



**EHESP**

---

**Elèves Directeurs d'Hôpital**

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **6 et 7 décembre 2010**

---

**Quelle politique de coopération pour la  
psychiatrie ?**

**L'exemple du Centre Hospitalier**

**Charles Perrens**

---

**Frantz SABINE**

---

# **Remerciements**

---

Je tiens à remercier M. François SADLAN, Directeur adjoint au Centre Hospitalier Charles Perrens, chargé des Affaires médicales et générales, dont les conseils avisés m'ont beaucoup aidés pour la réalisation de ce mémoire. Maître de stage enthousiaste, son compagnonnage m'aura été précieux pour mon entrée dans la carrière ;

Mme Anne GAUDIN, Directrice des études et maître de conférence en droit public à l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux, qui a dirigé ce mémoire et m'a rappelé quelques principes de cette maison avec disponibilité ;

Mme Catherine KELLER, Directrice d'hôpital, et M. Michel LOUAZEL, enseignant à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour leurs suggestions alors que ce mémoire n'était qu'un projet ;

M. Antoine DE RICCARDIS, Directeur du Centre Hospitalier Charles Perrens, et l'ensemble de l'équipe de direction, pour leur accueil sympathique et professionnellement stimulant ;

M. le Docteur Bernard ANTONIOL, Président de la Commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Charles Perrens, ainsi que l'ensemble du corps médical de cet hôpital, qui m'ont livré avec intérêt leur perception du thème de ce mémoire ;

L'ensemble des interlocuteurs qu'il m'a été donné de rencontrer dans le cadre de ce travail, qui n'ont pas été avares de leur temps pour répondre à mes questions (la liste figure en annexe) ;

Ma compagne, Laetitia, notamment pour sa relecture attentionnée.

---

# Sommaire

---

**Introduction** (page 1)

**1 Le Centre Hospitalier Charles Perrens, une situation favorable mais complexe** (page3)

**1.1 La dynamique du Centre Hospitalier Charles Perrens** (page 3)

**1.1.1 Un territoire sectoriel important** (page 3)

- A) Une vaste zone de prise en charge
- B) Une démographie en croissance constante
- C) Une situation économique et sociale variable

**1.1.2 Un large panel d'activités** (page 8)

- A) De nombreux domaines d'action
- B) Une activité soutenue

**1.1.3 Une situation saine** (page 11)

- A) Des finances serrées
- B) Des recrutements aisés

**1.2 Un environnement partenarial morcelé** (page13)

**1.2.1 L'offre sanitaire : des interlocuteurs bien identifiés** (page 13)

- A) Les complémentarités psychiatriques
- B) Les établissements généraux

**1.2.2 Un amont et un aval de l'hospitalisation épars** (page 15)

- A) Les médecins libéraux
- B) Le secteur médico-social
- C) Le secteur associatif

**1.3 Les objectifs à atteindre** (page 17)

**1.3.1 La planification** (page 18)

- A) Le schéma régional d'organisation des soins
- B) Le projet médical de territoire

**1.3.2 Les outils de l'établissement** (page 20)

- A) Le projet d'établissement
- B) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

## **2 Etat actuel des coopérations : une politique ancienne insuffisamment structurée** *(page 23)*

### **2.1 Des coopérations éprouvées** *(page 23)*

#### **2.1.1 Avec le secteur sanitaire, des partenaires bien connus** *(page 23)*

A) Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux : des partenariats de complémentarité

B) Coopérer entre établissements psychiatriques : le Centre Hospitalier de Cadillac

C) Les autres partenaires : la prédominance de la psychiatrie de liaison

#### **2.1.2 Avec les associations, des thématiques de coopération ciblées** *(page 31)*

A) La particularité locale de la pédopsychiatrie

B) Les personnes précaires et handicapées

#### **2.1.3 La participation naissante à des réseaux** *(page 33)*

A) Le réseau périnatalité

B) Le réseau addictologie Gironde

## **2.2 Un portefeuille de coopérations cependant perfectible** *(page 34)*

### **2.2.1 L'absence de véritable politique** *(page 35)*

A) Le manque de planification

B) Un suivi aléatoire

### **2.2.2 Le risque d'éparpillement** *(page 36)*

A) Des partenaires ponctuels aux motivations variables

B) Un secteur médico-social trop peu sollicité

### **2.2.3 Une variété d'outils de coopération non utilisée** *(page 37)*

A) Les communautés hospitalières de territoire

B) Les groupements de coopération sanitaire

C) Les autres outils

## **3 Des voies d'amélioration à suivre** *(page 41)*

### **3.1 Structurer la politique de coopération** *(page 41)*

#### **3.1.1 Se fixer des objectifs en matière de coopération** *(page 41)*

A) Définir une politique dynamique

B) Disposer d'une vision claire

### **3.1.2 Assurer le suivi des coopérations** (page 44)

- A) Connaître ses coopérations
- B) Evaluer ses conventions

## **3.2 Prioriser des actions améliorant la prise en charge des patients**

(page 46)

### **3.2.1 Intégrer l'hôpital dans un parcours de soins formalisé** (page 46)

- A) L'amont de l'hospitalisation
- B) L'aval de l'hospitalisation

### **3.2.2 Renforcer les filières d'excellence** (page 48)

- A) L'évolution de la politique sectorielle
- B) Intégrer les filières existantes

## **3.3 Dépasser les facteurs irrationnels** (page 49)

### **3.3.1 Un système à double-jeu** (page 49)

- A) Des moyens limités
- B) La tentation du jeu de la concurrence

### **3.3.2 L'importance des ressorts humains** (page 50)

- A) La fierté institutionnelle
- B) Le rôle des personnalités

## **Conclusion** (page 52)

## **Bibliographie** (page 53)

## **Liste des annexes** (page 54)

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
API	Allocation de parent isolé
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCPEA	Centre de consultation polyvalente de l'enfant et de l'adolescent
CH	Centre hospitalier
CHCP	Centre hospitalier Charles Perrens
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la santé publique
CUB	Communauté Urbaine de Bordeaux
DDASS	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
ECT	Electro-convulsivo-thérapie
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante
EVAMET	Evaluation médicale et médico-technique
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FMI	Fédération médicale interhospitalière
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements publics de santé
GBNA	Groupe Bordeaux Nord Aquitaine
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sanitaire et médico- sociale
GEIE	Groupement européen d'intérêt économique
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HL	Hospitalisation libre
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires
ICM	Indice comparatif de mortalité
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique

MEAH	Mission d'évaluation et d'audit hospitalier
MERRI	Missions d'enseignement, recherche, référence, innovation
OREAG	Orientation et rééducation des enfants et des adolescents de Gironde
PMT	Projet médical de territoire
RESAG	Réseau addictologie Gironde
RMI	Revenu minimum d'insertion
SAU	Service d'accueil d'urgence
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SECOP	Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SUHEA	Service universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UISG	Unité intersectorielle de gérontopsychiatrie
UMD	Unité pour malades difficiles
USR	Unité de soins relais

## Introduction

Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont pour missions, selon le Code de la santé publique, la prévention, le diagnostic, les soins, la réadaptation et la réinsertion sociale des patients. Ces missions s'exercent dans un cadre géographique défini, depuis la mise en place de la sectorisation. L'ouverture de l'hôpital psychiatrique qui s'est produite dans les années 1970 a conduit au passage d'une logique d'enfermement des personnes souffrant de maladie mentale à celle d'une hospitalisation momentanée, le temps de la crise. Pour permettre le maintien du patient dans la ville, des structures extrahospitalières, centres médico-psychologiques et hôpitaux de jour ont été ouverts. A chaque secteur, zone géographique délimitée en fonction de critères démographiques, correspond un service d'hospitalisation et des structures extrahospitalières, afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patients.

D'un certain point de vue, la sectorisation était déjà, lors de sa création, une ébauche de politique de coopération : il s'agissait d'assurer la continuité du parcours de soin, depuis l'hôpital jusqu'à la ville. C'est sans doute la pluralité des fonctions confiées aux centres hospitaliers psychiatriques, qui vont du soin à la réinsertion sociale, qui explique ce besoin de l'hôpital de raisonner vers l'extérieur. Cette direction ne s'est pas démentie depuis quarante ans, et a été confirmée par le récent rapport d'Edouard COUTY sur la réorganisation des soins en santé mentale (janvier 2009). Ce document, présenté alors comme le prélude d'une future loi sur la santé mentale, préconisait un décloisonnement des modes de prise en charge entre les soins et les actions sociales.

La coopération, entre établissements de santé (publics ou privés), avec des établissements médico-sociaux, des professionnels de santé libéraux, ou avec tout acteur trouvant une logique dans l'articulation avec le monde de la santé, est un des grands chantiers actuels du système de santé français. Pour des raisons diverses, allant de l'amélioration de la prise en charge des patients à la rationalisation de l'usage des fonds publics, en passant par la fluidification du parcours de soin, cette question est aujourd'hui au cœur des politiques de santé. Il s'agit, sur un espace donné, de coordonner et d'optimiser l'offre de soin, au sens large du terme. C'est d'ailleurs dans cet esprit que la dernière réforme hospitalière, portée par la loi du 22 juillet 2009, traite de concert l'hôpital, le patient, la santé, et les territoires. La création par cette loi des agences régionales de santé, qui coordonnent désormais l'action des établissements sanitaires mais aussi médico-sociaux, l'introduction de mécanismes de coopération renouvelés, comme la communauté hospitalière de territoire ou le groupement de coopération sanitaire, sont le signe des espoirs fondés dans les actions de coopération.

La psychiatrie, dont la tradition d'ouverture est maintenant ancienne, ne pouvait pas appréhender ce tournant de l'amplification des actions de coopération sans remettre en question ses propres pratiques. J'ai saisi l'occasion de mon stage au Centre Hospitalier Charles Perrens, établissement public de santé spécialisé en santé mentale situé à Bordeaux, pour étudier sa politique de coopération, et sa réaction aux changements en la matière. Le but de ce travail était de voir quelles avaient été les actions menées, selon quels principes, de comprendre sa situation actuelle, et d'imaginer ses possibles évolutions. Quelles sont les coopérations menées par le Centre Hospitalier Charles Perrens ? Quels sont leurs résultats ? Quelles sont les contraintes et atouts de cet établissement, et comment doit-il y adapter sa politique de coopération ?

Il est apparu que ce centre hospitalier mène de nombreuses coopérations, d'envergures très diverses, avec des partenaires de toutes natures. Le seul point commun de ces actions est leur support juridique, la convention. Il s'agit d'un procédé classique de coopération, jugé souple et efficace. La convention convient à tous les types d'activité, et peut réunir des établissements de toute nature. Aucune personnalité morale nouvelle n'est créée par la convention, et son formalisme est assez limité. Effectivement, la diversité des partenaires du Centre Hospitalier Charles Perrens comme la variété des sujets traités, de la mise à disposition de locaux à la délégation de service public, a permis d'apprécier la souplesse de cet outil.

J'ai choisi de me concentrer sur les coopérations à mes yeux les plus importantes, car engageant la stratégie de l'établissement : les coopérations médicales, et de prise en charge des patients au sens large. Cette thématique a été étudiée dans sa transversalité, sans distinction de nature des partenaires conventionnels. Les commentaires, appréciations et propositions présentes dans ce mémoire n'engagent que moi, et en aucun cas le Centre Hospitalier Charles Perrens ou les personnes qu'il m'a été donné de rencontrer pour la préparation de ce travail. Une des gageures de cette démarche était de s'extraire de son implantation dans un établissement, pour aborder la question des coopérations de façon neutre et objective. J'espère y être parvenu.

Le Centre Hospitalier Charles Perrens est situé dans un environnement complexe, dont les besoins en matière de psychiatrie sont forts (1). Les coopérations qu'il mène pour subvenir à ces besoins portent leurs fruits, mais manquent de structuration (2). La mise au point d'une véritable politique de coopération, notamment centrée sur les filières d'amont et d'aval à l'hospitalisation et sur ses domaines de compétence, lui permettrait d'envisager sereinement l'avenir (3).

# **1 Le Centre Hospitalier Charles Perrens : une situation favorable mais complexe**

Le centre Hospitalier Charles Perrens jouit d'une situation assez favorable mais de plus en plus exigeante (1.1). La coopération avec les nombreux acteurs de son environnement (1.2) est une des conditions de l'atteinte des objectifs qui lui sont fixés pour répondre aux besoins croissants auxquels il est confronté (1.3).

## **1.1 La dynamique du Centre Hospitalier Charles Perrens**

Bien que ne couvrant pas l'ensemble du département de la Gironde, le territoire de prise en charge du CHCP est vaste et en constante évolution (1.1.1). Les activités pratiquées dans ce centre hospitalier en font un établissement de référence (1.1.2), dont la situation financière et sociale est saine (1.1.3).

### **1.1.1 Un territoire sectoriel important**

#### **A) Une vaste zone de prise en charge**

La santé mentale, bien qu'intégrée de plein droit dans la politique sanitaire nationale, conserve d'incontestables spécificités. Ainsi, la notion de territorialité est-elle sans doute davantage prégnante en psychiatrie que dans le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). En effet, les évolutions de la discipline depuis les années 1960 ont conduit à préférer une prise en charge globale du patient, en structure comme à domicile. Dès lors, les hôpitaux ont été amenés à s'adapter à ce type de prise en charge « hors les murs », en s'appuyant notamment sur un réseau de structures extra-hospitalières (centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour...). Ce maillage du territoire s'est organisé autour de « secteurs », dont l'origine juridique remonte à la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. La base légale des secteurs fut apportée par la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Trois types de secteurs existent : les secteurs de psychiatrie générale (patients de plus de seize ans), les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (enfants et adolescents), et les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (service médico-psychologique régional, SMPR, pour les personnes incarcérées).

Pour comprendre l'activité d'un centre hospitalier dont le domaine d'activité est celui de la prise en charge de la santé mentale, il est tout d'abord nécessaire de se pencher sur les secteurs psychiatriques dont il a la charge. Le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) a la charge de neuf secteurs de psychiatrie adulte (ou psychiatrie générale), et de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (ou pédopsychiatrie) regroupés en quatre « intersecteurs ». Ces secteurs couvrent trois zones du territoire du département de la Gironde, dont la démographie, la densité de population et les caractéristiques économiques et sociales sont très variables. Il s'agit de l'ouest de la Communauté urbaine de Bordeaux (CUB), du Médoc, et du Bassin d'Arcachon. Fixé dans les années 1960, le découpage sectoriel en Gironde date d'une époque où les voies de déplacement et les moyens de communication étaient beaucoup moins développés qu'aujourd'hui. La construction d'autoroutes, de ponts sur la Garonne, le développement de transports en commun comme le tramway à Bordeaux ont ainsi considérablement fait varier les distances entre les villes et entre les quartiers mêmes de certaines villes (cf. Bordeaux rive gauche et Bordeaux rive droite). Qui plus est, les évolutions démographiques intervenues depuis une quarantaine d'années n'ont pas non plus conduit à une révision de la carte sectorielle girondine. Le découpage sectoriel actuel répond donc encore aujourd'hui aux critères qui ont prévalu lors de son élaboration. Il est possible de citer deux de ces critères : la volonté d'éviter de spécialiser les établissements psychiatriques sur des territoires à dominante urbaine ou rurale, et le respect de contraintes géographiques. Le tracé de la Garonne et de la Dordogne a été en partie respecté, puisque les secteurs du CHCP se trouvent à l'ouest de la Garonne, ceux du Centre Hospitalier de Cadillac correspondent en partie à l'Entre Deux Mers, tandis que le Centre Hospitalier de Libourne s'est vu notamment attribuer les secteurs de la rive droite de la Dordogne (cf. annexe 2).

Le CHCP est donc en charge d'un territoire vaste correspondant à l'ouest du département de la Gironde. Il couvre les arrondissements de Lesparre (secteur G 01) et d'Arcachon (G 02), les communes de Pessac (G 03), Mérignac (G 04), Gradignan et Talence (G 07), Blanquefort, Saint-Médard-en-Jalles, Bruges et Eysines (G 05), Le Bouscat et le huitième canton de Bordeaux (G 06), les premier, deuxième et troisième (partie nord) cantons de Bordeaux (G 08), les troisième (partie sud), quatrième et cinquième cantons de Bordeaux (G 09). Hormis les G 01 et G 02, ces secteurs font partie la Communauté Urbaine de Bordeaux. Il s'agit donc d'un territoire très hétérogène, mêlant des zones urbaines à des zones à dominante rurale, comme le Bassin d'Arcachon (secteur G 02) et surtout le Médoc (secteur G 01), comme le montre l'annexe 3. Les quatre intersecteurs de pédopsychiatrie recouvrent ce clivage entre zones rurales et urbaines (cf. annexe 4).

Outre le fait que l'agglomération bordelaise soit séparée entre des secteurs relevant du CHCP et d'autres relevant du CH de Cadillac, ce qui pose certains problèmes que nous évoquerons plus loin, une des curiosités de ce découpage réside dans le traitement qui est fait à la ville même de Bordeaux. Ainsi, les quartiers bordelais situés sur la rive droite de la Garonne dépendent du CH de Cadillac pour ce qui est du traitement des maladies mentales, tandis que les quartiers de la rive gauche sont rattachés au CHCP. Tous, sauf le quartier de la gare (sixième canton de Bordeaux), qui constitue un secteur pris en charge par le CH de Cadillac. Ce qui signifie non seulement que tous les Bordelais ne sont pas soignés par le même établissement psychiatrique selon qu'ils habitent d'un côté ou de l'autre de la Garonne, mais 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 leur rue. Notons que le CHCP est situé sur le territoire de Bordeaux et que le CH de Cadillac se situe à une quarantaine de kilomètres de la capitale aquitaine.

