qui s'étendrait ensuite aux établissements sociaux et médicosociaux afin d'aboutir, au final, à un parcours de soins du patient globalisé sur l'ensemble du territoire de santé.

Sources et bibliographie

Enquêtes:

- CHOQUET M., POMMERAU X., LAGADIC C., 2001, « Les élèves à l'infirmerie scolaire, identifiant des jeunes à haut risque suicidaire, Enquête réalisée auprès de vingt-et-un établissements scolaires de la Gironde à la demande de la Direction Générale de la Santé », Rapport de recherche, Inserm Paris.
- CHOQUET M., LEDOUX S., 1994, « La santé des jeunes scolarisés dans l'académie de Bordeaux », Enquête Nationale, Inserm Paris.

Données démographiques

- INSEE, « Estimation de population », consulté le 11 mai 2012, disponible sur www.insee.fr
- Observatoire Régional de la Santé Aquitaine (ORSA), janvier 2011, « Les pays d'Aquitaine: Éléments de comparaison »
- Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, Décembre 2008, « Les territoires de recours en Aquitaine, Territoire Bordeaux-Libourne », Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, Groupement Régional de Santé Publique d'Aquitaine.

Mémoires

- GUEY C., mars 2011, *Les coopérations hospitalières après la loi HPST: enjeux et perspectives*, Mémoire soutenu pour l'obtention du master II de Droit et politiques de santé, Université de droit Lille 2, Collection mémoires numériques de la BNDS, Les études hospitalières, 59 pages
- SABINE F., 2010, *Quelle politique de coopération pour la psychiatrie? L'exemple du centre hospitalier Charles-Perrens*, Mémoire EHESP, 66 pages

Ouvrages

- DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., 2011, *Droit Hospitalier*, 8e édition, Collection cours, Edition Dalloz, 962 pages

- FOURQUET F., MURARD L., 1980, *L'Histoire de la psychiatrie de secteur*. Editions Recherches, Paris, 338 pages.

Rapports

- Cour Nationale des Comptes, Septembre 2011, chapitre IX « Les coopérations hospitalières » in *La sécurité sociale*, Rapport.
- CLEVY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL JC., Octobre 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 106 pages.
- JOURDAIN-MENNINGER D., STROHL-MAFFESOLI H., Février 2004, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n°2004 027, Inspection Générale des Affaires Sociales, 125 pages.
- Mission Nationale d'Appuis en Santé Mentale (MNASM), 2003, *Rapport sur l'organisation de la psychiatrie au Centre Hospitalier Charles-Perrens*, 198 pages.
- LARCHER G, Avril 2008, *Les missions de l'hôpital*, Rapport au Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative publié aux éditions de La Documentation Française, 102 pages.
- LEPINE JP., MOREL A., PAILLE F., REYNAUD M., RIGAUD A., Octobre 2006, *Propositions pour une politique de prévention et de prise en charge des addictions*, Rapport au ministère de la santé et des solidarités, publié aux éditions de la documentation française, 64 pages.
- PIEL E., ROELANDT JL., juillet 2001, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport de mission, 86 pages
- VALLANCIEN G., Juillet 2008, *Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire*, Rapport au ministère chargé de la santé, 41 pages
- VERSINI D, La Défenseure des enfants, Novembre 2007, *Adolescents en souffrance: plaidoyer pour une véritable prise en charge*, Rapport thématique, 122 pages.

Ressources internes au CHCP

- Projet Médical 2012-2017 (en construction)
- Rapport Global d'activité 2010

Textes officiels

- ANAP, janvier 2011, *Guide méthodologique des coopérations territoriales*, Direction territoriale de l'offre de soins.
- ARS Aquitaine, *Plan Stratégique Régional de Santé 2011-2015*
- ARS Aquitaine, *Projet Régional de Santé 2011-2015*
- ARS Aquitaine, *Schéma Régional de l'Offre de Soins Sanitaire 2011-2015*
- ARS Aquitaine, *Schéma Régional de l'Offre Médicosociale 2011-2015*
- Ministère chargé de la santé, *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015*
- Code de Santé Publique

Sites internet consultés:

- [ARS Aquitaine: www.ars.aquitaine.sante.fr](http://www.ars.aquitaine.sante.fr)
- CH de Cadillac: www.ch-cadillac.fr
- [CHCP: www.ch-perrens.fr](http://www.ch-perrens.fr)
- Site de la Banque mondiale: www.donnees.banquemondiale.org
- Légifrance: www.legifrance.fr
- [Site des ARH: www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr)
- Vie-publique: www.vie-publique.fr

Liste des annexes

- **Annexe 1:** Liste des personnes rencontrées
- **Annexe 2:** Carte de du département de la gironde
- **Annexe 3:** Carte des communes composant la CUB
- **Annexe 4:** Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CHCP
- **Annexe 5:** Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CH de Cadillac
- **Annexe 6:** Accord cadre n°2010-42
- **Annexe 7:** Convention n°2010-12 relative à la prise en charge des situations d'urgence en le CHCP et Cadillac
- **Annexe 8:** Convention n°2012-09 relative à la prise en charge des patients sectorisés porteurs de troubles addictifs
- **Annexe 9:** Convention n°2912-11 relative à la prise en charge des adolescents
- **Annexe 10 :** Schéma de la filière de soins formalisée en addictologie du pôle addictologie du CHCP
- **Annexe 11:** Carte des secteurs infanto-juvéniles desservis par le CHCP
- **Annexe 12 :** Carte des secteurs infanto-juvéniles desservis par le CH Cadillac
- **Annexe 13 :** L'implantation des CMP enfants et adolescents et des CMP adultes dans les secteurs dépendants du CHCP et de Cadillac.

- **Annexe 1: Liste des personnes rencontrées**

Monsieur le Docteur ANTONIOL, Président de la Commission Médicale d'Établissement du CHCP

Monsieur ALLEMANDOU, Directeur des Affaires Générales, de la Qualité et de la Gestion des risques du CH de Cadillac

Monsieur le Professeur AURIACOMBE, chef du pôle addictologie du CHCP

Monsieur le Docteur AYOUN, pédopsychiatre au CHCP

Madame le Docteur BERGEY, chef du pôle EVAMET (SECOP, Cellule d'Hygiène, Laboratoire de Pharmacie, CTM) du CHCP

Madame BROSSARD, Direction Territoriale de l'Offre de Soins à l'ARS d'Aquitaine

Monsieur le Docteur CAZENAVE, chef du pôle de pédopsychiatrie du CHCP

Madame DEBLOIS, Directrice en charge des affaires médicosociales du CHCP

Madame HEULIN, Directrice des affaires médicales et générales du CHCP

Monsieur DE RICCARDIS, Directeur général du CHCP

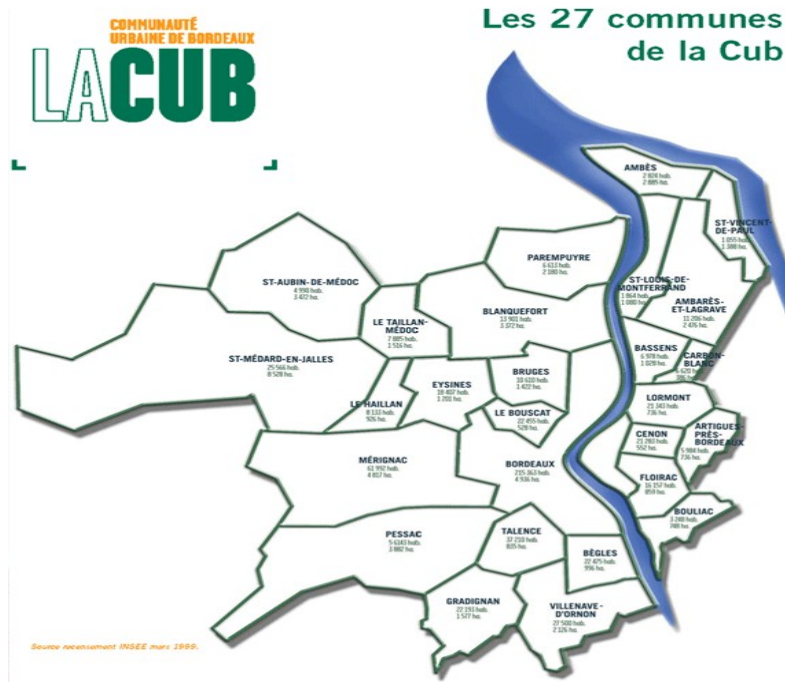
Monsieur SEGUY, Directeur des services économiques, achats, développement durable, CRUQPC