#### B) Une démographie en croissance constante

En 2003, les 817 secteurs de psychiatrie générale desservaient chacun en moyenne 56 100 habitants de plus de vingt ans. Les 320 secteurs ou intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile comptaient une population moyenne de 49 000 habitants âgés de moins de vingt ans. Ramenés à l'échelle du CHCP, qui a la charge de neuf secteurs de psychiatrie générale et quatre intersecteurs de pédopsychiatrie, ces chiffres pourraient permettre d'évaluer la population totale couverte par cet établissement à environ 700 000 personnes. En réalité, la population des secteurs de Charles Perrens est supérieure à cette moyenne, puisqu'elle s'élevait à 740 000 en 2009, sans compter les 60 000 étudiants qui résident à Bordeaux ou dans son agglomération neuf voire dix mois sur douze. En ciblant précisément les secteurs du CHCP, il apparaît des différences majeures, entre les secteurs situés sur la CUB, ceux du Bassin d'Arcachon et ceux du Médoc.

D'importantes différences existent entre les secteurs du CHCP. Ceux situés dans la Communauté Urbaine de Bordeaux connaissent une densité de population très élevée, de 1 273 habitants par km<sup>2</sup> en moyenne, mais jusqu'à 4 000 habitants par km<sup>2</sup> à Bordeaux et même 4 900 à Talence. Pour rappel, la densité de population moyenne en 2006 était de 75,5 habitants au km<sup>2</sup> en Aquitaine, et 112,9 pour la France métropolitaine. La population de la CUB est marquée par une surreprésentation des jeunes adultes (de 20 à 29 ans) par rapport à la moyenne. Plus du tiers des Aquitains âgés de 20 à 29 ans vit en effet dans la métropole bordelaise. Leur part ne diminue pas, contrairement au reste de l'Aquitaine. A l'inverse, le pourcentage des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans

y est inférieur à la moyenne régionale. Entre 1999 et 2006, la population de la CUB a progressé d'un peu plus de 42 000 habitants, soit un taux de variation annuel positif de 0,89%.

Beaucoup plus proche de la moyenne régionale, la densité de population du Bassin d'Arcachon s'élève à 85,8 habitants par km<sup>2</sup>. A l'inverse de l'agglomération bordelaise, les populations âgées entre vingt et vingt-neuf ans sont moins nombreuses que dans la moyenne nationale, contrairement aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans. La progression de la population entre 1999 et 2006 a été de 18 000 habitants. Cela correspond à un taux de variation annuel de + 2,18%. Il s'agit de la plus forte progression démographique d'Aquitaine.

Le Médoc se distingue par un territoire assez vaste, mais peu densément peuplé : 37,9 habitants par km<sup>2</sup>, soit moitié moins que la moyenne régionale, et trois fois moins que la moyenne nationale. La part des habitants âgés de vingt à vingt-neuf ans est faible, en raison d'une diminution des naissances à la fin des années 1970, mais aussi d'un mouvement migratoire des jeunes actifs. Il faut toutefois se garder de conclure hâtivement au vieillissement de cette zone : la proportion des adultes de trente à cinquante-neuf ans est la plus élevée d'Aquitaine (43,8%), la proportion de jeunes de moins de quinze ans y est supérieure à la moyenne régionale, et la part des personnes âgées de soixante ans et plus est en deçà de la valeur moyenne régionale. De même, la population du Médoc a progressé à un rythme annuel de 1,39% entre 1999 et 2006. Cette progression est donc inférieure à celle du Bassin d'Arcachon, mais supérieure à celle de la CUB.

La population prise en charge par les secteurs du CHCP (740 000 habitants à l'année) connaît donc une croissance constante, qu'il s'agisse de zones urbaines ou plus rurales. Ce dynamisme s'est traduit par une augmentation de 15% depuis 1990. La pression démographique, notable, a pour conséquence inévitable une hausse des besoins de prise en charge psychiatrique.

### C) Une situation économique et sociale variable

Les populations prises en charge par les secteurs du CHCP sont donc très diverses, ce qui se retrouve dans les données économiques et sociales disponibles. Ces données sont particulièrement importantes en psychiatrie, où l'on sait que le mode de vie, l'activité et l'entourage des patients ont un impact sur leur pathologie. Ainsi les difficultés économiques des patients accroissent leur besoin de prise en charge tant d'un point de

vue médical que social. Ce constat a pu être renouvelé ces derniers temps, en période de dégradation de la situation économique.

La CUB se démarque des autres zones de la région Aquitaine par une moindre importance des personnes retraitées, mais aussi par une proportion supérieure de personnes sans activité professionnelle pour un autre motif. Les employés sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée. La proportion de cadres et de professions intermédiaires est plus forte qu'ailleurs dans la région, à l'inverse de celle des ouvriers et agriculteurs. Le secteur des services domine largement les autres. Le chômage est légèrement supérieur dans la CUB que dans l'ensemble de l'Aquitaine (9% contre 8,7% au 31 décembre 2008). De même, la précarité est quelque peu plus présente dans l'agglomération bordelaise, puisque la part des bénéficiaires des principaux minima sociaux y dépasse celles des autres zones (3,6% de bénéficiaires du revenu minimum d'insertion, RMI, au 31/12/2008 contre 2,9% en Aquitaine). La CUB abrite donc une population socialement contrastée.

Si les études menées permettent de conclure que les maladies mentales touchent en tout lieu un pourcentage constant de population (évalué à 2%), certains facteurs comme l'alcool peuvent accentuer ces maladies ou les causer. C'est par exemple le cas des psychoses alcooliques. De plus, les conduites addictives, avant même de déboucher sur d'autres maux d'ordre psychiatrique, influencent directement l'activité d'addictologie. Il est donc intéressant d'observer plus précisément ces questions. Les décès liés à une consommation excessive d'alcool sont inférieurs à la moyenne nationale dans la CUB. Si l'on établit un indice comparatif de mortalité (ICM) égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM de la CUB s'établit à 70, et celui de la région à 80,3. Avec un écart plus faible, la même logique se retrouve pour la mortalité par maladies liées au tabac. Ces décès sont en diminution.

Le Bassin d'Arcachon présente une structure socioprofessionnelle assez classique, où priment les employés. La part des retraités, supérieure à la moyenne régionale, est sans doute un des éléments distinctifs de cette zone. Les services constituent le principal secteur d'activité. A hauteur de 8,9% de la population active au 31 décembre 2008, le chômage y est légèrement supérieur à la moyenne régionale (8,7%). La précarité est toutefois moins importante dans le Bassin d'Arcachon que dans le reste de l'Aquitaine. Les taux de bénéficiaires des principaux minima sociaux y sont moindres (RMI, allocation aux adultes handicapés, AAH, et allocation de parent isolé, API confondus).

L'alcool est en moyenne, comme dans la CUB, responsable de moins de décès qu'au niveau national. La tendance est à la baisse. Il n'en va pas de même du tabac : pour un ICM égal à 100 en France métropolitaine, l'ICM du Bassin d'Arcachon s'établit à 105,9. L'évolution de ces dernières années va malgré tout dans le sens d'une diminution.

Le Médoc présente une répartition socioculturelle différente de celle des deux autres zones géographiques principales du territoire du CHCP. En effet, la proportion d'ouvriers y est supérieure à la moyenne régionale, tandis que les professions intermédiaires, cadres et professions intellectuelles supérieures sont moins représentés. Si les services figurent là encore en tête des secteurs économiques, l'agriculture occupe une place plus importante qu'ailleurs (17% de la population en activité). C'est dans cette zone du territoire pris en charge par le CHCP que le chômage est le plus important. Il s'élève à 9,3% de la population active, contre 8,7% au niveau régional (au 31 décembre 2008). La précarité n'est pour autant pas une caractéristique de cette zone, la part des bénéficiaires de minima sociaux y étant légèrement inférieure à la moyenne régionale.

La mortalité par maladies liées à l'alcool est assez proche de la moyenne nationale dans le Médoc. L'écart est toutefois moins important que dans d'autres parties de l'Aquitaine. La diminution de cette mortalité observée ces dernières années progresse au même rythme que dans le reste de la France. Le tabac cause dans le Médoc un peu plus de décès qu'au niveau national, dans un ordre de grandeur équivalent à celui observé dans le Bassin d'Arcachon. Cette mortalité diminue comme ailleurs.

Les secteurs de prise en charge psychiatrique rattachés au CHCP sont donc différents : urbanisation, densité, types de population y varient sensiblement. Un point commun de ces territoires reste la forte progression démographique. Ces facteurs, variété de la population et pression démographique, expliquent notamment l'activité soutenue et diversifiée du CHCP.

### **1.1.2 Un large panel d'activités**

#### **A) De nombreux domaines d'action**

Le Centre Hospitalier Charles Perrens présente une activité couvrant tous les champs de la psychiatrie. C'est ainsi que la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile et l'addictologie, disciplines distinctes, y sont présentes.

Le site central, situé à Bordeaux (près du site principal du CHU), dispose de quatorze unités d'admission, deux unités universitaires, une unité mère-enfant, une unité de long séjour, deux unités de réhabilitation, une unité de gérontopsychiatrie, une unité d'électroconvulsivo-thérapie (ECT), un centre de jour, un pôle d'addictologie, un centre de crise pour adolescents et un centre de ressource autisme. Outre ces structures de soins, se trouvent sur le site central du CHCP un service d'urgences (service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique, SECOP), un centre technique médical (médecine générale essentiellement), une pharmacie, un laboratoire d'analyses, un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un institut de formation de cadres de santé (IFCS), et des laboratoires de recherche de la faculté de médecine (Bordeaux II, voisine du CHCP).

Notamment grâce à sa politique de coopération, le CHCP dispose d'unités de soins hors ses murs, sur lesquelles nous reviendrons ; il s'agit de l'unité intersectorielle de gérontopsychiatrie (UISG), et du service de psychiatrie pénitentiaire (SMPR).

Conformément à la politique sectorielle qui régit la psychiatrie française, le CHCP a équipé les secteurs dont il a la charge de structures extrahospitalières. Onze hôpitaux de jour (HDJ) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), treize centres médico-psychologiques (CMP) et antennes de consultation, et deux structures d'hospitalisation à domicile (HAD) forment le réseau extrahospitalier en psychiatrie générale. S'ajoute à ce réseau une unité de réhabilitation (unité de soins relais, USR) installée en centre ville de Bordeaux. La pédopsychiatrie dispose de six hôpitaux de jour extra-muros, onze points de consultation et une structure d'HAD (cf. annexe 5).

Le secteur médico-social n'est pas oublié par le CHCP, qui a créé dans une commune de l'agglomération bordelaise une maison d'accueil spécialisée (MAS) notamment destinée à accueillir d'anciens patients. Cette structure compte cinquante places d'internat et onze places de semi-internat.

Dans le cadre des activités normales de lutte contre les maladies mentales exercées par un centre hospitalier psychiatrique (prévention, diagnostic, soins, réadaptation et réinsertion sociale), le CHCP a développé des services spécialisés, notamment dans les domaines des urgences, des équipes mobiles, des soins pénitentiaires, de l'addictologie, de l'autisme, des adolescents, des personnes âgées, des mères, des délinquants sexuels.

Les activités médicales du CHCP sont organisées autour de sept pôles cliniques et un pôle médico-technique (évaluation médicale et médico-technique, EVAMET). Les pôles

cliniques (cinq de psychiatrie générale et deux de psychiatrie infanto-juvénile) ont été constitués par des regroupements de secteurs, puisqu'à l'origine chaque secteur correspondait à un service. Les deux pôles de pédopsychiatrie forment une fédération de pôles, qui n'a pour l'instant qu'une existence formelle. Seul le pôle addictologie est parfaitement intersectoriel, les autres étant liés aux secteurs qui les constituent.

Parmi ces pôles, trois sont de nature universitaire. L'article L 6142-1 du code de la santé publique (CSP) dispose que les services universitaires doivent être installés dans des centres hospitaliers régionaux. Mais il est possible, en vertu de l'article L 6142-5 du même code, d'associer par convention avec les universités d'autres établissements de santé ou organismes publics ou privés. C'est le cas des pôles « 5/6 » (psychiatrie générale), « pédopsychiatrie universitaire », et « addictologie ». Des professeurs d'université – praticiens hospitaliers (PU-PH) sont responsables de ces pôles.

#### B) Une activité soutenue

En 2009, le CHCP a réalisé 181 572 journées d'hospitalisation complète (dont 178 173 en psychiatrie générale et 3 399 en pédopsychiatrie) grâce à une capacité de 518 lits. Il dispose de 325 places d'hospitalisation incomplète (198 pour adultes et 127 pour enfants et adolescents). Il suit une file active de 20 447 patients.

L'étude de l'activité réalisée en 2009 révèle que les capacités d'accueil du CHCP sont utilisées à leur quasi-maximum. Le taux d'occupation moyen des lits y était de 96%, avec des pôles montant jusqu'à 102,2%. Les unités présentant des taux d'occupation moyens supérieurs à 100% doivent recourir à des lits d'appoint. La durée moyenne de séjour y était de trente-quatre jours, ce qui situe le CHCP quelque peu au-dessus de la moyenne nationale des établissements psychiatriques, d'autant que ce chiffre semble devoir augmenter de nouveau (il était de 32,4 jours en 2008).

Un phénomène d'embolisation des lits est donc à l'œuvre. La durée moyenne de séjour et le nombre de patients en hospitalisation inadaptée, c'est-à-dire qui ne relèvent pas normalement du secteur sanitaire, expliquent en partie ce problème. Si l'on prend pour définition de ces hospitalisations inadaptées le fait d'être hospitalisé depuis plus d'un an sans que cela ne corresponde plus à un objectif thérapeutique, nous trouvons cinquante patients de ce type au CHCP.

Tout confondu, l'activité du CHCP a progressé de 1,41% entre 2008 et 2009. Seules les activités d'hospitalisation de jour pour enfants et d'hospitalisation à domicile perdent du

terrain. Elles ont respectivement diminué entre 2008 et 2009 de 10,38% et de 12,63%. Il semblerait que l'HAD soit moins prescrite par les médecins.

La constante réduction du nombre de lits depuis l'instauration de la politique de sectorisation (125 000 lits supprimés au niveau national depuis 1970 dont environ cinq cents au CHCP), couplée avec la pression démographique croissante que connaissent les secteurs pris en charge par le CHCP semblent avoir conduit cet établissement à un niveau d'activité à flux tendus.

Cette activité qui frise l'emballement n'obère pas la situation générale du CHCP qui, en plus d'un panel d'activité large et souvent de pointe, bénéficie de finances saines et de recrutements aisés.

### **1.1.3 Une situation saine**

#### **A) Des finances serrées**

La situation financière du CHCP s'avère saine, puisque le compte de résultat principal n'a pas connu de déficit significatif depuis 2004. Les indicateurs comme le fonds de roulement net global, le besoin en fonds de roulement ou la capacité d'autofinancement présentent des niveaux stables et favorables.

Les performances de l'établissement telles que révélées par les tableaux de bord stratégiques de la Banque de données hospitalières de France sont significatives. Les ratios du CHCP sont inférieurs aux moyennes nationales des CH spécialisés en psychiatrie ; cet hôpital dessert avec les mêmes moyens davantage de population et réalise plus d'activité que la moyenne nationale des établissements. Une étude réalisée par les services de contrôle de gestion de trente établissements psychiatriques de France place le CHCP en septième position pour ses coûts moyens par activité. Il est à noter que malgré la présence importante d'activités universitaires, le CHCP n'émarge pas à l'enveloppe « missions d'enseignement, recherche, référence, innovation » (MERRI).

Ces données sont la preuve de l'efficience du CHCP au regard de la population qu'il couvre. Ainsi, le budget de référence par habitant en psychiatrie générale s'élevait à 147,01 euros en 2009, mais il n'était que de 119,02 euros au CHCP. En psychiatrie infanto-juvénile, l'écart est un peu plus important, au détriment du CHCP (119,02 euros « au lieu » de 150,17 euros). La sous-dotation budgétaire par rapport aux moyennes est

donc de 20%. Rappelons que les établissements psychiatriques ne sont pas financés en vertu de leur activité, mais sont toujours soumis à la dotation globale de financement.

Sa situation financière, qui reste donc saine, permet au CHCP de réaliser des opérations d'investissement majeures. Après la construction d'une nouvelle cuisine et d'un nouveau restaurant du personnel en 2009 et 2010, d'autres projets sont en cours de réalisation. Citons la reconstruction d'unités d'admission, la construction d'une unité d'admission pour adolescents, d'un nouveau SECOP, d'un nouvel hôpital de jour et de nouveaux CMP et la réhabilitation du service des ECT.

#### B) Des recrutements aisés

La comparaison des ratios relatifs aux effectifs (dont les derniers datent de 2006) laisse entrevoir un CHCP en dessous de la moyenne des autres établissements psychiatriques. Ainsi, les équivalents temps plein (ETP) médicaux du CHCP s'élevaient en 2006 à 76,05. Les ETP « de référence » (SAE ministère de la Santé) pour le même nombre d'habitants desservis équivalaient pourtant à 77,94 et même 81,22 au regard des journées réalisées. En ce qui concerne les personnels non médicaux, ils s'élevaient en 2006 à 930 ETP, au lieu 1 164,6 ETP de référence eu égard au nombre de journées réalisées, et 1 127,9 au regard de la population couverte.

Ces éléments pourraient être interprétés comme résultant d'une certaine difficulté à recruter des personnels. Il n'en est pourtant rien. La situation du CHCP, au cœur d'une agglomération dynamique, dans une région attrayante, sa proximité directe avec l'université et l'existence d'un IFSI en interne, ainsi que la présence d'activités de pointe sont autant d'éléments qui, combinés, permettent au CHCP de ne pas rencontrer les mêmes problèmes de recrutement que d'autres établissements. Mais la dotation globale de financement ne permet pas de recourir à un nombre plus important de personnels médicaux et non médicaux, la charge financière de la masse salariale s'élevant déjà à 82,1% du compte de résultat en 2009.

Pour information, les effectifs non médicaux du CHCP s'élevaient en 2009 à 1 387,31 ETP, dont 130,19 ETP administratifs, 1 100,62 ETP soignants et éducatifs, 146,04 ETP techniques et 10,46 ETP médico-techniques. On observe une légère augmentation de ces ETP entre 2008 et 2009 (1,8%), ainsi que la diminution des personnels administratifs au profit des personnels soignants et éducatifs. Soixante quinze médecins exerçaient en 2009 au CHCP. Trente quatre internes en psychiatrie, un en médecine générale, un en

pharmacie, un en biologie et trente étudiants en médecine sont en permanence dans cet établissement.