- Annexe 2: Carte de du département de la gironde

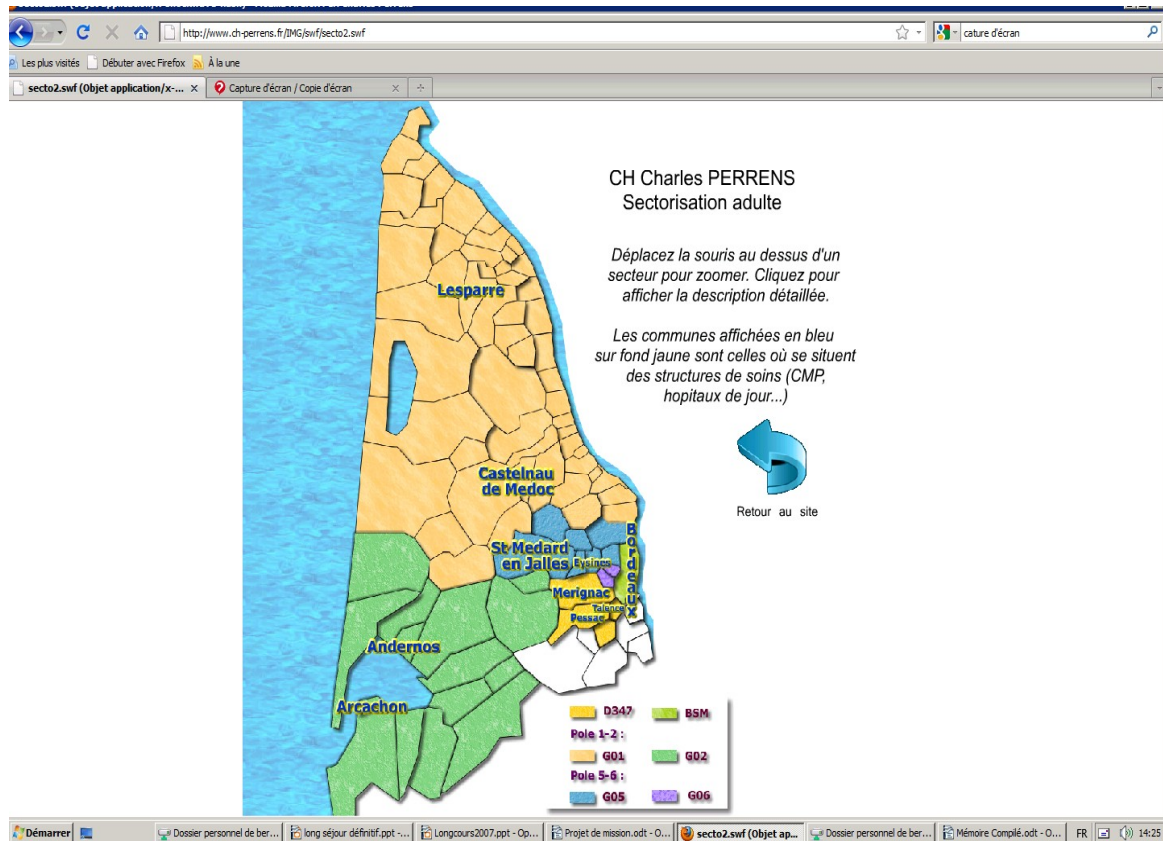


Source: www.voyagesphotosmanu.com

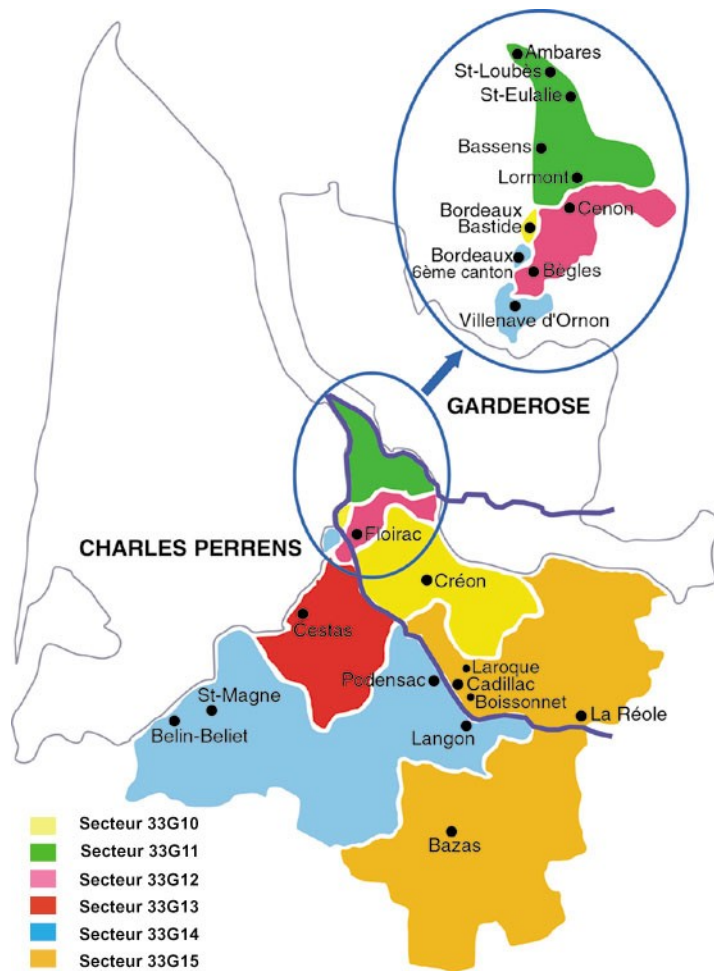
- Annexe 3: Carte des communes de la CUB



- **Annexe 4: Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CHCP**



- **Annexe 5: Carte des secteurs de psychiatrie générale desservis par le CH de Cadillac**



• **Annexe 6: Accord-cadre n°2010-42**



HP-007-

ACCORD-CADRE

entre

le Centre Hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux
et le Centre Hospitalier de Cadillac

réf. n°2010-42

ENTRE

Le Centre Hospitalier Charles-Perrens
121 rue de la Béchade 33076 Bordeaux
Représenté par son Directeur, Monsieur Antoine de RICCARDIS

D'une part,

Le Centre Hospitalier de Cadillac
89 rue Cazeaux Cazalet 33410 Cadillac
Représenté par son Directeur, Monsieur Jacques LAFFORE

D'autre part,

VU

Le Code de Santé Publique et notamment ses articles L 6112-3, L6134-1, L6134-2 et L6141-1

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

CONSIDERANT

Le Projet Médical de Territoire de Santé Bordeaux – Libourne (filiale psychiatrique en cours de définition)

Les relations de coopération et de complémentarité établies de façon historique entre les deux établissements

La volonté des établissements signataires d'inscrire leur action réciproque dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'optimisation des moyens

Il est convenu ce qui suit :

Article 1. Objet

Les relations de coopération et de complémentarité développées entre le Centre Hospitalier Charles-Perrens et le Centre Hospitalier de Cadillac couvrent prioritairement le domaine du soin.

Le présent accord-cadre n'est toutefois pas exclusif de la recherche de coopération dans tout autre domaine relevant du champ de compétence des Centres Hospitaliers signataires.

Chaque action de coopération fait l'objet d'une convention spécifique permettant la mise en œuvre du présent accord-cadre.

La liste des actions mises en œuvre à la date de signature du présent accord-cadre est annexée à celui-ci et en est une partie intégrante.

Article 2. Objectifs de la convention-cadre

Les objectifs généraux du présent accord, dans le cadre général défini à l'article 1 ci-dessus sont les suivants :

- prendre en compte les besoins de la population, au travers des objectifs de santé publique fixés par la Conférence Régionale de santé d'Aquitaine, dans le cadre des missions exercées par les signataires de la présente.
- mettre en œuvre des actions de coopération et de complémentarité, en référence notamment au Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et au Projet Médical de Territoire Bordeaux - Libourne avec l'ensemble des partenaires (médecins des Centres Hospitaliers, médecins de ville, organismes extérieurs à vocation sanitaire et sociale...) qui participent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, aux explorations, aux soins, au suivi et à l'évaluation dans une approche pluridisciplinaire et complémentaire pour améliorer la prise en charge des patients (accessibilité, continuité, coordination des soins...).
- renforcer le rapprochement et l'intégration des différentes équipes médicales et paramédicales dans les domaines d'intervention communs aux deux établissements.
- mettre en œuvre l'organisation d'actions communes chaque fois que celles-ci apparaissent légitimes et nécessaires aux établissements signataires.
- initier et participer à des études épidémiologiques et à des actions d'information et d'éducation sanitaire
- participer à l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins et à l'évaluation des coûts
- développer dans les domaines médico-techniques et logistiques une politique de mise en commun des moyens

Article 3. Modalités de coordination et de suivi

Afin d'assurer la coordination et le suivi du présent accord-cadre et des conventions spécifiques prises pour son application, il est créé entre les parties un Comité de Coordination.

Le Comité de Coordination composé, à parité entre les établissements signataires comprend :

- Le Directeur du Centre Hospitalier de Cadillac
- Le Directeur du Centre Hospitalier Charles-Perrens
- Le Président de la CME du Centre Hospitalier de Cadillac
- Le Président de la CME du Centre Hospitalier Charles-Perrens
- Le Directeur-Adjoint chargé des Affaires Générales du Centre Hospitalier de Cadillac
- Le Directeur-Adjoint chargé des Affaires Médicales et Générales du Centre Hospitalier Charles-Perrens
- Le Directeur des Soins du Centre Hospitalier de Cadillac
- Le Directeur des Soins du Centre Hospitalier Charles-Perrens

Par ailleurs, et dans chaque établissement signataire - partie au présent accord-cadre, le Directeur d'établissement désigne un référent spécifique par convention. Ce référent participe aux réunions du Comité de Coordination pour autant que l'ordre du jour appelle sa présence.

Le Comité se réunit au moins une fois par an sur ordre du jour arrêté en commun par les deux Directeurs d'établissement. Il est présidé en alternance par le responsable légal de chacun des établissements signataires. Le secrétariat, qui assure aussi les convocations, est tenu par le secrétariat du président en exercice.

Le Comité évalue les contributions respectives des parties et les contraintes d'organisation rencontrées dans la coopération engagées entre elles, en vue d'améliorer les dispositifs mis en place.

Le Comité de Coordination peut installer tout groupe de travail à sa convenance et pourra s'adjoindre, en fonction de l'ordre du jour de ses réunions, toute personne compétente.

Afin que chaque établissement partie au présent accord-cadre puisse évaluer les contributions respectives et les contraintes d'organisation, il est prévu une évaluation annuelle, réalisée conjointement dans le cadre des travaux du comité de coordination.

Article 4. Relations financières

Les relations financières entre les établissements, parties au présent accord-cadre obéissent à un principe de partage équitable des charges et des ressources issues de leurs relations de coopération et de complémentarité (vacations de personnel médical et/ou non médical, utilisation et/ou co-utilisation de locaux, d'équipements, de matériels, frais d'enseignement et de formation...)

Chaque convention spécifique précise le montant, et / ou la nature, des charges et des ressources engagées par chaque établissement, en mentionnant si besoin les tarifs applicables et les modalités de facturation et de règlement des prestations.

Article 5. Responsabilité

Chaque établissement signataire doit produire à l'autre partie une attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant les activités de ses agents amenés à se rendre sur les sites de l'établissement dont ils ne relèvent pas dans le cadre de l'exécution du présent accord-cadre.

Les établissements signataires supportent chacun les charges des accidents du travail ou de service dont pourrait être victime leur personnel dans le cadre de l'exécution du présent accord-cadre.

Dans le cadre de l'application du présent accord-cadre, chaque partie reste par ailleurs entièrement responsable des patients dont elle assure la prise en charge.

Les règles de responsabilité applicables au titre du présent accord-cadre sont celles de la responsabilité administrative hospitalière de droit commun.

Article 6. Litiges

Tout différend entre les parties relatif à l'existence, la validité, l'interprétation, l'exécution et /ou la résiliation du présent accord-cadre, que les parties ne pourraient résoudre à l'amiable au sein du comité de coordination prévu à l'article 3 de l'accord-cadre, sera porté devant la juridiction compétente.

Article 7. Entrée en vigueur, durée et résiliation

Le présent accord-cadre prend effet à sa date de signature.
Il est conclu pour une durée indéterminée sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception par l'un des établissements signataires avec un préavis de six mois.

Article 8. Avenant

Le présent accord-cadre peut être modifié à tout moment, sous forme d'avenant, sur demande de l'une des parties et sous réserve de l'accord de l'autre.

Le principe défini à l'alinéa précédent est applicable aux conventions spécifiques.

Article 9. Conventions spécifiques

Les Différents accords spécifiques qui sont conclus entre les deux établissements sont joints en annexe au présent accord-cadre au fur et à mesure de leur conclusion.

A la date de la signature du présent accord-cadre, les conventions spécifiques sont les suivantes ont été conclues.

- 19 Avril 1996 : Domaine des soins psychiatriques/SAAU
- Avenant à la convention du 19 avril 1996 : Mise à disposition d'une secrétaire ETP en remplacement de temps infirmier
- 19 Mars 2002 : Domiciliation et sectorisation des patients (co-signée par Libourne).
- 15 Octobre 2004 : Psychiatrie de liaison SAAU-Saint André (co-signée avec le CHU).
- 22 Juillet 2010 : Coopération artistique 2010 Persona (co-signée avec Rénovation).

Article 10. Perspectives de coopération

Dans le cadre de la mise en œuvre du présent accord-cadre, les établissements signataires se proposent de travailler à l'élaboration de conventions spécifiques sur les problématiques suivantes pouvant aboutir à la rédaction d'un projet médical de coopération :

- prise en charge des adolescents
- prise en charge des détenus
- coordination en matière de prise en charge des urgences psychiatriques
- prise en charge des conduites addictives
- travail sur les patients au long cours
- information médicale
- domaines logistiques et techniques

A cet effet, les deux établissements se proposent de réunir dans les jours qui suivront la signature du présent accord-cadre, le Comité de Coordination dont il est fait mention à l'article 3 ci-dessus, pour mettre en place un calendrier et une démarche d'élaboration des conventions spécifiques ainsi identifiées.

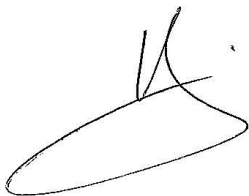
Article 11. Autres modalités de partenariat

Le présent accord n'est pas exclusif de la recherche par les deux signataires de toute forme de coopération autre que celle prenant pour vecteur la voie conventionnelle.

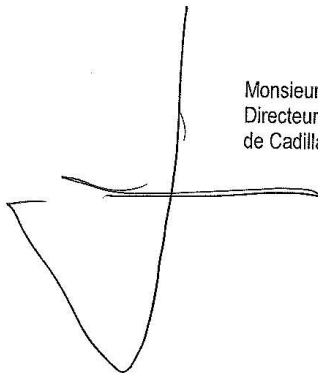
Ils entendent notamment exprimer leur volonté de s'engager dans une démarche de constitution d'un GCS de moyens dès publication des textes autorisant à le faire, le cas échéant dans un cadre expérimental

Fait à Bordeaux, le 18 Novembre 2010

Monsieur Antoine de RICCARDIS
Directrice du Centre Hospitalier
Charles-Perrens



Monsieur Jacques LAFFORE
Directeur du Centre Hospitalier
de Cadillac



- **Annexe 7: Convention n°2010-12 relative à la prise en charge des situations d'urgence en le CHCP et Cadillac.**



Mise en œuvre de l'accord-cadre n°2010-42
Centres Hospitaliers Charles-Perrens / Cadillac en date du 18 novembre 2010

Convention spécifique N° 2012- 10 relative à la prise en charge des situations d'urgence

VU

Le Code de Santé Publique et notamment ses articles L 6112-3, L6134-1, L6134-2 et L6141-1

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

L'accord-cadre n°2010-42 signé le 18 novembre 2010 entre le Centre Hospitalier Charles-Perrens d'une part, le Centre Hospitalier de Cadillac d'autre part

Le Rapport en date du 11 janvier 2012 remis à Messieurs les Présidents du Directoire du Centre Hospitalier Charles Perrens et du Directoire du Centre Hospitalier de Cadillac