Le Centre Hospitalier Charles Perrens évolue donc sur un territoire vaste et assez hétérogène. Il importe de repérer les acteurs sanitaires, médico-sociaux, et autres qui peuvent interagir avec lui, dans une logique de coopération.

## **1.2 Un environnement partenarial morcelé**

La Gironde présente une multitude d'équipements de diverses natures (sanitaire, médico-sociale, associative, libérale) qu'il est bon de repérer afin de réfléchir à la politique de coopération qu'un établissement comme le CHCP est tenu de mener pour répondre aux besoins.

### **1.2.1 L'offre sanitaire : des interlocuteurs bien identifiés**

#### **A) Les complémentarités psychiatriques**

Par principe, les établissements ayant la charge de secteurs psychiatriques sont les seuls hôpitaux à offrir sur leur territoire l'ensemble des prestations de santé mentale. Deux types de complémentarité peuvent toutefois être envisagés entre d'autres structures spécialisées en psychiatrie. Tout d'abord, un hôpital comme le CHCP peut travailler en lien avec les éventuels autres établissements spécialisés en psychiatrie présents sur ses secteurs. Nous pensons par exemple au cas d'établissements privés spécialisés dans un type de prise en charge (névrose, dépression...). L'autre axe de coopération entre établissements spécialisés en psychiatrie consiste à faire travailler en commun des établissements chargés de secteurs limitrophes. Des accords de spécialisation ou de prise en charge commune de certaines pathologies peuvent alors être imaginés.

Les établissements privés spécialisés en psychiatrie ne sont pas nombreux en Gironde. A Cambes (périphérie bordelaise), la clinique « Korian Les Horizons » (ex-Horizon 33 La Charmille) est spécialisée en post-cure psychiatrique (moyen séjour), et dans l'accueil de patients dont le risque suicidaire est avéré (court séjour). Cet établissement peut accueillir soixante personnes majeures. Le service de post-cure se présente comme intervenant en aval de soins aigus, notamment de sevrages alcooliques. Trois autres cliniques existent : Anouste (Bordeaux), Les Pins (Pessac), et Béthanie (Talence).

Comme le montre la carte des secteurs psychiatriques de Gironde (annexe 1), trois hôpitaux ont charge de secteur dans ce département. Outre le Centre Hospitalier Charles Perrens, le Centre Hospitalier de Cadillac-sur-Garonne et le Centre Hospitalier de Libourne représentent l'hospitalisation publique. Le CH de Libourne est le seul de ces trois hôpitaux à ne pas être spécialisé en psychiatrie. Il s'agit d'un hôpital général chargé d'un secteur psychiatrique. Comme expliqué plus haut, ce découpage sectoriel, déjà ancien, répond à l'objectif d'éviter de spécialiser un hôpital sur des territoires urbains, laissant les zones rurales à d'autres. Le résultat de ce découpage, notamment la scission de l'agglomération bordelaise entre le CHCP et le CH de Cadillac, est une invite naturelle à la coopération dans de nombreux domaines médicaux (prise en charge des urgences...).

## B) Les établissements généraux

Connaître les établissements MCO présents sur les secteurs pris en charge par le CHCP est nécessaire pour plusieurs raisons. Naturellement, ces établissements sont complémentaires d'un CH psychiatrique. Des patients hospitalisés pour des raisons psychiatriques peuvent être victimes de problèmes médicaux ou chirurgicaux ; des patients d'un établissement MCO peuvent avoir besoin d'un soutien psychiatrique (urgence, suivi, addictologie...). La prise en charge globale des patients, parfois complexe à mettre en œuvre au sein même des établissements généraux, rend la politique de coopération interhospitalière inéluctable lorsqu'il s'agit de lier psychiatrie et MCO.

Le CHU, implanté sur trois sites (à Bordeaux et Pessac), est l'établissement hospitalier général le plus important de l'agglomération bordelaise. Un hôpital d'instruction des armées (HIA), ouvert aux patients militaires comme civils, dispose de places de médecine, chirurgie et soins de suite à Villenave-d'Ornon. L'hospitalisation privée est dominée par le Groupe Bordeaux Nord Aquitaine (GBNA), qui dispose de plusieurs cliniques et polycliniques dans l'agglomération. Le centre régional de lutte contre le cancer (l'Institut Bergonié) est situé à Bordeaux. Les personnes âgées dépendantes disposent dans la CUB d'une unité de soins de longue durée (USLD) à Pessac, ainsi que de deux services d'HAD, au Bouscat (Hôpital Suburbain) et à Talence (Fondation Bagatelle).

Le secteur du Bassin d'Arcachon dispose d'un CH (à Arcachon) MCO dont l'offre est complétée par celle d'une clinique (propriété du GBNA). Ces deux établissements sont engagés dans une action de coopération public-privé. Une clinique, implantée à Arès (nord du Bassin d'Arcachon) dispose de lits de médecine, chirurgie et obstétrique. Ces

établissements assurent les prises en charge en soins de suite et de réadaptation. Il est à noter que malgré cette offre locale, beaucoup d'habitants du Bassin ont recours aux établissements de l'agglomération bordelaise (45,1% des soins de courte durée en 2008). Une USLD destinée spécifiquement aux personnes âgées dépendantes est implantée à La Teste.

La Clinique Mutualiste de Lesparre constitue l'offre de soins hospitalière du Médoc. Cet établissement propose des places en MCO, en hospitalisation complète ou partielle. Ce faible équipement a conduit en 2008 plus des deux tiers des Médocains à avoir recours au pôle hospitalier de Bordeaux.

L'attraction de la métropole bordelaise est indéniable, et le CHU doit donc constituer un partenaire de premier ordre pour le CHCP. Le GBNA, le CH d'Arcachon et le Clinique Mutualiste ne sont pour autant pas à négliger, notamment dans une optique de proximité.

### **1.2.2 Un amont et un aval de l'hospitalisation épars**

#### **A) Les médecins libéraux**

Les médecins libéraux jouent un rôle clé. Ce sont eux qui par leur proximité aiguillent les patients susceptibles d'avoir recours à des soins hospitaliers. Qu'ils soient généralistes ou spécialistes, les médecins peuvent orienter leurs patients vers l'hôpital. Dès lors, et notamment dans l'optique de réguler l'accès aux urgences psychiatriques (SECOP), un travail peut être envisagé avec ces acteurs de santé.

La densité de médecins généralistes dans la CUB est la plus forte d'Aquitaine. Elle s'élevait au 1<sup>er</sup> janvier 2009 à 16,2 médecins pour 10 000 habitants, soit 1 100 médecins. Il est à prévoir une diminution d'environ 35% dans les dix prochaines années. Toutes les spécialités sont représentées, dont 278 psychiatres. Le Bassin d'Arcachon connaît une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne régionale (14 pour 10 000 habitants, contre 12,9), soit 180 médecins. Un tiers d'entre eux devraient cesser leur activité au cours de la décennie à venir. Six psychiatres libéraux exercent dans cette zone. Le Médoc est pour sa part moins doté en médecins généralistes que la moyenne régionale (10,8 médecins pour 10 000 habitants, soit 96 médecins). Quarante pour cent d'entre eux devraient arrêter d'exercer dans la prochaine décennie. Seul un médecin psychiatre libéral exerce dans le Médoc.

Les médecins libéraux, doivent donc être intégrés à une réflexion sur le parcours des patients. Mais il faut prendre en compte l'inégal maillage territorial de ces professionnels, particulièrement pour ce qui est des psychiatres.

## B) Le secteur médico-social

Tous les patients hospitalisés au CHCP ne relèvent pas d'une hospitalisation psychiatrique. Parmi eux, certains ne pourraient rompre tout lien avec la psychiatrie, et des structures de long séjour psychiatrique seraient les plus adaptées pour les accueillir. Mais d'autres pourraient tout à fait être pris en charge par le secteur médico-social, en MAS ou en foyer d'accueil médicalisé (FAM), voire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) lorsque leur âge le permet. Ce type d'établissements, dans lesquels les ratios personnels/lits sont plus faibles qu'en centre hospitalier, rend nécessaire des coopérations fondées sur la confiance mutuelle. Résoudre la question des hospitalisations inadaptées passe donc en partie par un travail avec le secteur médico-social, qu'il s'agit d'abord d'identifier.

La CUB dispose de cent trente places d'hébergement permanent pour mille personnes de soixante quinze ans ou plus. Soit un taux supérieur à la moyenne régionale. Sur ces 7 300 places d'accueil, 5 000 se trouvent en EHPAD. Six établissements, dotés d'une autorisation spécifique, disposent en tout d'une cinquantaine de places destinées à l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de démences apparentées. Trois MAS sont installées dans la CUB, ainsi que trois FAM (pour les personnes moins dépendantes, mais nécessitant tout de même une aide et un suivi médical) et huit foyers de vie. L'une de ces MAS dépend du CHCP, qui l'a créée. Un projet de création de FAM fut porté par cet établissement, mais refusé par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le conseil général. Il est à noter que ces structures proposent des accueils de jour pour les personnes handicapées vivant à domicile, et que ces personnes disposent dans la CUB de treize services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et quatre services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Le taux d'équipement du Bassin d'Arcachon en places d'accueil pour personnes âgées est de 101,1 places pour mille personnes de soixante-quinze ans ou plus. En tout, 1 400 places sont installées. Cette zone figure bien en dessous de la moyenne régionale. Seuls 11% des établissements présents sont publics. Les personnes handicapées peuvent compter dans le Bassin sur deux foyers de vie, une MAS (à Biganos) et un FAM destiné aux personnes autistes (au Barp). L'accueil de jour est proposé dans ces structures, mais il n'y a ni SAVS, ni SAMSAH.

Le Médoc bénéficie d'un taux d'équipement en places pour personnes âgées supérieur à la moyenne régionale. Il s'établit à 147,9 places d'hébergement permanent pour mille personnes de soixante-quinze ans ou plus, soit 1 150 places. Si deux foyers de vie sont présents sur ce territoire, aucun établissement médicalisé (FAM ou MAS) n'y est installé. Les personnes handicapées relevant de ces structures doivent donc se replier sur les six structures de l'agglomération bordelaise. Il existe un SAVS pour les personnes vivant à domicile, mais pas de SAMSAH.

Le secteur médico-social, partenaire essentiel afin d'assurer l'aval du parcours de soins des patients, est donc assez limité sur les secteurs du CHCP. La prise en charge des adultes handicapés, notamment, semble réduite pour l'essentiel à quelques établissements de l'agglomération bordelaise, dont les capacités maximales sont déjà atteintes.

#### C) Le secteur associatif

Des associations oeuvrent dans plusieurs domaines proches de l'activité du CHCP. Il en va ainsi de la prise en charge de la précarité, pour laquelle un réseau d'associations effectue un travail d'accueil de jour et d'accompagnement (association Le Prado 33, Diaconat de Bordeaux). Les solutions d'aval, notamment en secteur médico-social, sont parfois proposées par des associations, comme « Espoir 33 ». La pédopsychiatrie, nous y reviendrons, est en Gironde dans une situation particulière. En effet, des associations (OREAG, Rénovation) dont l'implantation locale est ancienne sont en position d'accomplir certaines missions extrahospitalières. Les acteurs associatifs se révèlent donc être de véritables partenaires potentiels pour une structure hospitalière.

C'est en connaissant ce terrain riche en structures et institutions qu'il importe d'appréhender les objectifs fixés au CHCP. L'atteinte de nombre de ces objectifs passe en effet par des actions coopératives.

### **1.3 Les objectifs à atteindre**

Les outils de planification, externes comme internes, fixent aux établissements des objectifs en fonction des besoins qui se font jour. La coopération fait partie des moyens à disposition du CHCP pour réaliser ces objectifs.

### 1.3.1 La planification

#### A) Le schéma régional d'organisation des soins

Il est élaboré par l'agence régionale de santé (ARS). Cet instrument de planification a pour objet de « prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique » (article L 1434-6 du CSP). Ce document précise les adaptations et complémentarités entre établissements sanitaires, mais aussi médico-sociaux, ainsi que les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Axé sur les territoires de santé composant la région qu'il couvre, le schéma régional d'organisation des soins (SROS) indique les besoins et fixe les objectifs en matière d'équipements de santé.

L'actuel SROS d'Aquitaine couvre la période 2006-2011. Trois de ses chapitres concernent directement le CHCP, et fixent des objectifs dont la réalisation dépend de la capacité des acteurs à coopérer. Le premier de ces chapitres a trait à la « psychiatrie et la santé mentale ». L'objectif affiché est l'amélioration de « l'articulation des soins somatiques et des soins psychiatriques ». Parmi les recommandations, on peut noter plusieurs actions dont la réalisation passe par la coopération institutionnelle. La volonté de coordination avec les services d'urgences somatiques en est un exemple. L'objectif de développer l'accès des patients aux structures médico-sociales (pour personnes handicapées ou âgées), s'il peut passer par la création en interne de structures ad hoc, doit aussi être interprété comme une incitation à la coopération. Le nombre de conventions signées avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées ou handicapées fait d'ailleurs partie des critères d'évaluation de mise en œuvre des objectifs du SROS.

Le SROS demande expressément de « formaliser le partenariat » avec les services d'aide à l'emploi, les établissements de rééducation, réadaptation et formation professionnelle, les établissements et services d'aide par le travail, les foyers d'hébergement et les services d'aide à la vie quotidienne. C'est donc l'insertion sociale et professionnelle des patients lors de leur sortie d'hospitalisation qu'il faut structurer. Le travail avec les structures sociales prenant en charge les personnes en situation de précarité est aussi encouragé. Il en va de même des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP), avec qui l'accompagnement psychiatrique à la sortie de prison doit être organisé.

Sans entrer dans le détail du fonctionnement et de l'organisation de ces structures, le SROS recommande la création de « réseaux de proximité ». Ces réseaux réunissant professionnels de santé psychiatrique et somatique, hospitaliers et libéraux, en lien avec les associations de familles de patients et l'offre de service social de proximité, doivent avoir pour but de « définir et de garantir le suivi du projet de soins du patient ».

La psychiatrie infanto-juvénile fait aussi l'objet de recommandations dans le SROS. Ainsi, les services de pédiatrie doivent prévoir un travail en réseau avec une équipe de pédopsychiatrie de liaison, et offrir une prise en charge globale aux jeunes patients. De plus, une action spécifique de formation à la prise en charge des tentatives de suicide doit être assurée aux personnels médicaux et paramédicaux accueillant des adolescents. La réalisation de ces objectifs sera mesurée par le nombre de projets communs entre services de pédiatrie et secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'addictologie est enfin le troisième des domaines traités par le SROS concernant en premier chef le CHCP. En effet, il est recommandé que le dépistage des conduites addictives soit réalisé pour tout type d'hospitalisation, et notamment lors de passage aux urgences. Ce qui donne du sens à la création d'équipes mobiles en addictologie, assurant la liaison dans les hôpitaux généraux. Là aussi, la création de réseaux de santé est préconisée. Les personnes précaires et détenues sont aussi, selon le SROS, des patientèles dont la prise en charge se doit d'être coordonnée, notamment avec les services d'addictologie.

Les enseignements de la lecture du SROS tiennent en un mot : décloisonnement. Quel que soit le domaine abordé (psychiatrie générale, infanto-juvénile...), la volonté de l'organisme planificateur est de faire travailler ensemble les acteurs de santé. Le bilan du SROS 2006-2011 n'est pas encore fait. Mais il semblerait que l'ARS ait à cœur de travailler la répartition des équipements et l'articulation entre les territoires dans la prochaine version du SROS. Ce qui signifie que les politiques de coopération devraient toujours être un moyen privilégié de réalisation des objectifs de planification.

## B) Le projet médical de territoire

Le projet médical de territoire actuellement en vigueur date de 2006. Le CHCP est situé sur le territoire de recours de Bordeaux-Libourne. Après avoir émis un avis favorable sur les orientations générales du SROS, la conférence sanitaire de territoire a mis au point un projet médical de territoire (PMT), dont la psychiatrie est l'objet d'un des huit chapitres.

Quatre objectifs des six planifiés en psychiatrie pour la période 2006-2011 impliquent une coopération renforcée entre acteurs locaux. Le premier concerne la gestion des urgences, qui reste problématique, notamment en raison du partage de la CUB entre le CHCP et le CH d'Arcachon. Il est proposé la mise en place d'une régulation centralisée des accueils non programmés. Si des actions de coopération en la matière ont été menées, un tel mécanisme n'a pour autant pas été créé. Le deuxième objectif nécessitant la réalisation de coopérations est l'organisation d'une « offre graduée des soins incluant tous les opérateurs du soin (publics et privés) sur un mode coordonné ». Cet objectif, finalement assez évasif, ne semble pas avoir donné lieu à de véritables coopérations. L'idée de coordination de l'offre de soins est tout du moins posée. Enfin, les deux derniers objectifs concernent l'aval. Il s'agit, avec le secteur médico-social comme grâce à la création de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) en psychiatrie, de créer une véritable filière psychiatrique intégrée. Là encore, l'objectif semble ne pas être pleinement atteint.

Le PMT a donc posé des constats clairs, comme le manque de coordination pour la prise en charge des urgences ou l'absence de solutions d'aval intégrées au parcours de soins. La réponse à ces constats est pour l'instant plutôt mitigée. Ce sont peut-être le défaut de lisibilité de ces outils de planification pour les acteurs de santé publique et le manque de cohérence entre le SROS et le PMT qui expliquent ces résultats.

### **1.3.2 Les outils de l'établissement**

#### **A) Le projet d'établissement**

Le projet d'établissement est un document interne aux établissements publics de santé. Son rôle est de définir la politique générale et d'exposer les axes de développement de ces établissements. Chaque hôpital doit ainsi planifier ses objectifs à moyen terme, ainsi que les moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Il est composé de plusieurs sous-projets, comme le « projet de prise en charge des patients », le « projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation », le « projet social » et le « projet médical ». Il doit être compatible avec les objectifs régionaux fixés par le SROS, et définir la politique de l'établissement en matière de coopération et de participation à des réseaux de santé. Elaboré pour une période de cinq ans au plus, il fait l'objet d'une délibération du conseil de surveillance. C'est au sein du projet médical que la politique générale de l'établissement et ses axes stratégiques sont définis.