Les conclusions de la rencontre entre les membres du Directoire du Centre Hospitalier Charles Perrens et ceux du Directoire du Centre Hospitalier de Cadillac, qui s'est tenue le 27 janvier 2012 à Cadillac,

CONSIDERANT

Les relations de coopération et de complémentarité établies de façon historique entre les deux établissements

La volonté des établissements signataires d'inscrire leur action réciproque dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'optimisation des moyens

ENTRE

Le Centre Hospitalier Charles-Perrens
121 rue de la Béchade 33076 Bordeaux
Représenté par son Directeur, Monsieur Antoine de RICCARDIS

D'une part,

Le Centre Hospitalier de Cadillac
89 rue Cazeaux Cazalet 33410 Cadillac
Représenté par son Directeur, Monsieur Jacques LAFFORE

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 / Objet

La présente convention définit les modalités selon lesquelles les signataires entendent coopérer dans le domaine de la prise en charge des situations d'urgence, conformément aux orientations fixées par l'article 10 'Perspectives de Coopération de l'accord cadre du 18 novembre 2010.

Article 2 / Objectifs

Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention spécifique, les deux établissements s'engagent à :

- harmoniser les procédures d'admission en urgence entre les 2 établissements
- mettre en œuvre un partage de l'information sur la disponibilité des lits d'admission dans chacun des 2 établissements, le cas échéant en temps réel via des accès sécurisés aux SIH des deux établissements afin de parfaire l'information des PH de garde notamment
- intégrer dans une convention les modalités de suivi des patients admis en urgence ou en crise par les SAU de la CUB :
 - Pellegrin / St André
 - Bordeaux Nord / Clinique des 4 pavillons
- initier une réflexion commune sur l'organisation des CMP
 - en y associant les chefs de pôles concernés
 - afin d'étudier les possibilités
 - d'extension des plages d'ouverture des CMP
 - de mise en place des plages d'urgence avec possibilité de RDV médicaux de consultations sans délai.
 - s'agissant d'un travail de fond, le recours à un consultant externe sur ce point pourra être envisagé.
- actualiser la convention dite de sectorisation du 19 mars 2002 entre les Centres Hospitaliers de Cadillac, Charles Perrens et Libourne.

Article 3 / Mise en oeuvre

Afin de favoriser la mise en œuvre des démarches permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'article 2 ci-dessus, un groupe de travail paritaire sera mis en place dès signature de la présente convention.

Il comprendra :

Pour le Centre Hospitalier de Cadillac :

Dr OUDOT
Dr QUEAU
Dr THEILLAY
Dr LENGRONNE
Madame BOISSIERE, cadre de Santé

Présents pour le Centre Hospitalier Charles Perrens :

Dr ANTONIOL
Dr DESAGE
Dr BERGEY-CASSY
Dr MARTIN
M. POMAREDE, cadre de santé

Il sera co-animé par le Directeur des Affaires Générales du Centre Hospitalier de Cadillac et par le Directeur chargé des Affaires Médicales et Générales du Centre Hospitalier Charles-Perrens, qui en assureront le secrétariat.

Les deux secrétaires soumettront périodiquement les conclusions, projets et propositions du Groupe aux Directeurs des deux Etablissements et en tous les cas au plus tard le 31 octobre 2012.

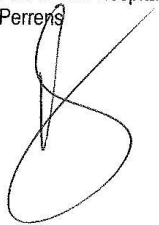
A minima, un rapport d'étape sera remis à l'échéance du 30 juin 2012.

Article 4 / Dispositions Générales

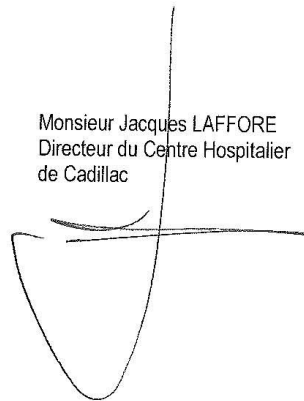
Le suivi de la présente convention sera assuré dans le cadre des règles définies par l'accord-cadre en date du 18 novembre 2010 susvisé.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} mars 2012

Monsieur Antoine de RICCARDIS
Directeur du Centre Hospitalier
Charles-Perrens



Monsieur Jacques LAFFORE
Directeur du Centre Hospitalier
de Cadillac



- **Annexe 8: Convention n°2012-09 relative à la prise en charge des patients sectorisés porteurs de troubles addictifs**



Mise en œuvre de l'accord-cadre n°2010-42
Centres Hospitaliers Charles-Perrens / Cadillac en date du 18 novembre 2010

Convention spécifique N° 2012- 09 relative à la prise en charge des patients sectorisés
porteurs de troubles addictifs

VU

Le Code de Santé Publique et notamment ses articles L 6112-3, L6134-1, L6134-2 et L6141-1

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

L'accord-cadre n°2010-42 signé le 18 novembre 2010 entre le Centre Hospitalier Charles-Perrens d'une part, le Centre Hospitalier de Cadillac d'autre part

Le Rapport en date du 22 décembre 2011 remis à Messieurs les Présidents du Directoire du Centre Hospitalier Charles Perrens et du Directoire du Centre Hospitalier de Cadillac

Les conclusions de la rencontre entre les membres du Directoire du Centre Hospitalier Charles Perrens et ceux du Directoire du Centre Hospitalier de Cadillac, qui s'est tenue le 27 janvier 2012 à Cadillac,

CONSIDERANT

Les relations de coopération et de complémentarité établies de façon historique entre les deux établissements

La volonté des établissements signataires d'inscrire leur action réciproque dans une logique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'optimisation des moyens

ENTRE

Le Centre Hospitalier Charles-Perrens
121 rue de la Béchade 33076 Bordeaux
Représenté par son Directeur, Monsieur Antoine de RICCARDIS

D'une part,

Le Centre Hospitalier de Cadillac
89 rue Cazeaux Cazalet 33410 Cadillac
Représenté par son Directeur, Monsieur Jacques LAFFORE

D'autre part,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 / Objet

La présente convention définit les modalités selon lesquelles les signataires entendent coopérer dans le domaine de la prise en charge des patients sectorisés porteurs de troubles addictifs, conformément aux orientations fixées par l'article 10 'Perspectives de Coopération de l'accord cadre du 18 novembre 2010.