Le CHCP est actuellement en période transitoire : son actuel projet d'établissement (2006-2011) arrive à terme, et son nouveau projet est en cours de préparation. Le bilan

de l'actuel projet médical en terme de réponse aux besoins évalués est nuancé. Des progrès indéniables ont été accomplis en matière de traitement de l'urgence, de la précarité, ou encore de la gérontopsychiatrie. Restent en suspens la question de l'aval à l'hospitalisation et du rapport avec le secteur médico-social, ou encore de la structuration d'activités comme la prise en charge des étudiants, ou la valorisation du travail universitaire.

Les axes du prochain projet médical (2012-2017) sont arrêtés. Répondant aux problèmes actuellement rencontrés par le CHCP, nombreux sont ceux dont la réalisation passe par des actions de coopération. Ainsi, l' « urgence psychiatrique et son organisation » pose le problème de la répartition des moyens d'accueil. Le CHCP dispose d'un service d'accueil des urgences (SECOP), dont le fonctionnement et l'accueil des patients résidant sur des secteurs pris en charge par le CH de Cadillac peut poser quelques soucis. Qui plus est, le CHCP est engagé dans une politique de coopération avec des hôpitaux généraux, afin que les patients victimes de maladies mentales se présentant en urgence dans ces hôpitaux bénéficient sur place d'une première prise en charge psychiatrique. Ces deux axes sont cependant à améliorer, à l'instar du « développement de la psychiatrie de liaison ». Pour faire face à la question de l'aval des hospitalisations, « la structuration d'une offre coordonnée de réhabilitation psychosociale » est une voie qu'il conviendra de suivre. « La création d'une unité de moyen et long séjour psychiatrique » fait aussi partie des solutions à explorer. De même que « la mise en cohérence et le développement de la gérontopsychiatrie » est indispensable pour faire face aux problèmes croissants posés par des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques comme somatiques. « Les soins aux plus démunis » et « la création d'un niveau III en addictologie » sont l'exemple de filières particulières de soins pour lesquelles la demande est présente, dont la réponse ne peut être apportée que par un travail avec les acteurs déjà présents.

Traitement des situations d'urgence, structuration des solutions d'aval et développement de filières spécifiques (personnes âgées, précaires, dépendantes...) forment les trois questions majeures posées au CHCP auxquelles il devra répondre ces prochaines années.

#### B) Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Négocié avec la tutelle (l'ARS), le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prévoit pour cinq ans les objectifs de l'établissement et leurs ressources. Comme tout contrat, il doit envisager des pénalités en cas de non exécution ou d'inexécution partielle. Concordant avec le SROS et avec le projet d'établissement, il détermine les orientations

stratégiques de l'établissement. Figurent notamment dans le CPOM les engagements pris par l'établissement en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

Signé en 2008, le CPOM du CHCP prévoit des actions de coopération très précises. La première consiste en la création d'une unité spécialisée en gérontopsychiatrie dans les locaux mis à disposition par le CHU de Bordeaux au sein du pôle de gérontologie clinique. Cet objectif a été atteint. En matière de coopération, la seconde obligation conclue est la création d'un hôpital de jour de six places de psychiatrie périnatale et d'un pôle de consultations spécialisées au sein de la maternité du CHU de Bordeaux (site de Pellegrin). Là encore, cet objectif est en passe d'être atteint. Vingt lits de pédopsychiatrie pour enfants et adolescents des secteurs du CHCP et du CH de Cadillac doivent être créés. Cet équipement commun aux deux hôpitaux psychiatriques de Gironde sera bientôt construit. Les personnes précaires font l'objet d'une action précise : le renforcement d'une équipe mobile spécialisée en psychiatrie travaillant en coopération avec le SAMU social afin d'aider à l'identification des besoins et à l'orientation ou l'accompagnement des personnes vers les CMP. Cette équipe existe désormais, et le travail de mise en réseau des acteurs a commencé. Les équipes de liaison font aussi partie des obligations auxquelles est tenu le CHCP, en matière d'addictologie comme d'urgences. Le développement de ces équipes de liaison dans les établissements MCO situés sur les secteurs de CHCP n'est pas achevé. En effet, le dispositif en place à la Clinique Mutualiste de Lesparre, n'est pas encore pleinement satisfaisant.

Le Centre Hospitalier Charles Perrens évolue donc dans une situation positive (nombreuses activités, recrutements aisés, finances stables...). Le territoire sur lequel il se trouve, en croissance démographique constante, lui impose cependant une action chaque année plus efficace. Cette amélioration de l'offre, dont les points les plus pressants sont la réponse aux situations d'urgence, la structuration de filières d'aval à l'hospitalisation et le développement de prises en charge spécifiques ne pourra se faire sans le concours des autres acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire. La politique de coopération est donc une des clés de la stratégie de développement et de réponse aux besoins de santé publique du CHCP. Voyons quel est l'état actuel de ces coopérations.

## **2 Etat actuel des coopérations : une politique ancienne insuffisamment structurée**

Le Centre Hospitalier Charles Perrens dispose d'un large éventail de coopérations, qui lui permet de répondre en partie aux besoins qui s'expriment (2.1). Le problème de ce portefeuille de coopérations est peut-être justement son ampleur, qui laisse douter de la pertinence de certaines actions et de la capacité du CHCP à en assurer le suivi et l'évaluation (2.2).

### **2.1 Des coopérations éprouvées**

Dire que le CHCP est confronté à des problèmes dont la solution se trouve notamment dans une politique de coopération avec les autres acteurs locaux ne signifie pas que rien n'a été fait jusqu'à présent. Bien au contraire, il existe déjà de solides et anciennes coopérations.

#### **2.1.1 Avec le secteur sanitaire, des partenaires bien connus**

A) Le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux : des partenariats de complémentarité

Par sa proximité géographique, les complémentarités naturelles qui se nouent entre un établissement psychiatrique et un établissement général, ou encore la présence d'universitaires au Centre Hospitalier Charles Perrens, le CHU de Bordeaux est un partenaire incontournable du CHCP.

Une convention cadre a d'ailleurs été signée entre les deux établissements le 11 octobre 2007, à la suite d'un protocole de développement des complémentarités médicales (26 janvier 2005). Cette convention a pour objet de définir les pans ouverts à la coopération entre ces hôpitaux : médicaux, médico-techniques, logistiques. Le texte ne fixe pour autant aucun objectif concret en terme d'intégration entre les deux hôpitaux.

##### *a) La psychiatrie d'urgence*

La prise en charge des situations d'urgence a fait l'objet d'une convention liant le CHCP au CHU de Bordeaux et à l'Union régionale des médecins libéraux le 2 novembre 1998. Il s'agissait pour le CHU, établissement MCO, de pouvoir apporter une réponse aux

patients présentant des troubles psychiatriques dans ses services d'urgences générales. Pour le CHCP, cette prise en charge de l'urgence hors ses murs était un moyen d'éviter une partie des transferts et hospitalisations qui s'effectuent depuis les services d'urgences générales. Cette convention fixe la présence d'un psychiatre du SECOP dans les services d'accueil d'urgence (SAU) du CHU six demi-journées par semaine, les gardes étant assurées par le psychiatre de garde du CHCP ou les médecins libéraux signataires.

Tous les jours y compris les dimanches et jours fériés, le CHCP met à disposition de l'hôpital Saint-André (site du CHU situé en centre ville de Bordeaux) des médecins de 9H00 à 13H00 et des infirmiers de 9H00 à 17H00, et des infirmiers aux mêmes horaires à l'hôpital Pellegrin (site principal du CHU, situé à côté du CHCP). Compte tenu de la proximité géographique, des médecins sont envoyés ponctuellement aux urgences de Pellegrin, sur demande du service. Cette psychiatrie d'urgence fonctionne bien à Saint-André, mais pose quelques problèmes à l'hôpital Pellegrin, du fait de l'absence de médecins en continu. Le concours des médecins libéraux à ce système de prise en charge des urgences s'est révélée être un échec. Ceux-ci n'y participent plus.

Le bilan de cette coopération s'avère néanmoins positif. Du point de vue de la gestion des urgences, il apparaît que les admissions de patients envoyés par les services d'urgence du CHU ont diminué. Les troubles psychiatriques ne nécessitant pas de transfert au CHCP sont directement réglés aux urgences somatiques. Qui plus est, les admissions inadéquates, qui demandent en premier lieu un bilan somatique, ont elles aussi reculé. C'est par exemple le cas des patients atteints de confusion, ou ayant tenté de se suicider. Cet effet n'a toutefois pas été mesuré, il ne s'agit donc que d'un ressenti. Au-delà de ce résultat, cette coopération a permis d'engager un dialogue entre les équipes médicales d'urgence des deux établissements. La psychiatrie, parfois mal connue des médecins somaticiens, a en effet des complémentarités directes avec les autres disciplines médicales (neurologie, gériatrie...). Ces complémentarités sont désormais mieux cernées, une meilleure connaissance réciproque est née de cette coopération.

#### *b) L'unité intersectorielle de gérontopsychiatrie*

Des complémentarités entre la prise en charge somatique des personnes âgées et celle des troubles psychiatriques de ces personnes, qui souvent s'additionnent, doivent exister. C'est pourquoi une Unité intersectorielle de gérontopsychiatrie (UISG) a été créée par le CHCP au Centre de moyen et long séjour Henri Choussat du CHU de Bordeaux. La convention constitutive du 22 octobre 2007 prévoit que cette unité de vingt lits d'hospitalisation complète de court séjour en gérontopsychiatrie est placée sous la

responsabilité médicale du CHCP, et que ses personnels, notamment soignants, relèvent de l'établissement psychiatrique. Les équipements hôteliers et informatiques sont mis à disposition par le CHU. Les admissions ne peuvent concerner que des patients en situation d'hospitalisation libre, sur demande des psychiatres des secteurs du CHCP. Cette unité est « intersectorielle » : rattachée à un pôle (5/6) pour des raisons pratiques, ce sont en fait tous les patients âgés du CHCP qui peuvent s'y faire hospitaliser, sans distinction de secteur de résidence. Les fonctions médico-techniques et logistiques devaient être assurées par le CHU contre paiement du CHCP, mais un terme a été mis à ces dispositions. Le dispositif prévu dans la convention pour un travail médical commun se limite pour les médecins gériatologues du CHU à assurer la permanence des soins en cas d'urgence.

Ce projet d'UISG située sur le site gériatrique du CHU afin de bénéficier de complémentarités médicales somatiques et psychiatriques, concrétisé en 2007, datait en fait d'une quinzaine d'année. Ce sont un professeur de psychiatrie et un professeur de gériatrie qui eurent l'idée de localiser sur le site gériatrique du CHU une unité psychiatrique, afin de développer une prise en charge plus globale des personnes âgées. Les délais entre la conception du projet et sa concrétisation tiennent à plusieurs facteurs. La question du rattachement d'une unité intersectorielle à un pôle du CHCP posait notamment problème : comment justifier l'affectation de moyens sectoriels (ceux du pôle 5/6) à une activité spécialisée, dont tous les pôles et secteurs bénéficient ? Cette question a été réglée par la création d'une unité sectorielle supplémentaire dans le pôle. Il est à noter que les deux tiers des patients de l'UISG n'avaient jamais eu de contact avec la psychiatrie avant leur hospitalisation. Les patients suivis au long cours par le CHCP continuent en effet d'être soignés dans les pôles correspondant à leur secteur de résidence. Les synergies psychiatrie – gériatrie, deux ans après l'ouverture de l'unité, ne semblent pas aussi importantes qu'espérées. L'accès des patients âgés du CHCP aux soins somatiques et au plateau technique du CHU ne s'est pas amélioré. Il n'existe pas de formalisation des liens entre les équipes médicales de psychiatrie et de gériatrie (pas de staff commun...). Dès lors, les complémentarités médicales restent dépendantes des rencontres ponctuelles et des personnalités. Le changement de responsables médicaux entre les origines du projet et sa réalisation explique peut-être en partie ces résultats mitigés. Mais surtout, il est assez illusoire de croire que la situation géographique suffit à engendrer un travail en commun. Elle peut effectivement faciliter le contact entre professionnels, mais ne dispense pas d'une formalisation de travail de liaison, ou de mise à disposition de temps médicaux.

### *c) La psychiatrie périnatale*

Certaines mères connaissent à la suite de l'accouchement des troubles d'ordre psychiatrique. Pour y répondre, la mise en place d'une psychiatrie périnatale, destinée aux mères venant de mettre leur enfant au monde, s'est faite par étapes. Sur une période d'environ vingt ans, la rencontre de l'expression de besoins et de personnes concernées par ces questions a permis le développement d'une coopération entre le CHCP et le CHU. Des vacations de médecin psychiatre ont d'abord été assurées à la maternité du CHU. Puis une véritable psychiatrie de liaison a été instaurée à la maternité en 1999. Un hôpital de jour spécialisé en psychiatrie périnatale est actuellement en cours d'ouverture au sein du CHU. C'est pour des patientes qui n'ont jamais eu de contact avec la psychiatrie que cet HDJ, situé hors du cadre hospitalier psychiatrique, est ouvert. En parallèle, quatre lits et quatre places de jour spécialisés en psychiatrie périnatale furent créés au CHCP (2003). Ce dispositif, interne au CHCP, est surtout destiné aux patientes déjà suivies d'un point de vue psychiatrique.

Les besoins de soins psychiatriques des mères sont donc progressivement pris en charge. Le dispositif mis en place a pris de l'ampleur au fil des ans, grâce à l'implication des personnes. A la différence de l'UISG, la formalisation des coopérations médicales a précédé l'installation physique de services d'un établissement au sein d'un autre. Les résultats obtenus n'en semblent que meilleurs.

### *d) La pédopsychiatrie universitaire*

Deux conventions lient le pôle de pédopsychiatrie universitaire CHCP et le CHU de Bordeaux en matière de pédopsychiatrie. La convention du 18/12/1998 prévoit la création d'une équipe de liaison, l'« unité fonctionnelle de psychiatrie de liaison en pédiatrie ». Il s'agit essentiellement d'assurer des consultations de pédopsychiatrie dans les services de pédiatrie du CHU, et de mettre en place un système d'astreinte téléphonique. Le CHCP s'est engagé à mettre à disposition de cette unité du temps de praticien hospitalier ou chef de clinique, d'interne et de secrétaire médicale ; le CHU s'est engagé à rembourser au CHCP l'équivalent de trois vacations hebdomadaires de médecin spécialiste. Cette coopération donne des résultats satisfaisants.

La convention du 30 janvier 2003 a permis l'approfondissement de cette coopération, en créant un Centre de consultation polyvalente de l'enfant et de l'adolescent (CCPEA), et un Service universitaire d'hospitalisation pour enfants et adolescents (SUHEA). Ces services sont situés à l'hôpital pédiatrique du CHU (le Centre Jean Abadie). Le SUHEA, service du

CHU, dispose de dix lits d'hospitalisation complète et cinq places de jour. La participation du CHCP au fonctionnement de ce service consiste en la mise à disposition de personnels médicaux psychiatriques. Le Professeur Bouvard, chef du pôle de pédopsychiatrie universitaire du CHCP, est responsable médical du SUHEA. Il alterne cette responsabilité avec le Docteur Pommereau (CHU) pour le CCPEA. La filière pédiatrique s'est donc organisée afin de limiter le clivage entre soins somatiques et psychiatriques.

#### *e) L'addictologie*

Historiquement, l'addictologie est un domaine partagé entre le CHCP et le CHU de Bordeaux. Ainsi, le CHCP était spécialisé dans la prise en charge de la toxicomanie et le CHU dans celle de l'alcoolisme et en tabacologie. La convention signée entre les deux établissements le 18 octobre 2000 a créé une équipe de liaison en addictologie. Il s'agissait d'assurer les conditions d'un travail en commun entre les équipes du CHU et celles du CHCP. C'est ainsi que des locaux communs furent mis à disposition de ces équipes. De plus, l'intervention des équipes au sein des services des deux hôpitaux devait être facilité par la création d'un numéro de téléphone unique. Par ailleurs, un programme de formation sur la prise en charge des conduites addictives en milieu hospitalier devait être mis au point et proposé par les membres de ces équipes.

L'idée qui présida à la signature de cette convention était donc celle d'un décloisonnement entre les différentes spécialités de l'addictologie. Il s'agissait, grâce à la création d'une équipe mobile commune à tous les types d'addiction, de s'occuper des patients ailleurs que dans les services spécialisés. De plus, des actions de dépistage purent être menées, en allant au devant de patients hospitalisés dans d'autres services que l'addictologie. Etre en contact avec les services somatiques et psychiatriques non spécialisés en addictologie est primordial pour les addictologues. En effet, un certain nombre d'hospitalisations sont liées à des conduites addictives (traumatologie, hépatologie, oncologie...). Cette équipe mobile, si elle a connu des évolutions vis-à-vis de la lettre de la convention, a malgré tout accompli sa mission. En effectuant des repérages dans les services d'urgence, en ne prenant pas en charge directement mais en prodiguant des conseils aux équipes des services où se trouvent des patients dépendants, des gains de temps ont été réalisés. Les patients ont ainsi bénéficié d'une prise en charge de leur problème d'addiction plus rapidement, dès leur passage à l'hôpital pour d'autres problèmes que celui-ci.

B) Coopérer entre établissements psychiatriques : le Centre Hospitalier de Cadillac

a) *Une complémentarité indéniable*

Comme évoqué plus haut, le découpage sectoriel de la Gironde a conduit à séparer en deux une aire urbaine majeure, la CUB. Les secteurs de prise en charge psychiatrique de l'agglomération bordelaise, et de la ville de Bordeaux elle-même, sont rattachés qui au CHCP, qui au CH de Cadillac. Il ressort de cette scission des complémentarités naturelles, et un évident besoin de coopération entre les deux établissements. Par ailleurs, les personnels de ces deux hôpitaux ont noué des relations qui pourraient faciliter la coopération. En effet, la plupart des médecins ont été formés à l'université de Bordeaux et se connaissent de longue date. De même, les directeurs et membres des équipes de direction, appartenant à un corps de la fonction publique aux effectifs limités (environ 2 500 personnes) et tous passés par l'Ecole Nationale de Santé Publique (désormais Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), font partie d'un réseau professionnel dense. Réseau d'autant plus solide qu'en Gironde, la mobilité professionnelle est limitée.

Pour autant, les objets de coopération entre ces deux établissements professionnellement et géographiquement proches ont jusqu'à présent été restreints. Seule la question de la prise en charge des situations d'urgence a fait l'objet d'une convention. Le découpage sectoriel particulier de la Gironde, qui divise Bordeaux et son agglomération en deux, est sans nul doute l'explication de l'existence de cette coopération. En effet, bon nombre de patients bordelais ou habitant la CUB se rendent directement ou sont conduits au SECOP, seul lieu d'accueil des urgences psychiatriques de l'agglomération, même si leur adresse les destine à une prise en charge au CH de Cadillac. La convention du 16 avril 1996, modifiée le 9 octobre de la même année, acte le fait que les patients bordelais relevant du CH de Cadillac sont souvent conduits à se présenter au CHCP. Une limite de vingt-quatre heures est fixée à leur séjour au SECOP, avant transfert au CH de Cadillac. Le CH de Cadillac met à disposition du SECOP un ETP de secrétaire médicale.

Il apparaît à l'usage que cette convention donne des résultats satisfaisants. Le délai de vingt-quatre heures maximales avant transfert des patients du SECOP au CH de Cadillac est malgré tout fréquemment dépassé, sans que cela donne lieu à un suivi systématique. Dans les faits, ce délai, bref en comparaison du temps de la prise en charge psychiatrique, a été fixé pour limiter les situations de suroccupation jadis rencontrées. Le SECOP ne dispose que de onze lits, et il était monnaie courante de devoir installer des lits d'appoint ou de réaliser des transferts dans d'autres établissements pour faire face à

l'afflux de patients. La formalisation de la coopération avec le CH de Cadillac, comme les actions de psychiatrie de liaison et d'urgence avec des hôpitaux généraux, ont permis de réguler en partie l'activité de ce service d'urgence. Mais tant que le manque de solutions d'aval à l'hospitalisation subsistera, au CHCP comme au CH de Cadillac, la faible rotation sur les lits d'hospitalisation conduira le SECOP à connaître des situations de « surchauffe ». A l'instar du CHCP, le CH de Cadillac peine en effet à s'assurer une bonne disponibilité de lits d'hospitalisation. Les taux d'occupation de ses unités peuvent atteindre 103%.

#### *b) Des difficultés à coopérer*

Aucune coopération n'avait été mise en œuvre entre le CHCP et le CH de Cadillac depuis la convention régulant l'accès au SECOP. Mais un accord-cadre est en cours de discussion entre les deux établissements, à l'initiative du CH de Cadillac. Son but est d'affirmer les complémentarités entre les deux établissements, et de renforcer les relations de coopération. Les axes de coopération à développer selon le projet de texte sont prioritairement liés au soin. Il s'agit de la prise en charge des adolescents, des détenus, des situations d'urgence, des conduites addictives, et des patients au long cours.

Cet accord cadre appelle plusieurs commentaires. En premier lieu, l'occasion qui se présentait de réaliser un projet médical commun n'a pas été saisie, alors que les deux établissements sont en cours de renouvellement de leur projet d'établissement. Dès lors, la volonté de coopération entre les deux établissements ne doit pas être surestimée. Par ailleurs, tous les axes potentiels de coopération n'ont pas été abordés. Les axes logistiques, techniques et administratifs, par exemple, ont été évacués. Pourtant, l'on sait que dans un contexte prévisible de rationalisation des lignes de garde pharmaceutiques, ou encore de groupement des fonctions d'achats, de larges champs de coopération existent. Le CH de Cadillac se trouve en réalité dans une situation particulière, qui explique peut-être le sentiment de difficulté à construire des partenariats avec le CHCP. Il est en quelque sorte tourné dans deux directions différentes. S'il continue d'affirmer sa volonté de coopération avec le CHCP, il n'en est pas moins engagé dans une relation de partenariat avancée avec le CH Sud Gironde (issu de la fusion entre les CH de Langon et La Réole), contradictoire avec l'ouverture sur la CUB, où se trouvent la majorité de ses patients. Dix-neuf conventions lient ces deux établissements, qui ont par ailleurs créé un groupement d'intérêt public pour exploiter en commun une blanchisserie.

L'avenir des relations entre le CHCP et le CH de Cadillac n'est donc pas tracé. D'autant que par le passé, des tentatives de rapprochement ont déjà échoué. C'est peut-être la dynamique lancée par la loi HPST et la création des groupements de coopération sanitaire (cf. infra) qui donnera une suite concrète au projet d'accord cadre. Un appel à projet a en effet été lancé par l'ARS, et les deux hôpitaux ont prévu d'y répondre ensemble. Les activités de soins citées dans l'accord cadre feraient donc l'objet d'une coopération renforcée. Il est intéressant de noter que c'est le CH de Cadillac qui a pris l'initiative de cette relance des coopérations entre les deux établissements et qu'il semble, pour des raisons tenant sans doute à sa situation particulière (éloignement de la ville centre), le plus pressé de les concrétiser.

### C) Les autres partenaires : la prédominance de la psychiatrie de liaison

La coopération avec les autres partenaires du CHCP concerne en premier lieu la psychiatrie de liaison. Les hôpitaux MCO ne disposant en général pas de moyens humains en matière de psychiatrie, ils sont en effet demandeurs de présence psychiatrique. Pour eux, il s'agit de faire face à deux types de situation : la présence de patients pour qui maladie somatique ne signifie pas absence de troubles mentaux, et l'arrivée dans les services d'urgence de patients relevant de la psychiatrie. Mais ce bénéfice n'est pas à sens unique : pour le CHCP, subvenir aux besoins psychiatriques dans les hôpitaux généraux revient à limiter l'afflux de patients dans ses murs. Dans un contexte de tension sur les lits d'hospitalisation comme d'urgence, toute action visant à limiter cet afflux de patients est positive. Permettant un meilleur fonctionnement mutuel des structures MCO et psychiatrique, la psychiatrie de liaison est l'une des coopérations les plus avantageuses à mettre en place.

Outre le CHU (périnatalité, pédopsychiatrie, addictologie), le CH d'Arcachon et la Clinique Mutualiste de Lesparre sont les principaux partenaires du CHCP en matière de psychiatrie de liaison. Le CHCP est présent au CH d'Arcachon depuis 1994 grâce à son équipe de liaison. Un demi ETP de psychiatre, 25% d'ETP de psychologue, deux ETP d'infirmiers et un ETP de secrétaire sont sur place, pour assurer une prise en charge de premier recours aux patients du CH d'Arcachon. Les résultats de cette coopération sont positifs. Les hospitalisations au CHCP de patients en provenance de cet établissement ont diminué grâce à la mise en place de la convention. Il s'agit en quelque sorte d'un filtre, limitant les transferts de patients aux situations les plus difficiles. D'ailleurs, ces transferts sont beaucoup plus nombreux lorsque le praticien hospitalier du CHCP n'est pas présent au CH d'Arcachon. Cet effet n'a toutefois pas été précisément évalué. Des écueils sont malgré tout rencontrés quant à la mise en œuvre quotidienne de la convention. Bien que

le texte prévoit les aspects pratiques de l'installation des équipes du CHCP au CH d'Arcachon (bureaux...), ces questions semblent être un point d'achoppement régulier entre les deux établissements. Par ailleurs, se posera à brève échéance la question de l'évolution de cette coopération, dans le cadre du partenariat du CH d'Arcachon avec la clinique de cette ville. Pour les équipes déployées hors du CHCP, ces questions sont symptomatiques d'une certaine tendance à considérer les équipes de liaison comme de simples prestataires de services. D'un point de vue plus général, c'est l'outil conventionnel, dont la souplesse comporte des avantages, mais sans doute aussi des inconvénients, qui pose question. Efficace pour encadrer une coopération naissante, il se révèle parfois insuffisant quant au suivi de cette action.

La Clinique Mutualiste de Lesparre, seul établissement MCO du Médoc, ne dispose pas d'une véritable équipe de liaison en psychiatrie formalisée. Les ressources internes de cet établissement et la présence d'un médecin psychiatre du CHCP quatre fois par semaine pour une durée de deux heures constituent l'ensemble du dispositif, avec en théorie l'envoi d'un psychiatre en cas d'urgence. Les autres établissements généraux présents sur les secteurs de prise en charge du CHCP (polyclinique Bordeaux Nord, clinique Wallerstein à Arès) n'ont pas formalisé de coopération en matière de liaison avec la psychiatrie.

### **2.1.2 Avec les associations, des thématiques de coopération ciblées**

#### A) La particularité locale de la pédopsychiatrie

Les associations tiennent une place particulière dans le dispositif girondin de prise en charge des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiatriques.

##### *a) Une délégation de service public*

Deux associations, « Rénovation » et « OREAG » (Orientation et rééducation des enfants et des adolescents de Gironde) sont solidement implantées dans la prise en charge psychiatrique des enfants et adolescents. La période ouverte dans les années 1960, qui vit naître les courants anti-institutionnels en psychiatrie, se définit par une prise de distance vis-à-vis de l'outil hospitalier traditionnel. Face à un hôpital psychiatrique encore marqué par une certaine tradition d'enfermement des patients, des personnalités bordelaises ont décidé de créer des associations promouvant un autre mode de prise en charge des enfants et des adolescents. Ces associations ont créé des structures de ville chargées d'assurer un suivi régulier des jeunes patients notamment via des consultations

médicales et paramédicales. Ces structures, comparables aux CMP hospitaliers, se sont intégrées au dispositif extrahospitalier du CHCP. Une convention lie le CHCP à l'association Rénovation depuis 1977. Réécrite en 1997 puis 2003, elle met en place une véritable délégation de service public. Datant aussi de 1977, la convention avec l'OREAG a pareillement subi de nombreuses modifications. Prenant acte du fait que la structure associative avait créé des structures de consultation comparables à des CMP, le CHCP n'a pas fondé ses propres CMP pédopsychiatriques sur les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. C'est l'association qui gère les CMP, pour le compte du CHCP. Ce n'est pas le cas pour les hôpitaux de jour, qui dépendent complètement du CHCP.

#### *b) Un fonctionnement parfois difficile*

Nées du constat que des associations avaient précédé l'hôpital dans son ouverture sur la ville, ces coopérations ont nécessité certains accommodements pour fonctionner correctement. La cohérence médicale, notamment, n'était pas assurée par cette séparation juridique entre les services hospitaliers et les CMP. C'est pourquoi les médecins hospitaliers responsables des deux pôles de pédopsychiatrie sont aussi responsables médicaux des associations gestionnaires de CMP. Le CHCP met à disposition de l'association des locaux, une partie des personnels soignants étant salariés par l'association. Des problèmes plus prosaïques, comme le recueil de l'activité, se sont posés. Dans les faits, l'activité des CMP gérés par Rénovation et OREAG n'était pas comptabilisée par le CHCP, bien que réalisée en bonne partie grâce à ses moyens. La gestion des ressources humaines n'a pas non plus été toujours évidente. Faire travailler ensemble des personnels relevant pour une part de la fonction publique, et pour l'autre d'une convention collective a pu créer des situations complexes. Dans le cadre de la coopération avec l'association OREAG, l'intervention de la MEAH (Mission d'évaluation et d'audit hospitalier) a permis d'élaborer un guide de fonctionnement des CMP infanto-juvéniles. Ces problèmes dépassés, le fonctionnement de ces coopérations est malgré tout satisfaisant. Elles ne répondent cependant pas à un besoin spécifique, mais à une situation locale et historique particulière. Leur subsistance a beaucoup dépendu de la dimension notabiliaire des fondateurs de ces associations, et leur plus-value est discutable.

#### **B) Les personnes précaires et handicapées**

Si les plus fortes coopérations avec des associations concernent la pédopsychiatrie, il ne s'agit pour autant pas du seul domaine qui connaît ce type de partenariat. La question de la précarité fait aussi intervenir des acteurs associatifs. En effet, la prise en charge de

personnes en situation de précarité peut être qualifiée de pluridisciplinaire : les aspects médicaux et sociaux sont indissociables. C'est pourquoi le Centre Hospitalier Charles Perrens s'est engagé dans une action de coopération avec l'association « Le Prado 33 », afin de créer une équipe mobile psychiatrie-précarité. Les aspects médicaux comme sociaux des personnes précaires sont pris en charge par cette équipe. Des conventions avec le Diaconat ont aussi pour but d'associer les efforts sanitaires et associatifs pour améliorer la prise en charge des personnes précaires. Le CHCP met à disposition de cette structure un bâtiment permettant en période hivernale d'accueillir quinze personnes, afin de leur offrir un toit, mais aussi un accueil, des soins et de leur proposer des actions de réinsertion sociale et de prévention.

Les personnes handicapées, dont la prise en charge ne saurait être que sanitaire font aussi l'objet de conventions avec le secteur associatif. Le CHCP et l'association « Espoir 33 » ont créé un service d'accueil de jour avec soutien médicalisé (le « Club Delord ») afin de favoriser le retour et le maintien à domicile de ces personnes. Ils ont aussi mis en oeuvre un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés et des appartements destinés aux personnes handicapées psychiques.

### **2.1.3 La participation naissante à des réseaux**

Les réseaux de santé servent à structurer la prise en charge d'une pathologie particulière, en dépassant les clivages liés aux structures. En effet, les patients peuvent être pris en charge par des professionnels libéraux, des établissements de santé, des établissements médico-sociaux voire plus, sans que la continuité du parcours ne soit assurée. Pour faciliter les parcours de soin et assurer la continuité de la prise en charge, la constitution de réseaux peut être une solution efficace. Afin de disposer de la personnalité morale, les réseaux peuvent être constitués sous forme d'association, de groupement de coopération sanitaire, de groupement d'intérêt public ou économique. Le CHCP participe à ce type d'opération de coopération, qu'il y ait été associé ou qu'il ait participé à sa création.

#### **A) Le réseau périnatalité**

Le CHCP fait depuis peu partie du réseau aquitain sur la périnatalité. Organisé sous la forme juridique du groupement de coopération sanitaire, ce réseau met en relation tous les acteurs régionaux concernés par la thématique de la périnatalité (maternités, sages-femmes...). Le CHCP y est entré au titre des équipes de psychiatrie périnatales déjà actives, et y a vu une reconnaissance du travail effectué par ses équipes. Il est le seul établissement de santé membre ne disposant pas d'autorisation de gynécologie-

obstétrique, ce qui a d'ailleurs posé question à certains partenaires. L'objet de ce réseau est de créer du lien entre acteurs de santé et professionnels concernés par la question de la périnatalité. Il s'agit de mettre en œuvre des coopérations dans les domaines de la formation, la recherche, les actions de soins...

## B) Le réseau addictologie Gironde

L'addictologie a connu ces dernières années une redéfinition de ses frontières. Désormais, l'alcoologie, la toxicomanie et la tabacologie ne sont plus clivées comme elles le furent, et c'est même l'ensemble des addictions « nouvelles » (cf. jeux de hasard) qui fait l'objet d'une approche globale. Le « RESAG » (Réseau addictologie Gironde), qui regroupe deux réseaux préexistants (RENAP et Agir 33) a pour vocation de créer des interfaces entre spécialistes hospitaliers et médecins de ville. Le principe de fonctionnement de ce réseau est la mutualisation du fonctionnement des acteurs, tout en maintenant une certaine indépendance entre les différents types de spécialités d'addictologie. Le réseau structure le travail des médecins hospitaliers et de ville ainsi que des autres professionnels, et permet de sortir des dispositifs spécialisés. Il permet la réalisation de consultations avancées, à domicile, sans nécessiter le passage à l'hôpital. Des équipes pluridisciplinaires, composées d'un médecin, un éducateur et un assistant social effectuent des bilans pour évaluer la capacité des patients à rester à domicile, ou le besoin d'hospitalisation. Ces mêmes équipes effectuent des évaluations pour les patients en fin d'hospitalisation, dans le but de préparer au mieux leur sortie et la continuité de leur prise en charge. Ces équipes sont recrutées et financées par le réseau. Un coordinateur médical, médecin de ville assurant des demi-journées de praticien attaché au CHCP, assure la cohérence de l'ensemble du dispositif. Le réseau a un rôle important d'animation, proposant aux acteurs du secteur des formations et assurant un certain lien (annuaire...). L'effet est donc positif pour les patients, qui disposent d'une prise en charge intégrée, du domicile à la structure hospitalière. Les effets bénéfiques du réseau sont aussi ressentis par le CHCP, qui voit les hospitalisations limitées aux cas les plus graves, c'est-à-dire aux situations où la dimension hospitalière prend tout son sens.

## 2.2 Un portefeuille de coopérations cependant perfectible

Les coopérations menées par le Centre Hospitalier Charles Perrens sont donc nombreuses et concernent des domaines assez variés. Répondant souvent à des besoins de liaison avec le secteur MCO, leurs résultats sont pour la plupart probants. Pour autant, il semble que le CHCP ne dispose pas de véritable « politique de coopération », et qu'il s'est surtout agi jusqu'à présent de répondre à des besoins ou demandes ponctuels.

## **2.2.1 L'absence de véritable politique**

### **A) Le manque de planification**

Si les coopérations menées par le CHCP sont nombreuses et souvent fructueuses, une certaine impression de disparité saisit l'observateur. A un nombre non négligeable de coopérations justifiées et pertinentes, aux résultats probants, s'ajoutent des conventions liant cet hôpital à d'autres structures dont l'objet et l'utilité paraissent discutables. Les thématiques des conventions sont très différentes (équipes de liaison, mises à disposition de personnels, prestations...), souvent appropriées, mais bon nombre de conventions signées par le CHCP posent la question de leur justification.

Au final, ces conventions, qui ne se traduisent pas nécessairement par de véritables coopérations, entrent dans une logique de portefeuille de conventions, mais pas de véritable politique de coopération. Issu de la sédimentation de nombreuses conventions, ce portefeuille ne répond aux besoins du CHCP comme de la population de ses secteurs de prise en charge que de façon ponctuelle. Une véritable politique de coopération se traduirait sans doute par une réflexion sur les besoins présents, les partenaires adéquats, et les moyens judicieux de les faire se rencontrer. C'est en somme une politique planifiée de coopération qui fait défaut, comme le code de la santé publique en fait l'obligation dans le cadre du projet d'établissement.