Article 2 / Objectifs

Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention spécifique, les deux établissements s'engagent à :

- **1 / organiser de façon conjointe une action annuelle de Sensibilisation et Formation en « addictologie »**
 - Sur la base d'une mission dévolue au service universitaire, il s'agit d'établir un partenariat lisible et matérialisé entre les deux établissements sur ce thème.
 - Cette action
 - prendra la forme d'une Journée-Colloque annuelle ouverte aux professionnels des deux établissements et des différents autres partenaires
 - sera préparée le cas échéant en liaison avec des représentants des autorités sanitaires
 - sera mise en place pour la première fois avant la fin du premier semestre 2012.
- **2 / développer une structuration commune d'Information médicale en matière d'addictologie**
 - Chaque établissement doit mieux cerner son activité sectorisée en addictologie tant en soins ambulatoires qu'en hospitalisation. Ceci pose le problème de l'homogénéité de la saisie des diagnostics « *addicto* » associés.
 - Chaque établissement devra désigner un binôme médecin-administratif qui préparera un rapport d'activité annuel des prises en charge en addictologie des patients sectorisés selon une structure de présentation commune. (Tableaux de bords et indicateurs conjointement choisis). A terme le Rapport pourra être commun.
 - Ces Rapports d'Activité seront bien évidemment à dissocier de celui que le Pôle d'Addictologie de Charles Perrens produit pour ce qui est de son activité spécifique.
- **3 / mieux structurer l'offre en niveaux 1, 2 et 3 selon le cadre présenté ci-dessous**
 - **Territoire de structuration**

- Dans un premier temps le travail sera circonscrit sur les seuls territoires que Charles Perrens et Cadillac ont pour mission de desservir dans le cadre de la sectorisation (CUB, Sud-Gironde...)
 - Des perspectives d'élargissement seront ouvertes dans un second temps au Territoire de Santé Bordeaux-Libourne
- **Organisation**
- Toute organisation semble devoir reposer sur l'identification préalable d'interlocuteurs médicaux désignés par Etablissement, Pôle ou Secteur
 - Sous réserve bien entendu d'un travail préalable en vue d'une meilleure connaissance des activités et d'un avis de chacune des communautés médicales
 - Dans le cadre d'une première étape un *coordonnateur médical par pôle* sera désigné
 - Celui-ci, personne « ressources » assurera chaque fois que nécessaire une fonction d'interface entre les Praticiens et Equipes de secteurs et les niveaux supérieurs.
 - Dans le cadre d'une deuxième étape un *Référent Médical par Etablissement* pourra être désigné.
 - Sa mission essentielle sera d'assurer une consultation clinique d'addictologie dans le cadre d'une UF spécifique identifiée, soulageant ainsi le travail de consultation des différents Praticiens Hospitaliers.
 - Cette proposition n'exclue pas la pertinence d'associer un soignant au travail de ce coordonnateur médical (approche binôme)
- **Forme**
- Le dispositif d'ensemble retenu sera formalisé dans le cadre d'un logigramme de filière (le cas échéant avec l'appui d'un consultant externe)

Article 3 / Mise en oeuvre

Afin de favoriser la mise en oeuvre des démarches permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'article 2 ci-dessus, un groupe de travail paritaire sera mis en place dès signature de la présente convention.

Il comprendra :

CH CADILLAC	Docteur Fabien Gorse (le Docteur B. Aubert-Walter étant actuellement en congés maternité) / Docteur L. Mériquier / B. Lebreton
CHARLES PERRENS	Professeur M. Auriacombe / Docteur S. Sarram / S. François

Il sera co-animé par le Directeur des Affaires Générales du Centre Hospitalier de Cadillac et par le Directeur chargé des Affaires Médicales et Générales du Centre Hospitalier Charles-Perrens, qui en assureront le secrétariat.

Les deux secrétaires soumettront périodiquement les conclusions, projets et propositions du Groupe aux Directeurs des deux Etablissements et en tous les cas au plus tard le 31 octobre 2012.

A minima, un rapport d'étape sera remis à l'échéance du 30 juin 2012.

Article 4 / Accompagnement méthodologique

Pour la mise en œuvre de la présente Convention, et plus précisément du point 3 de l'article 2 (élaboration d'un logigramme de filière) le Groupe de travail dont il est fait mention à l'article 3 ci-dessous, sera accompagné par un consultant externe conjointement recruté, et rémunéré à part égale, par les deux établissements signataires.

L'appel d'offres relatif au recrutement de ce consultant sera préparé par le Groupe de Travail Paritaire d'ici le 31 mars 2012.

Article 5 / Dispositions Générales

Le suivi de la présente convention sera assuré dans le cadre des règles définies par l'accord-cadre en date du 18 novembre 2010 susvisé.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} mars 2012

Monsieur Antoine de RICCARDIS
Directeur du Centre Hospitalier
Charles-Perrens



A circular blue stamp from the Centre Hospitalier Charles-Perrens is visible. The stamp contains the text 'CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS' around the perimeter and 'Le Directeur' in the center. A handwritten signature in blue ink is written over the stamp.

Monsieur Jacques LAFFORE
Directeur du Centre Hospitalier
de Cadillac



A handwritten signature in black ink is written over the text, consisting of a large loop and a horizontal stroke.

- **Annexe 9: Convention n°2912-11 relative à la prise en charge des adolescents**



Il est convenu ce qui suit :

Article 1 / Objet

La présente convention définit les modalités selon lesquelles les signataires entendent coopérer dans le domaine de la prise en charge des adolescents, conformément aux orientations fixées par l'article 10 'Perspectives de Coopération de l'accord cadre du 18 novembre 2010.

Article 2 / Objectifs

Dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention spécifique, les deux établissements s'engagent à : mettre en œuvre la démarche en 3 étapes décrites ci-dessous.

Première étape (durée de réalisation 4 mois)

Mise en place d'indicateurs communs et d'un système d'information commun sur la question à traiter.

Réalisation d'une cartographie fonctionnelle des structures existantes (description des structures existantes, qualification de l'offre de soins, quantification et qualification des flux des patients).

Réalisation d'une cartographie prévisionnelle d'une offre d'hospitalisation complète mutualisée à l'ouverture des différentes structures inscrites aux Projets des Etablissements (Unité 20 lits, HATI, Lits CVO...)

Deuxième étape (durée de réalisation 4 mois)

Modélisation d'une organisation intersectorielle et inter-établissements en filière de soins : structures, modalités de fonctionnement, de coordination et outils de travail commun.

La filière est ici définie comme *une organisation permettant d'accroître la lisibilité du parcours de soin d'un patient eu égard à son âge et aux indications portées.*

Troisième étape (durée de réalisation 4 mois)

Mutualisation de l'offre d'hospitalisation et déploiement échelonné de la filière soins adolescents pour couvrir à terme l'ensemble du bassin de population, soit le département de la Gironde (1,4 millions d'habitants).

Ce déploiement se fera progressivement :

- Dans un premier temps entre Cadillac et Charles Perrens
- En incluant dans un temps rapproché les associations gestionnaires de secteur : OREAG, PRADO, et RENOVATION puis le secteur de Libourne.
- En prenant enfin en compte l'offre de soins spécialisée (CHU) et le secteur médico-social.

Article 3 / Mise en oeuvre

Afin de favoriser la mise en œuvre des démarches permettant d'atteindre les objectifs fixés à l'article 2 ci-dessus, un groupe de travail paritaire sera mis en place dès signature de la présente convention.

Il comprendra :

CH CADILLAC Docteur F. Bridier / Docteur Roy / Docteur D. Siorac-Lalanne / C. Daire

CH CHARLES PERRENS Docteur P. Ayoun / Dr B. Cazenave / Docteur J-P Reneric / C. Lagaeye

Il sera co-animé par le Directeur des Affaires Générales du Centre Hospitalier de Cadillac et par le Directeur chargé des Affaires Médicales et Générales du Centre Hospitalier Charles-Perrens, qui en assureront le secrétariat.

Les deux secrétaires soumettront périodiquement les conclusions, projets et propositions du Groupe aux Directeurs des deux Etablissements.

A minima, des rapports d'étape seront remis aux échéances des 30 juin 2012, 30 décembre 2012 et 30 juin 2013.

Article 4 / Accompagnement méthodologique

Pour la mise en œuvre de la présente Convention, le Groupe de travail dont il est fait mention à l'article 3 ci-dessus, sera accompagné par un consultant externe conjointement recruté, et rémunéré à part égale, par les deux établissements signataires.

L'appel d'offres relatif au recrutement de ce consultant sera préparé par le Groupe de Travail Paritaire d'ici le 31 mars 2012.

Article 5 / Dispositions Générales

Le suivi de la présente convention sera assuré dans le cadre des règles définies par l'accord-cadre en date du 18 novembre 2010 susvisé.

Fait à Bordeaux, le 1^{er} mars 2012

Monsieur Antoine de RICCARDIS
Directeur du Centre Hospitalier
Charles-Perrens



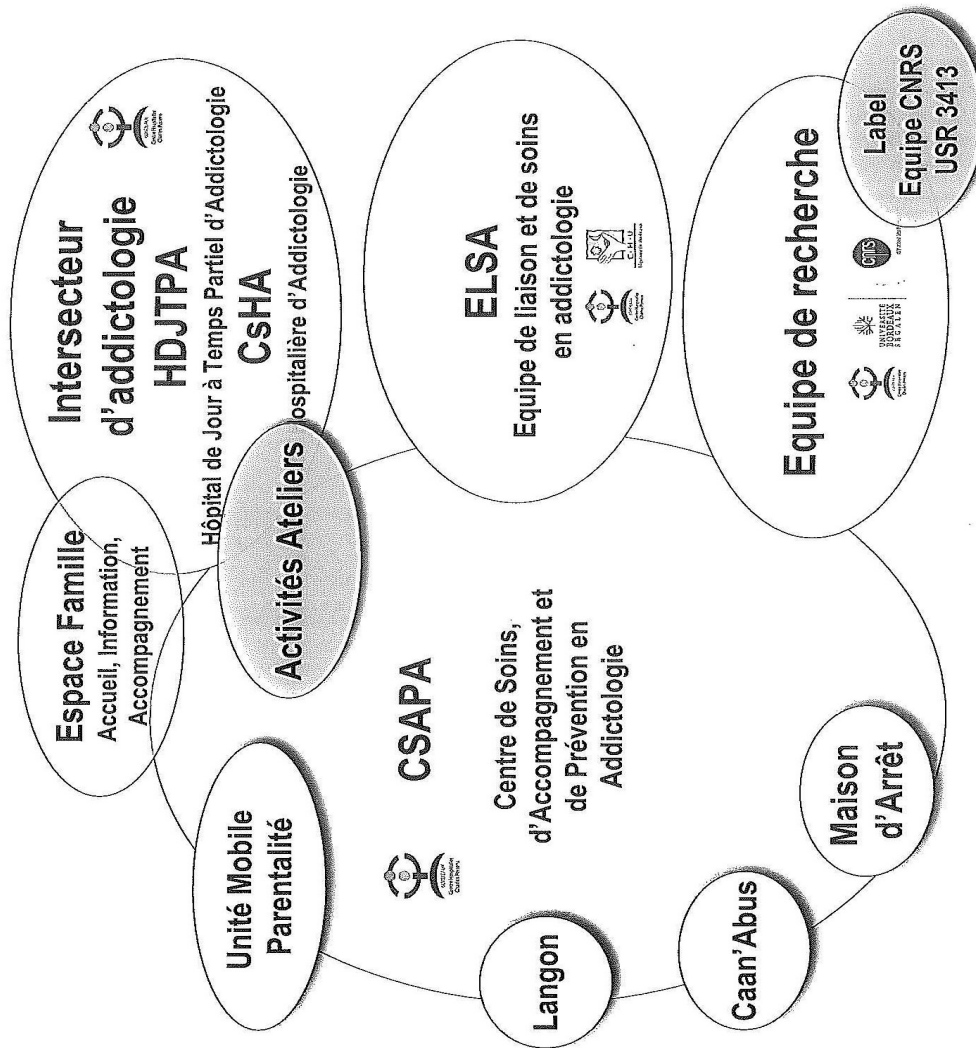
A circular blue stamp from the Centre Hospitalier Charles-Perrens. The text inside the stamp reads "CENTRE HOSPITALIER CHARLES-PERRENS" around the perimeter and "Le Directeur" in the center. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