### **B) Un suivi aléatoire**

L'étendue du portefeuille de coopération dont est détenteur le CHCP ne permet pas d'avoir de véritable suivi du contenu et de l'application des textes signés. Trop souvent, l'étude des conventions signées laisse apparaître des conventions anciennes, qui n'ont plus d'effectivité. D'autres conventions produisent toujours des effets, mais pas nécessairement ceux prévus initialement. Les interprétations faites du texte peuvent varier dans le temps, notamment au gré des changements de personnes (médecins, directeurs...). Il est assez fréquent que des moyens mis en œuvre se retrouvent détournés de leur objet initial, ou que l'on se rende compte que certains d'entre eux ne correspondent en réalité pas à ce qui avait été prévu. Le constat qui s'impose est que le devenir d'une convention est incertain s'il n'est pas prévu de suivi régulier, et surtout si celui-ci n'est pas effectif. Ce manque de suivi des coopérations engagées n'est peut-être pas étranger à l'unique cadre juridique usité, celui de la convention.

La plupart des conventions prévoient en effet des mécanismes de suivi. Généralement, il est prévu qu'un comité comprenant les parties prenantes (personnels médicaux, de direction) se réunisse à intervalles réguliers d'un an voire moins, dans le but d'évaluer le fonctionnement de la coopération. Dans les faits, ce type de comité se réunit assez rarement. Deux écueils sont souvent cités pour l'expliquer : le manque de temps, en comparaison du nombre de coopérations qu'il faudrait évaluer, et l'absence réciproque d'impulsion lorsque les choses se déroulent relativement bien. Dès lors que ces mécanismes ne suffisent généralement pas à assurer le suivi des coopérations (par manque de temps, d'envie), le constat qui s'impose est celui de leur insuffisance ou de leur inadaptation vis-à-vis du rôle qui leur est attribué.

### **2.2.2 Le risque d'éparpillement**

#### **A) Des partenaires ponctuels aux motivations variables**

Lorsque l'on s'interroge sur les raisons qui ont présidé à la signature de conventions, les éléments d'explication ne sont pas toujours évidents à trouver. Parfois, ils ne relèvent pas de ceux qui justifieraient l'engagement du CHCP (qui devraient être l'amélioration de la prise en charge des patients). Des critères d'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS), dans le cadre de la certification des établissements de santé, des objectifs fixés par le SROS, et dont l'ARS vérifie l'atteinte notamment à l'occasion des renouvellements d'autorisation sont par exemple d'indiscutables stimulants pour la signature de conventions. Mais si les textes signés peuvent faire office de documents preuves lors de visites de contrôle, ils ne suffisent pas à donner naissance à d'efficaces coopérations.

C'est donc la décision de s'engager dans une coopération qui ne fait parfois pas assez l'objet de réflexion. A fortiori quand des conventions sont sollicitées par des partenaires extérieurs, il paraît indispensable de réaliser de véritables études d'opportunité : pourquoi signer cette convention, quelle amélioration pour le parcours du patient, quels coût et intérêt pour le CHCP ? Si ces questions n'ont pas été systématiquement posées avant la signature des conventions, il est toujours temps de se les poser a posteriori (cf. infra).

#### **B) Un secteur médico-social trop peu sollicité**

Bien que partenaire incontournable du parcours de soin, comme solution d'aval à l'hospitalisation mais aussi en amont, comme pourvoyeur potentiel d'hospitalisations, le secteur médico-social est étonnamment assez peu intégré au portefeuille conventionnel du CHCP. Pourtant, les dernières réformes portées par la loi HPST et notamment la

création des ARS vont dans le sens d'un décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. Dans une optique de structuration de la filière psychiatrique, il paraîtrait souhaitable de construire de véritables relations de partenariat tant avec les MAS et FAM présents sur les secteurs du CHCP qu'avec les EHPAD, au regard du vieillissement toujours croissant des personnes prises en charge par le CHCP. Par ailleurs, la généralisation d'actions de liaison pourrait sans doute être une solution adéquate pour limiter les nombreuses hospitalisations en urgence de patients venant de ces établissements.

Là encore, la définition d'une véritable politique de coopération fait défaut au CHCP pour axer ses actions de coopération vers un secteur médico-social incontournable.

### **2.2.3 Une variété d'outils de coopération non utilisée**

La convention est jusqu'à présent le seul outil juridique utilisé par le Centre Hospitalier Charles Perrens pour encadrer ses coopérations. Pour souple qu'il soit, cet outil présente aussi des inconvénients, dont le manque de suivi n'est pas des moindres. Il existe toutefois d'autres moyens de coopérer, qui ont notamment été instaurés par la loi HPST.

#### **A) Les communautés hospitalières de territoire**

Les communautés hospitalières de territoire (CHT) ne peuvent être conclues que par des établissements publics de santé. Le but de cette structure est de mettre en commun certaines fonctions et activités via des délégations ou des transferts de compétences entre établissements. C'est une stratégie commune qu'il s'agit d'élaborer. Forme de coopération la plus intégrée, elle implique que chaque établissement ne puisse participer qu'à une CHT. Les établissements publics médico-sociaux peuvent y participer ; les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ex-participant au service public hospitalier) peuvent y être associés. La convention constitutive de la CHT doit contenir un projet médical commun aux établissements membres, et prévoir des transferts de compétences et d'activité. Une version plus intégrée de la coopération peut prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, ainsi que des comptes combinés.

Les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité MCO désignent l'établissement siège de la CHT. Ce qui laisserait entendre qu'une CHT ne peut être créée exclusivement entre établissements psychiatriques. Ce point n'est toutefois pas

précisément tranché, ce qui pose problème pour le CHCP. Il s'agit dans l'esprit du législateur d'organiser l'offre publique de soins sur un territoire, de manière graduée, dans une démarche de stratégie de groupe. Bien que disposant des moyens de contraindre des établissements à participer à une CHT, les ARS nouvellement créées ne semblent pas à l'heure actuelle enclines à y recourir. L'ARS d'Aquitaine ne déroge pas à ce constat. Il paraît en effet suffisamment difficile de faire coopérer des établissements ne le souhaitant pas, pour en plus leur demander de s'approprier la forme la plus aboutie de coopération.

## B) Les groupements de coopération sanitaire

Moins intégrée que la CHT, le groupement de coopération sanitaire (GCS) est le deuxième outil majeur de coopération proposé par la loi HPST. Bien que préexistant à ce texte, la dernière loi de réforme hospitalière en a précisé le fonctionnement, l'érigeant ainsi en outil de référence de la coopération. Les membres potentiels des GCS sont plus nombreux que ceux des CHT. Ainsi, peuvent y participer des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé, ou encore des professionnels libéraux. D'autres organismes peuvent en faire partie sous réserve d'autorisation par le directeur général de l'ARS, comme des associations.

La qualité juridique du GCS, qui est une personne morale, est publique ou privée selon la qualité de ses membres (majorité des apports ou des participations aux charges de fonctionnement). Les structures créées par le GCS sont souples, et créées par convention constitutive. Il s'agit d'une assemblée et d'un administrateur. Le GCS ne dispose pas nécessairement d'un capital, et les responsabilités et charges d'exploitation sont couvertes par les membres au pro rata de leur participation. Le GCS peut être employeur.

Le GCS de moyens a pour fonction de faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres. Son objet peut être de mutualiser des activités (médicales comme administratives, techniques, logistiques ou d'enseignement et de recherche), de réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun (scanner, laboratoire...), comme de permettre des interventions communes de personnels de différents établissements ou libéraux. Il est fréquemment utilisé pour créer un réseau de santé.

Le GCS peut se voir doter d'une autorisation d'activité de soins, auquel cas il devient un établissement de santé à part entière. Les règles classiques de fonctionnement de l'établissement public de santé s'appliquent alors.

La plus-value du GCS vis-à-vis de la convention est donc sans doute la présence d'un administrateur, qui assure l'animation constante de la coopération et sa pérennité. C'est un bon moyen de structurer une filière de prise en charge, en associant des partenaires de diverses natures.

L'expérimentation d'un GCS spécifique à la psychiatrie a été annoncée par le ministère de la Santé pour cet automne. Cet outil doit servir à assurer, sur une aire géographique donnée, la coordination des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. L'objectif de cette forme de GCS est d'aboutir à une meilleure lisibilité du parcours de soins. Adapté à l'échelle des territoires de santé, qui sont par ailleurs appelés à être redessinés, ce GCS de moyen a pour vocation de regrouper tous les acteurs du secteur (établissements spécialisés, médico-sociaux, professionnels libéraux, représentants d'usagers...). La prise en charge des situations d'urgence, la coordination avec l'offre de soins somatiques et l'articulation avec les acteurs du champ médico-social sont les trois thèmes prioritaires identifiés par le Ministère. L'urgence et l'aval à l'hospitalisation sont en l'occurrence deux problèmes majeurs auquel est confronté le CHCP. Cette même procédure est mise en œuvre pour l'expérimentation de GCS médico-sociaux (GCSMS). Ce type d'outil peut s'avérer intéressant, notamment dans le cadre de la réponse aux patients chroniques et à la structuration d'une filière d'aval.

Par ailleurs, le cahier des charges et l'appel à candidatures pour l'expérimentation de CHT ou de GCS de moyens sont désormais parus. Cet appel à projet donne lieu pour les dossiers de coopération retenus au versement de financements pour des études, de la formation et de l'accompagnement ; en aucun cas pour des dépenses d'exploitation ou de personnel pérennes. Les ARS doivent réunir et examiner l'ensemble des dossiers et en sélectionner certaines pour transmission au niveau national. La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) participent au choix final des projets retenus. Les critères de sélection de cet appel à projets, qui concerne les GCS mais aussi les CHT, sont la pertinence de la démarche de recomposition de l'offre de soins du territoire, la réalité de l'amélioration de l'accès aux soins, et la cohérence des regroupements d'activité opérés. Les dossiers de candidature doivent présenter les montages juridiques, organisationnels, stratégiques et financiers prévus, l'accompagnement social envisagé, ainsi que des aspects plus techniques de la coopération souhaitée (systèmes d'information...).

### C) Les autres outils

Si la CHT et le GCS sont devenus, avec la convention, les outils de référence en matière de coopération, ils ne sont pour autant pas les seuls. Ainsi, la *fédération médicale interhospitalière* (FMI) permet de regrouper des pôles d'activité clinique ou médico-technique de plusieurs établissements. Un praticien hospitalier coordonnateur est responsable de la FMI, aidé d'un cadre, d'une sage-femme ou d'un personnel soignant et d'un membre du personnel administratif. Le *groupement d'intérêt public* (GIP) regroupe des personnes morales de droit public ou privé. C'est une personne morale de droit public. Sa fonction est d'exercer en commun, sur une période limitée, des activités du domaine sanitaire et social comme des actions de formation, ou de créer et gérer des équipements ou services d'intérêt commun. Il ne peut pas être créé pour exercer des activités médicales. C'est un outil servant donc de support à des fonctions annexes aux soins. Le GIP est administré par un conseil d'administration, qui désigne un directeur. La durée limitée de cette formule et la lourdeur de son fonctionnement expliquent son faible succès. Le *groupement d'intérêt économique* (GIE), qui relève du droit privé (code du commerce), a pour utilité la mise en commun d'une activité économique. Le GIE a surtout pour objet de permettre des coopération public/privé. Une autre des caractéristiques de cet outil est la solidarité de ses membres quant aux dettes de la structure. Le *groupement européen d'intérêt économique* (GEIE) est assez comparable au GIE, avec une dimension européenne. L'avenir de ces formules anciennes de coopération peut être mis en question, à l'heure où les conventions, les GCS et les CHT sont mis en avant par les autorités.

Les coopérations menées par le Centre Hospitalier Charles Perrens sont donc nombreuses et associent des partenaires variés (hôpitaux généraux, psychiatriques, associations...). Elles répondent à des besoins pour l'essentiel partagés, et donnent des résultats convenables. Il semble toutefois qu'une vision plus globale de cette question permettrait de définir une politique de coopération plus rationnelle et efficace. Quels pourraient être les moyens d'y parvenir ?

### **3 Des voies d'amélioration à suivre**

La politique de coopération jusqu'à maintenant suivie par le Centre Hospitalier Charles Perrens compte donc à son actif des résultats indéniables. Elle présente toutefois des inconvénients, parmi lesquels le manque de planification et de suivi. Afin d'améliorer cette politique, il conviendrait de la structurer (3.1), et de lui donner des priorités en vue d'améliorer la prise en charge des patients (3.2). Cela ne se fera qu'au prix du dépassement de certains facteurs « irrationnels » (3.3).

#### **3.1 Structurer la politique de coopération**

Disposer d'une véritable politique de coopération suppose de lui fixer des objectifs (3.1.1), et d'en assurer le suivi (3.1.2).

##### **3.1.1 Se fixer des objectifs en matière de coopération**

###### A) Définir une politique dynamique

Quelle que soit l'opinion des acteurs du système de santé à ce sujet, les dispositifs sanitaire et médico-social sont engagés dans une phase de recomposition de l'offre, et d'accélération des opérations de coopération renforcée. A ce titre, la refonte par la loi HPST des outils de coopération (CHT, GCS), comme la créations d'ARS organisant de concert les secteurs sanitaire et médico-social témoignent d'une volonté des pouvoirs publics qui ne semble pas devoir se démentir. Ces points n'ont d'ailleurs pas suscité de levée de bouclier de la part de l'opposition parlementaire lors de la discussion de la réforme. Dès lors, la question qui se pose à un établissement comme le CHCP est de savoir s'il préfère anticiper et donc influencer la recomposition de l'offre, ou la subir. Si cet établissement qui représente une référence au niveau régional, notamment en raison de sa dimension universitaire, souhaite maintenir sa position, l'option à choisir est celle de la définition d'une politique volontariste de coopération. Sans quoi d'autres structures ou établissements profiteront davantage des évolutions à prévoir que le CHCP.

La définition et l'adoption d'une politique de coopération de cet ordre passe par une connaissance fine des actions déjà menées, mais aussi par une objectivation des besoins actuels et une anticipation de ceux à venir. Les tendances démographiques, les évolutions médicales, les variations juridiques sont à prendre en compte. Une politique de coopération doit en effet se demander quels sont et seront les besoins auxquels devra répondre l'hôpital, et dans quel environnement il devra le faire. Aucune opération de

coopération ne s'avère utile et donc justifiée en l'absence de besoin de santé actuel ou prévisible. Une règle à suivre lorsque le CHCP est sollicité par un partenaire potentiel est donc l'évaluation systématique des avantages que pourrait offrir, de ce point de vue, la signature d'un accord.

Cela pose la question de la méthode de mise en place des coopérations. L'observation des coopérations menées par le CHCP permet de se rendre compte que les plus efficaces d'entre elles sont axées sur la formalisation de collaborations professionnelles, auxquelles viennent éventuellement s'ajouter par la suite la création de structures ad hoc. C'est le cas de la coopération en matière de périnatalité avec le CHU. Partie d'une simple mise à disposition de temps médical, elle a abouti à la création de lits et d'hôpitaux de jour dédiés qui prouvent chaque jour leur efficacité. A l'inverse, une coopération comme l'UISG, avec le CHU, qui a prévu une implantation physique d'une unité dans un autre établissement sans véritables temps partagés est médicalement moins fructueuse. Le choix d'une bonne méthode, puis du bon outil juridique est donc indispensable à l'accomplissement d'une bonne coopération.

La politique de coopération constitue un élément stratégique de la politique de développement d'un hôpital. C'est d'ailleurs à ce titre que l'article L 6143-2 du code de la santé publique dispose que le projet d'établissement doit définir « la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'actions de coopération ». L'actuel projet d'établissement du CHCP ne traite pas de cette question. La phase de préparation du nouveau projet, dans laquelle est entrée cet établissement, doit être l'occasion de définir sa politique de coopération. Cette politique structurante ne peut se déterminer sans la volonté forte du Directeur, responsable de la conduite de l'établissement, et de son équipe, mais aussi des médecins et particulièrement du Président de la Commission médicale d'établissement (CME). L'objet des coopérations liant un établissement de santé étant avant tout médical (même pour ce qui est des coopérations logistiques, car elles conditionnent l'activité de soins), il ne peut être fait l'impasse sur l'association du personnel médical à la définition de cette politique. La rédaction du projet médical paraît s'imposer naturellement comme le moment de la réflexion avec les médecins. Mais des instances comme le Directoire, dont l'objet est justement de discuter de la gestion de l'établissement et d'apporter un éclairage médical au Directeur, sont aussi des lieux où la politique de coopération peut se construire. Le Directoire doit surtout, une fois la politique de coopération définie et le projet d'établissement adopté, assurer le suivi de la mise en œuvre de cette politique. En somme, la politique de coopération, élément désormais obligatoire, est un enjeu de développement pour les établissements publics de santé. Il s'agit donc de consacrer du

temps à sa définition, au regard des besoins actuels et prévisibles, et en association avec les acteurs médicaux.

#### B) Disposer d'une vision claire

Les établissements publics de santé disposent de la personnalité juridique, et définissent eux-mêmes leur politique, dans le cadre fixé par la planification de l'offre de soins. Pour autant, et la politique de coopération l'illustre parfaitement, il n'est plus possible d'agir en ignorant ce que font les autres partenaires. Il paraît impossible d'élaborer une politique de coopération sans savoir quels sont les axes de développement suivis par les hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux, associations ou groupements de professionnels libéraux du territoire. Ce rôle de rapprochement des acteurs du champ, de mise à jour des potentialités de coopérations avantageuses doit être tenu par une structure disposant d'une vision générale et d'une attitude « neutre ».

Les agences régionales de santé sont les institutions les mieux placées pour tenir ce rôle de guidage des établissements. Du reste, la loi charge les directeurs généraux d'ARS de susciter les évolutions de l'offre de santé sur les territoires. Ils disposent à cette fin de moyens variés, allant de l'incitation financière (crédits d'aide à la contractualisation et crédits du FMESPP, fonds de modernisation des établissements publics de santé) à la pénalité budgétaire. Encore jeunes, les ARS n'ont pas construit de discours clair quant à leur vision de la recomposition de l'offre, du moins en Aquitaine. Mais il sera de leur ressort de faire savoir aux établissements quels sont clairement leurs objectifs.

Une interrogation se pose en ce qui concerne la Commission régionale de concertation en santé mentale, instance consultative placée auprès des ex-ARH. Créée par décret du 6 mai 2005, son objet était notamment de favoriser la coopération des différents intervenants en santé mentale au niveau régional, de définir une politique régionale de santé mentale, et de permettre l'émergence d'un diagnostic sur les besoins et l'analyse de l'offre existante. Il semblerait que son existence fut de courte durée, puisque le CSP n'en fait plus mention (il y figurait avant la loi HPST à l'article R 3221-7). Il aurait pourtant été intéressant de disposer d'un tel outil, à l'heure où le paysage sanitaire et médico-social est appelé à profondément changer.

Le rôle de l'organisation planificatrice des soins pourrait être de fournir un espace de dialogue entre acteurs locaux, qui n'existe pas à ce jour. Des initiatives ont pourtant eu lieu. La DDASS (direction départementale de l'action sanitaire et sociale) de Gironde a ainsi animé pendant quelques années une réunion mensuelle entre les hôpitaux de

Libourne, Cadillac et le CHCP pour traiter des problèmes rencontrés dans l'application de la sectorisation. Un « Conseil local de santé mentale » a été créé sur proposition du pôle Bordeaux Santé Mentale du CHCP, pour réunir tous les acteurs locaux de ce domaine (hospitaliers, médecins libéraux, associations, collectivités...). Cet exemple pourrait être reproduit au niveau de chacun des secteurs de prise en charge du CHCP. La connaissance des autres acteurs du territoire est en effet un préalable indispensable à toute action d'évaluation des besoins et d'élaboration d'actions de coopération.

### **3.1.2 Assurer le suivi des coopérations**

#### **A) Connaître ses coopérations**

Il n'est pas rare que certaines conventions, signées quelques années auparavant, soient oubliées par les personnes. Dans le cas d'un oubli pur et simple, la conclusion à tirer est que l'objet de la convention n'était pas fondamental, et que les bonnes questions ne s'étaient sans doute pas posées en préalable à sa signature. Mais dans l'hypothèse d'une coopération dont l'utilité était avérée, cela peut conduire à recréer des dispositifs existants... La question est plus problématique lorsque les conventions ont donné lieu à de véritables coopérations, mais que l'application du texte a lentement dérivé jusqu'à ce que les acteurs ne sachent plus ce qui était réellement prévu. Il est donc important de s'assurer que toute convention signée est aisément consultable et classée de manière rationnelle. C'est une condition incontournable de son application ultérieure.

Une action à mettre en place au CHCP à ce sujet serait la numérisation de toutes les conventions signées, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, c'est une façon sûre de ne pas perdre la trace de certains documents, ce qui a pu arriver. Mais surtout, cette opération faciliterait grandement la consultation des conventions liant l'établissement. Actuellement, il est nécessaire de se rendre physiquement au secrétariat de la Direction des Affaires Médicales et Générales pour consulter une convention. L'on comprendra qu'un médecin ou un cadre intéressé par les dispositifs en place dans un domaine de sa compétence ne puisse effectuer cette démarche régulièrement. A fortiori lorsque la question se pose de manière concrète, durant une garde, par exemple. A l'inverse, un service de mise en ligne de la liste des conventions sur l'intranet, puis d'envoi numérique, voire de mise en ligne intégrale des conventions, permettrait une consultation facilitée des textes. Dès lors que leur lecture serait aisée, la connaissance de leur contenu et leur application au quotidien, sur le terrain, progresseraient sans nul doute.

## B) Evaluer ses conventions

Les raisons qui président à l'élaboration d'une coopération peuvent évoluer. De même, la réponse apportée à un besoin grâce à une coopération peut ne pas être satisfaisante. C'est pourquoi il est nécessaire d'évaluer à intervalles réguliers toute action de coopération. A l'intérieur de la structure hospitalière, il s'agit d'étudier la satisfaction des acteurs mettant en œuvre les coopérations. Leurs souhaits sont-ils satisfaits ? La prise en charge des patients est-elle meilleure ? Le fonctionnement du service public s'en trouve-t-il amélioré ? Ces questions doivent aussi être posées avec les partenaires extérieurs, notamment au regard du bilan de la coopération dressé en interne. Ces évaluations sont le seul moyen d'améliorer les actions de coopération en continu, et d'éviter que celles-ci ne fonctionnent plus ou ne soient améliorées que par à-coups.

Pour ce faire, il serait intéressant de disposer d'un outil adaptable à chaque action de coopération : une sorte de fiche synoptique de l'action étudiée, comprenant des indicateurs de réalisation des objectifs de la coopération. Ce qui suppose d'avoir réfléchi lors de la phase préalable à l'engagement dans une coopération aux objectifs concrets de l'action, et à la façon dont leur atteinte sera mesurée. Par ailleurs, ces indicateurs seraient un excellent moyen d'objectiver les effets positifs de certaines coopérations et donc d'évaluer l'opportunité de leur extension à d'autres secteurs et territoires. L'exemple de la psychiatrie de liaison est ici parlant : tous les acteurs de ces coopérations ressentent une baisse des hospitalisations en urgence au CHCP lorsque ces équipes fonctionnent, en comparaison aux moments où celles-ci ne travaillent pas (week-ends...). Savoir quel est l'effet réel de ces équipes aiderait le CHCP à ajuster son action, notamment lorsque celle-ci est en phase de rediscussion (cf. convention avec le CH d'Arcachon).

L'évaluation des conventions n'est à l'heure actuelle pas systématique au CHCP, comme d'ailleurs chez beaucoup de ses partenaires. Pourtant, toutes les conventions signées prévoient une rencontre régulière, généralement de rythme annuel, entre partenaires pour procéder à une évaluation de leur mise en œuvre. Dans les faits, ces réunions, qui prennent parfois la désignation de « comité de suivi », n'ont que rarement lieu. A fortiori si aucun problème n'est signalé. La question du temps consacré au suivi des coopérations ne peut donc être éludée. Il semble qu'un travail en deux étapes pourrait être mis en place, au moins avec chacun des partenaires importants du CHCP. Tout d'abord, un suivi à distance, entre directeurs adjoints chargés de la coopération, avec l'aide des médecins, cadres et personnels soignants, pour renseigner les fiches d'évaluations et indicateurs prévus. Puis, une fois par an, une réunion pourrait avoir lieu en présence, dans l'exemple des coopérations interhospitalières, des chefs d'établissement, des présidents de CME,

des chefs de pôle et directeurs adjoints concernés. Cette réunion aurait pour objet non pas d'effectuer un travail de bilan coopération par coopération, déjà effectué auparavant, mais d'en tirer les conclusions et de prendre les décisions nécessaires. L'essentiel du travail d'évaluation aurait donc lieu en amont d'une réunion commune aux partenaires.

### **3.2 Prioriser des actions améliorant la prise en charge des patients**

Plusieurs priorités se dégagent pour structurer la politique de coopération du CHCP. Toujours dans l'optique d'améliorer la prise en charge des patients, il s'agirait de formaliser des parcours de soins (3.2.1) et de renforcer les filières d'excellence (3.2.2).

#### **3.2.1 Intégrer l'hôpital dans un parcours de soins formalisé**

L'hôpital ne doit hospitaliser ses patients qu'en période de crise. Son objet n'est en aucun cas, ou du moins n'est plus d'assurer l'hébergement de personnes pouvant être prises en charge par des structures mieux adaptées, ou vivre à domicile. Il s'agit donc de structurer l'amont et l'aval de l'hospitalisation.

##### **A) L'amont de l'hospitalisation**

L'activité du CHCP est dépendante des flux de patients qui s'y présentent. Les difficultés de gestion des lits rencontrées par cet établissement, au service d'urgence comme dans les unités d'hospitalisation, occasionnent des désagréments pour les patients et les personnels. Des lits d'appoint doivent souvent être installés pour répondre à la demande. Pour faire face à cette situation, une politique de coopération se donnant pour objectif la limitation des hospitalisations non programmées pourrait être mise en œuvre.

Les médecins libéraux, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux généraux sont les principaux pourvoyeurs de patients. Il est nécessaire d'améliorer la coopération avec ces acteurs pour réguler les hospitalisations. Le lien avec les médecins de ville passe d'abord par l'information sur les structures existantes. Ainsi, le pôle Bordeaux santé mentale a-t-il organisé une rencontre avec ces professionnels pour leur présenter les CMP, dispositifs de consultation extrahospitaliers pouvant éviter le recours systématique au SECOP. Cet axe envers les libéraux pourrait être généralisé.

Structurer l'amont passe aussi par les établissements sanitaires et médico-sociaux. Afin de limiter les transferts de patients, les pratiques de psychiatrie de liaison devraient être étendues à l'ensemble des hôpitaux et cliniques présents sur les secteurs du CHCP.

L'expérience menée par le pôle Psychiatrie Arcachon Médoc, qui a créé une équipe mobile de gérontopsychiatrie, est intéressante. Composée de temps médicaux, infirmiers, de psychologue, d'assistante sociale et de secrétariat, elle va à la rencontre de personnes âgées en souffrance mentale, souvent sur demande d'un médecin traitant, à domicile ou en institution. Des situations problématiques peuvent ainsi être dénouées sans recours à l'hospitalisation. Ce type d'équipe, bénéfique pour les patients comme pour l'hôpital, pourrait être formalisé et étendu à d'autres populations.

## B) L'aval de l'hospitalisation

Dans le contexte rencontré par le CHCP de suroccupation des lits, il paraît nécessaire de réduire les hospitalisations inadaptées. Des patients restent en effet au CHCP faute de trouver des structures adaptées à leur sortie. Ces structures, essentiellement médico-sociales (FAM, EHPAD...), semblent insuffisantes pour répondre à la demande girondine. Mais il est regrettable d'ajouter à ce manque de places la réticence des institutions à accueillir d'anciens patients du CHCP. En effet, elles craignent que l'hôpital ne soit plus disponible pour ses anciens patients après l'hospitalisation en cas de décompensation. Selon l'âge des patients ou leur pathologie, des structures d'hébergement, de long séjour, de réhabilitation sociale adaptées existent.

Il s'agirait pour le CHCP de créer des « filières préférentielles », en associant les structures d'aval à la prise en charge des patients. Le parcours de soins serait ainsi plus fluide qu'actuellement. Les structures médico-sociales, mais aussi des institutions comme l'Education nationale, les bailleurs sociaux, les associations d'aide au maintien à domicile pourraient être intégrées à ces coopérations. Eu égard à la variété des partenaires potentiels, la Direction de la cohésion sociale de l'ARS devrait être sollicitée. Ces coopérations sur l'aval, structurées par filières (personnes âgées, enfants...), et qui associeraient un grand nombre de partenaires, constitueraient des réseaux. Ils trouveraient dans le GCS de moyen l'outil juridique adéquat pour s'épanouir.

Sortir de la logique de l'hospitalocentrisme, grâce à des partenariats efficaces avec l'amont et l'aval créant de véritables filières de soins engagerait l'hôpital dans un cercle vertueux. En effet, la limitation des hospitalisations à la faveur du travail sur la prise en charge en amont accroîtrait la réactivité de l'hôpital pour hospitaliser des patients en situation de crise. Dès lors, la filière d'aval serait plus prompte à accueillir des patients anciennement pris en charge par le CHCP, et qui pourraient aisément y retourner en cas de besoin.

### 3.2.2 Renforcer les filières d'excellence

Outre la structuration de parcours de soins intégrés pour les patients, le CHCP pourrait renforcer ses domaines d'expertise.

#### A) L'évolution de la politique sectorielle

La politique sectorielle a marqué une évolution majeure du système de santé français, et symbolise d'une certaine manière les débuts de la psychiatrie contemporaine. Pour autant, la vision classique du secteur, auquel correspond un service d'hospitalisation où sont regroupés tous les patients qui résident dans la même zone sans distinction de pathologie, a sans doute vécu. Si le lien fort entre structures d'hospitalisation et extrahospitalières doit perdurer, il semble clair que des spécialités internes à la discipline psychiatrique se développent.

Cela va dans le sens d'unités d'hospitalisation intersectorielles, spécialisées dans un type de prise en charge. Ainsi, le CHCP a développé des spécialisations en matière de pédopsychiatrie, d'addictologie, de gérontopsychiatrie, de prise en charge des troubles liés à la maternité, des troubles de l'humeur, de la précarité. Il dispose en outre d'un rôle d'expertise sur l'autisme et les délinquants sexuels.

#### B) Intégrer les filières existantes

Les spécialisations développées par le CHCP le placent parfois à un niveau d'expertise régional (cf. autisme). Afin de pérenniser ces activités, d'en améliorer la visibilité et de les faire progresser, cet établissement pourrait cibler des coopérations avec les autres acteurs concernés par ces thématiques. Ainsi, le CHCP pourrait créer des réseaux, sous forme de GCS, réunissant les parties prenantes de ces domaines, afin de renforcer les synergies et d'approfondir les connaissances. Le partenariat avec l'université, les coopérations avec les établissements de santé, avec les associations, verraient leurs forces mutualisées grâce à des réseaux idoines.

Ainsi, un réseau de pédopsychiatrie, réunissant établissements de santé et associations, permettrait à cette discipline d'améliorer son articulation et sa visibilité sur le territoire girondin. De même, l'addictologie ou la précarité, dont le propre est la transversalité, seraient mieux prises en charge et davantage identifiables si une structure coordonnait l'action des acteurs du champ. Enfin, pourquoi ne pas envisager un réseau médico-légal, regroupant notamment le CH de Cadillac (qui dispose d'une unité pour malades difficiles,

UMD, et de l'autorisation d'ouvrir une unité hospitalière spécialement aménagée, UHSA, pour les personnes détenues), le CHU (qui dispose d'une unité de consultations et de soins ambulatoires, UCSA, pour personnes détenues et d'un pôle médico-légal) et le CHCP (qui dispose du service médico-psychologique régional, SMPR, pour les personnes détenues, et d'un centre expert sur les délinquants sexuels) ? Des synergies seraient sans aucun doute à développer.

La convention ne permet pas les interventions croisées et la CHT est réservée aux établissements publics de santé, en référence à un territoire donné. Pour l'ensemble de ces filières, le GCS de moyen semble donc être l'outil le mieux adapté à la poursuite d'une nouvelle politique de coopération par le CHCP.

### **3.3 Dépasser les facteurs irrationnels**

L'adoption par le Centre Hospitalier Charles Perrrens d'une véritable politique de coopération suppose donc une évolution de ses modes d'action, mais aussi de ses modes de pensée. Un certain nombre de facteurs, qu'ils soient institutionnels (3.3.1) ou humains (3.3.2), entravent encore les actions de coopération de bon nombre d'acteurs, dont fait partie le CHCP.

#### **3.3.1 Un système à double-jeu**

##### A) Des moyens limités

Bien que la coopération s'affiche désormais au cœur des politiques de santé, et qu'elle fasse partie des objectifs fixés par les ARS afin de remodeler l'offre territoriale, elle ne semble pas toujours encouragée par le système de santé français. D'aucuns y verraient en conséquence un effet de mode. Tout d'abord, les établissements de santé (publics et privés), les établissements médico-sociaux, les associations ou encore les professionnels libéraux bénéficient tous d'une autonomie juridique qui empêche pratiquement toute organisation de les obliger à se rapprocher. Les directeurs généraux d'ARS sont bien dotés de pouvoirs leur permettant de pénaliser financièrement des établissements refusant la coopération, mais ces outils ne semblent pas devoir être utilisés en première intention. Il est d'ailleurs permis de se demander dans quelle mesure des pouvoirs politiques locaux forts ne pourraient doubler les ARS en plaidant directement la cause de leur établissement auprès du pouvoir central. Mais surtout, les ARS n'indiquent pas toujours clairement aux acteurs de santé quels objectifs précis suivre, et quels moyens concrets utiliser pour y parvenir.

## B) La tentation du jeu de la concurrence

Le système de financement des établissements de santé semble davantage inciter à la concurrence qu'à la coopération. La tarification à l'activité (T2A), qui ne concerne pour l'instant que le secteur MCO, mais devrait s'appliquer au secteur psychiatrique dès 2013, pousse les établissements à accroître leur activité afin d'optimiser leurs rentrées financières. La demande solvable de soins étant limitée sur un territoire donné, une stratégie possible de développement peut se conduire au détriment de ses potentiels partenaires hospitaliers. Dès lors, pourquoi coopérer avec le CHU ou le CH de Cadillac, ? Parce que l'amélioration des parcours de soin et l'efficacité de la gestion des deniers publics l'exigent. Parce qu'un hôpital tourné vers lui-même prend le risque de s'exclure des réseaux qui se mettront en place, et du développement futur de nouvelles filières. Mais ce qui est vrai du point de vue macroéconomique peut ne pas l'être d'un point de vue microéconomique, singulièrement à court terme.

La question de l'opportunité de s'engager dans une véritable politique de coopération peut donc parfois se poser aux acteurs de santé, en dépit des améliorations de l'offre de soin exigibles par les patients.

### 3.3.2 L'importance des ressorts humains

#### A) La fierté institutionnelle

Coopérer, nous l'avons dit, est un moyen efficace de répondre aux besoins de santé, qui vont dans le sens d'une meilleure articulation des prises en charge, et d'une fluidification du parcours de soin. C'est par ailleurs un élément incontournable de la stratégie de développement des établissements, car une structure hospitalocentrée s'isolerait de fait des nouveaux types de prise en charge, et des activités d'avenir.