Monsieur Jacques LAFFORE
Directeur du Centre Hospitalier
de Cadillac

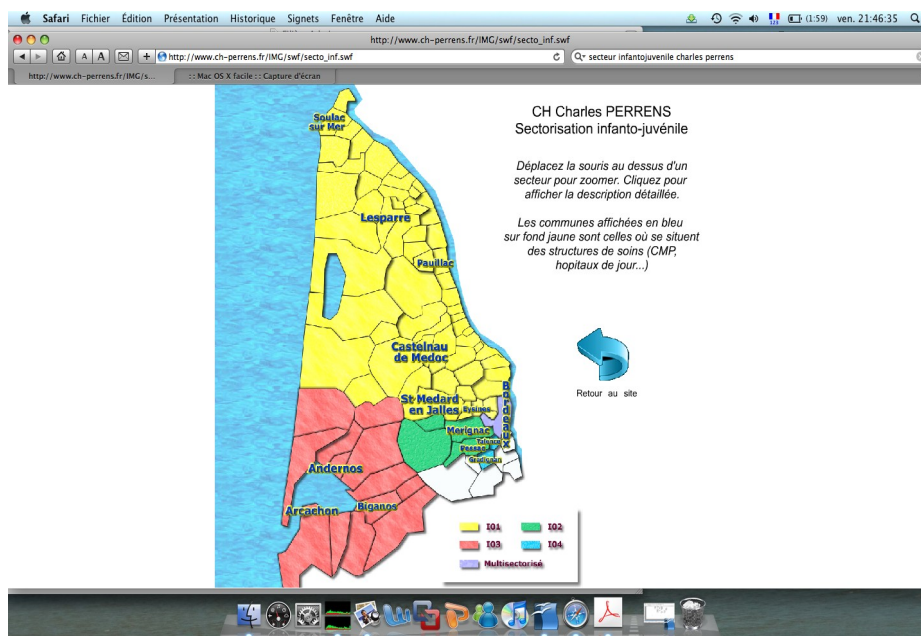


A handwritten signature in black ink, corresponding to Monsieur Jacques LAFFORE, Director of the Centre Hospitalier de Cadillac.

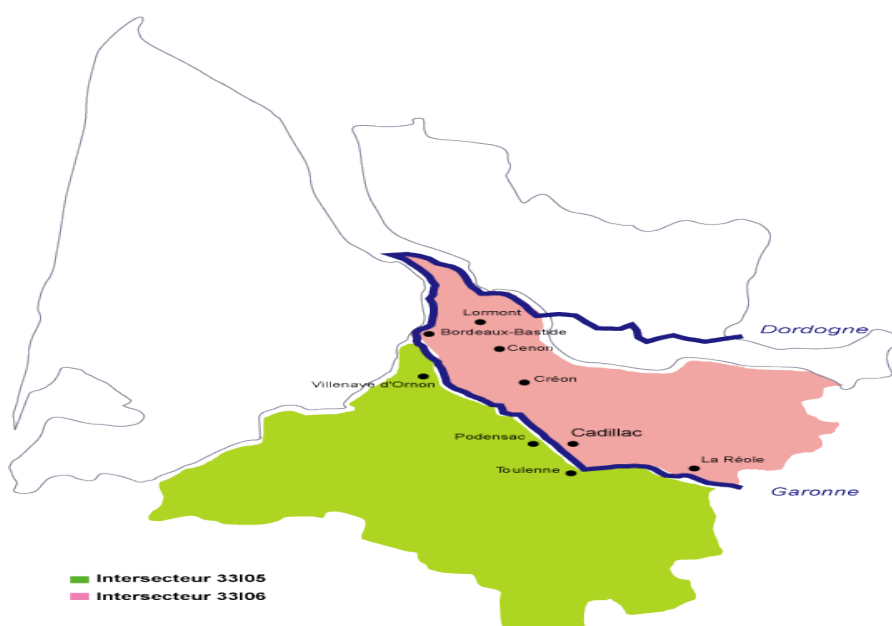
- Annexe 10: Schéma de la filière de soins formalisée en addictologie du pôle addictologie du CHCP



- **Annexe 11: Carte des secteurs infanto-juvéniles desservis par le CHCP**



- **Annexe 12: Carte des secteurs infanto-juvéniles desservis par le CH Cadillac.**



- **Annexe 13: L'implantation des CMP enfants et adolescents et des CMP adultes dans les secteurs dépendants du CHCP et de Cadillac.**



Légende:

Points rouges → CMP enfants, adolescents

Points bleu → CMP adultes

BERTHE	Justine	Le 3 juillet 2012
Master Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique		
La coopération, un moyen d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur le territoire: l'exemple des centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : IEP de Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Les centres hospitaliers de Charles-Perrens et de Cadillac sont éloignés de quarante kilomètres sur le département Girondin. Ils se partagent avec le CH de Libourne la prise en charge de la santé mentale sur le territoire de santé Bordeaux-Libourne.</p> <p>Les secteurs définis par la circulaire du 15 mars 1960 ainsi que la contrainte économique qui pèse sur les établissements de santé ne permettent plus d'assurer une prise en charge optimale des patients souffrant de troubles psychiatriques sur le territoire. La coopération s'est ainsi imposée, entre les deux établissements, comme un levier permettant, par différents mécanismes, d'améliorer la prise en charge de la santé mentale sur la zone. Au travers de la mise en œuvre de conventions spécifiques dans les domaines des urgences, de l'addictologie et des adolescents, le CHCP et Cadillac souhaitent optimiser la prise en charge des patients psychiatriques. Par l'instauration de systèmes permettant de mutualiser certaines de leurs ressources, ils souhaitent coordonner leur prise en charge pour lisibiliser et fluidifier le parcours de soins de leurs patients respectifs.</p> <p>Au vu des objectifs finaux développés et attendus par les deux partenaires, une coopération plus formelle, allant au delà de simples conventions n'est certainement pas à écarter pour l'avenir.</p>		
<p>Mots clés : ADDICTOLOGIE, ADOLESCENT, COOPERATION, COORDINATION, ETABLISSEMENT DE SANTE, GIRONDE, PSYCHIATRIE, TERRITOIRE, URGENCE, SOINS, FRANCE</p> <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		