Néanmoins, coopérer peut aussi aller à l'encontre d'un sentiment de fierté institutionnelle. Aller vers un autre établissement ou une autre structure, c'est en effet lui apporter un savoir-faire, mais aussi lui demander le sien, ce qui revient à constater ses propres limites. Il faut bien comprendre que pour des acteurs locaux, les relations avec les organismes les plus proches, géographiquement comme fonctionnellement, sont issues d'une histoire parfois difficile. Des sentiments de supériorité peuvent naître chez certains acteurs, voire surtout être suspectés par de potentiels partenaires. La sensation d'inégalité, le soupçon d'intentions voilées sont des éléments à prendre en compte pour

analyser les résistances aux actions de coopération. Le système actuel, loin de mettre en avant l'unicité de l'offre publique de soins, et au-delà de ce critère organique, les missions communes de service public, laisse se développer des entraves puissantes à la structuration de coopérations entières.

#### B) Le rôle des personnalités

Enfin, les actions de coopération restent encore très dépendantes des personnalités. Les exemples fournis par le Centre Hospitalier Charles Perrens montrent que bien souvent, des coopérations fertiles sont nées grâce à des relations personnelles. Ainsi, la coopération avec le CHU de Bordeaux en matière de périnatalité a incontestablement bénéficié du fait que deux de ses promoteurs, représentant chacun des établissements, forment un couple à la ville. A contrario, la coopération avec le CHU dans le domaine de l'addictologie butte actuellement sur des inimitiés personnelles.

La question des personnalités est donc primordiale pour lancer une coopération, et peut pareillement en ralentir certaines. De même, la mobilité des acteurs est parfois à l'origine du délaissement de certaines coopérations. Il paraît donc essentiel de garantir les coopérations par des structures stables, des outils les prévenant des variations de tempérament ou des changements de personne.

## Conclusion

Le Centre Hospitalier Charles Perrens mène de nombreuses coopérations. Dans un contexte local de croissance démographique, de hausse des besoins et d'utilisation maximale de ses capacités, elles sont nécessaires. Pour autant, la majorité de ces actions de coopération semblent davantage devoir leur existence à la rencontre de personnalités qu'à une étude des besoins exprimés et des différentes manières d'y répondre. Par ailleurs, peu de coopérations, une fois en place, sont évaluées. Il faut dès lors se contenter d'impressions pour juger de leur pertinence.

C'est donc d'une véritable politique de coopération que doit se doter le CHCP. Cela passe d'abord par une analyse fine des besoins actuels et à venir se présentant à cet établissement, puis par la détermination des moyens et coopérations à mettre en œuvre pour y répondre. Une autorité disposant de hauteur de vue comme l'ARS pourrait – devrait – aider les établissements à réaliser cette phase d'étude. Puis le Directeur, responsable de la stratégie de l'établissement, se doit d'élaborer les éléments de cette politique de coopération, en concertation avec le corps médical, qui vit au quotidien les coopérations, ressent les besoins et est donc source de proposition. La phase de renouvellement du projet d'établissement paraît la plus indiquée pour effectuer cette démarche. Y intégrer la politique de coopération est une obligation légale, mais c'est surtout le moment où se décide la politique générale de l'établissement, et sa stratégie de réponse aux besoins.

Quelques questions doivent guider un hôpital s'engageant dans une coopération. La raison de cette action, tout d'abord, et sa pertinence. Ce que cette action doit apporter aux patients et à l'établissement, et comment l'évaluation de ses effets pourra s'opérer. En vertu de quoi toute action de coopération s'intégrera harmonieusement à la politique de coopération de l'hôpital, qui pourrait au CHCP être axée sur les filières d'amont et d'aval à l'hospitalisation, et sur le développement en réseaux de ses domaines d'expertise.

L'observation de ces règles, permettrait au CHCP de se doter d'une politique de coopération plus mûre que son actuel portefeuille de conventions. Les objectifs que pourraient se fixer cet établissement peuvent paraître limités au regard des possibilités offertes par les CHT. Mais une CHT, et a fortiori une direction commune ou une fusion d'établissements, n'est valable que si des complémentarités existent déjà. Celles-ci ne sont d'ailleurs pas toujours à chercher vers d'autres établissements de santé.

# Bibliographie

## Ouvrages

- Alain COLLOMBET, Patrick ALFANDARI, *L'Hôpital et les réseaux de santé*, éditions Economica, collection « Management socio-économique », octobre 2007
- Marc DUPONT, Claudine BERGOIGNAN-ESPER, Christian PAIRE, *Droit Hospitalier*, 7<sup>ème</sup> édition, éditions Dalloz, collection « Cours », novembre 2009

## Articles

- Le Directeur d'hôpital, n°105 (mars 2006), *Terres hospitalières*
- Revue Hospitalière de France, n°527 (mars/avril 2009), *Offre de soins gériatriques, quels territoires ? Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé*
- Revue Hospitalière de France, n°490 (janvier/février 2003), *Hospitalisation publique et privée : quel type de coopération en psychiatrie ?*
- Techniques hospitalières, n°676 (mai 2003), *Le centre hospitalier universitaire de Nîmes ouvre le nouvel ensemble hospitalier de Carémeau*
- Techniques Hospitalières, n°649 (septembre 2000), *Le groupe hospitalier Maison Blanche : une stratégie innovante de restructuration hospitalière*

## Mémoires EHESP

- Stéphane EROUART, DH, *Organisation de l'offre publique de psychiatrie sur le territoire littoral du Nord-Pas-de-Calais*, 2008
- Muriel RAUTURIER-POJE, IASS, *L'accompagnement des restructurations de la psychiatrie en Eure et Loir*, 1997

## Etudes et rapports

- Observatoire régional de santé d'Aquitaine, *Diagnostic pays : CUB, Médoc, Bassin d'Arcachon*, février 2010
- Edouard COUTY, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, janvier 2009

## Textes officiels

- Code de la santé publique
- Schéma régional d'organisation des soins d'Aquitaine, 2006-2011
- Projet médical de territoire, Bordeaux-Libourne, 2006-2011

# Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : carte des secteurs psychiatriques de Gironde

Annexe 3 : carte des secteurs de psychiatrie générale du Centre Hospitalier Charles Perrens

Annexe 4 : carte des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Charles Perrens

Annexe 5 : schéma synoptique des structures composant le Centre Hospitalier Charles Perrens

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

M. Michel ALLEMANDOU, Directeur adjoint au CH de Cadillac, chargé des Affaires générales

M. le Docteur Bernard ANTONIOL, Président de la CME du CHCP, Chef du pôle 3/4/7

M. le Professeur Marc AURIACOMBE, Chef du pôle Addictologie du CHCP

Mme le Docteur Anne-Marie DE BELLEVILLE, Conseillère médicale auprès de Mme la Directrice Générale de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

Mme le Docteur Chantal BERGEY-CASSY, Chef du pôle EVAMET du CHCP

Mme Stéphanie DEBLOIS, Directrice adjointe au CHCP, chargée du secteur médico-social, du pôle Addictologie et du Centre de ressource autisme

M. le Professeur Manuel BOUVARD, Chef du pôle Pédopsychiatrie universitaire du CHCP

Mme Marie-Noëlle BROSSARD, Inspectrice des affaires sanitaires et sociales au pôle Offre de soins hospitaliers et ambulatoires de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

M. le Docteur Bernard CAZENAVE, Chef du pôle Pédopsychiatrie sectorielle du CHCP

M. le Docteur Patrice POUEYTO, Chef du pôle Bordeaux Santé Mentale du CHCP

M. Antoine DE RICCARDIS, Directeur du CHCP

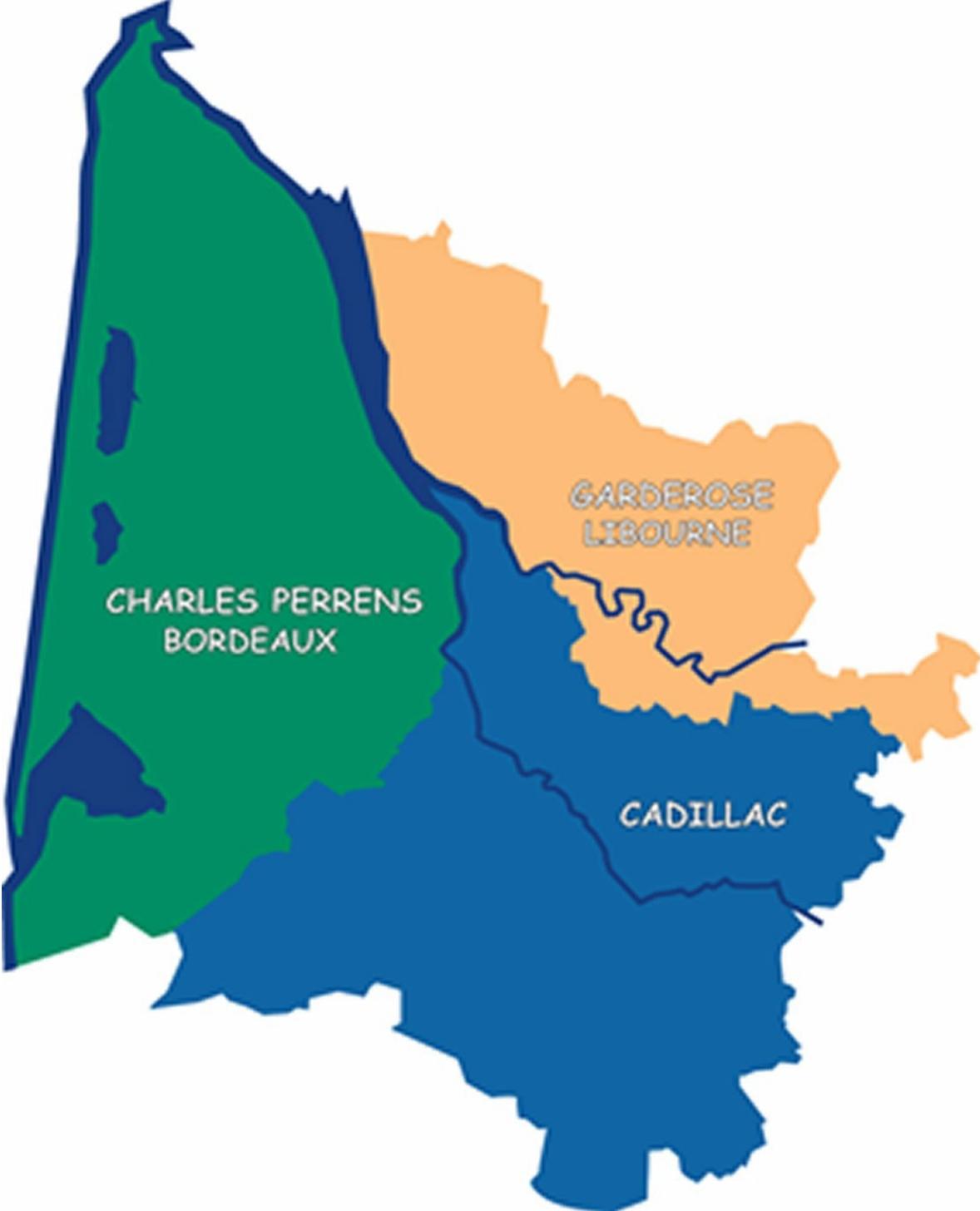
M. François SADRAN, Directeur adjoint au CHCP, chargé des Affaires médicales et générales

M. le Docteur Patrice SIMON, Chef du pôle Psychiatrie Arcachon Médoc du CHCP

Mme Virginie VALENTIN, Secrétaire générale du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Directrice adjointe chargée de la coopération et du développement durable

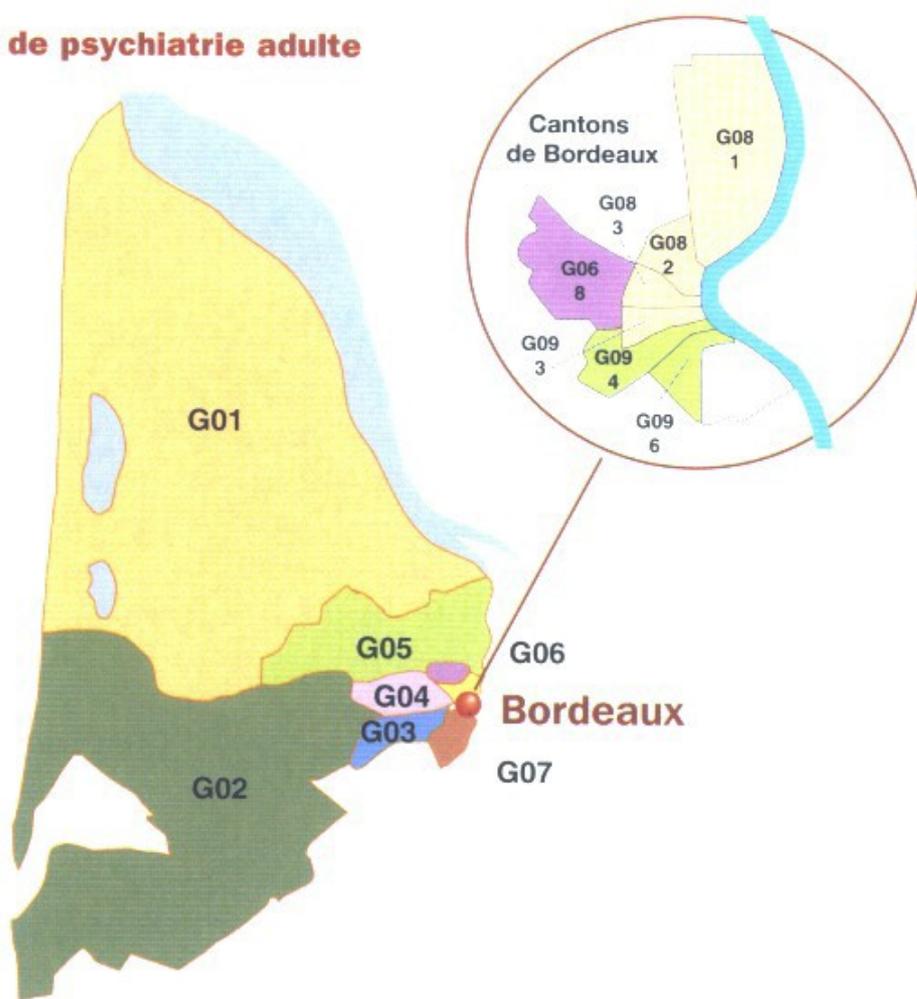
Mme le Professeur Hélène VERDOUX, Chef du pôle 5/6 du CHCP

Annexe 2 : carte des secteurs psychiatriques de Gironde

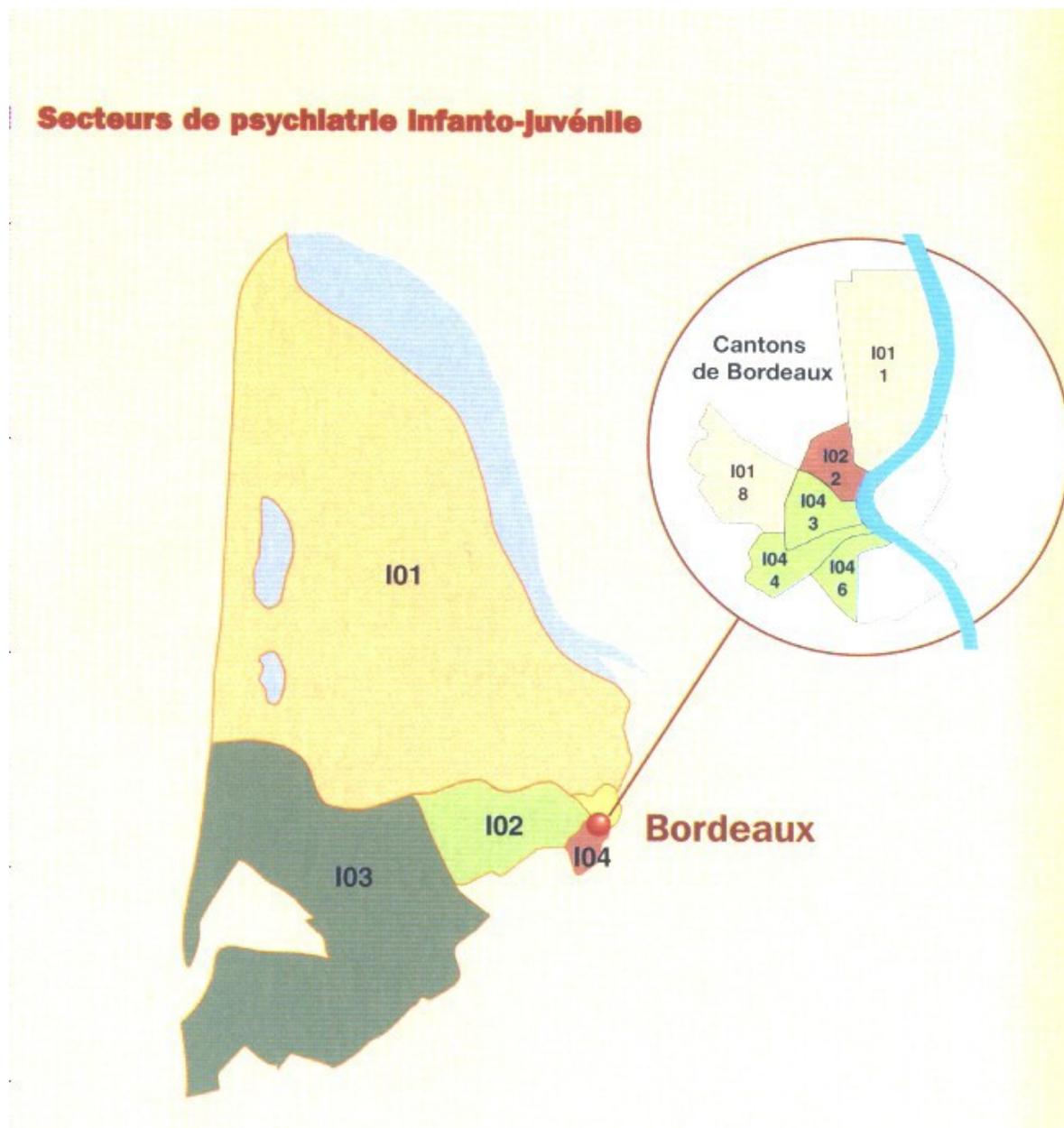


# Plans des secteurs

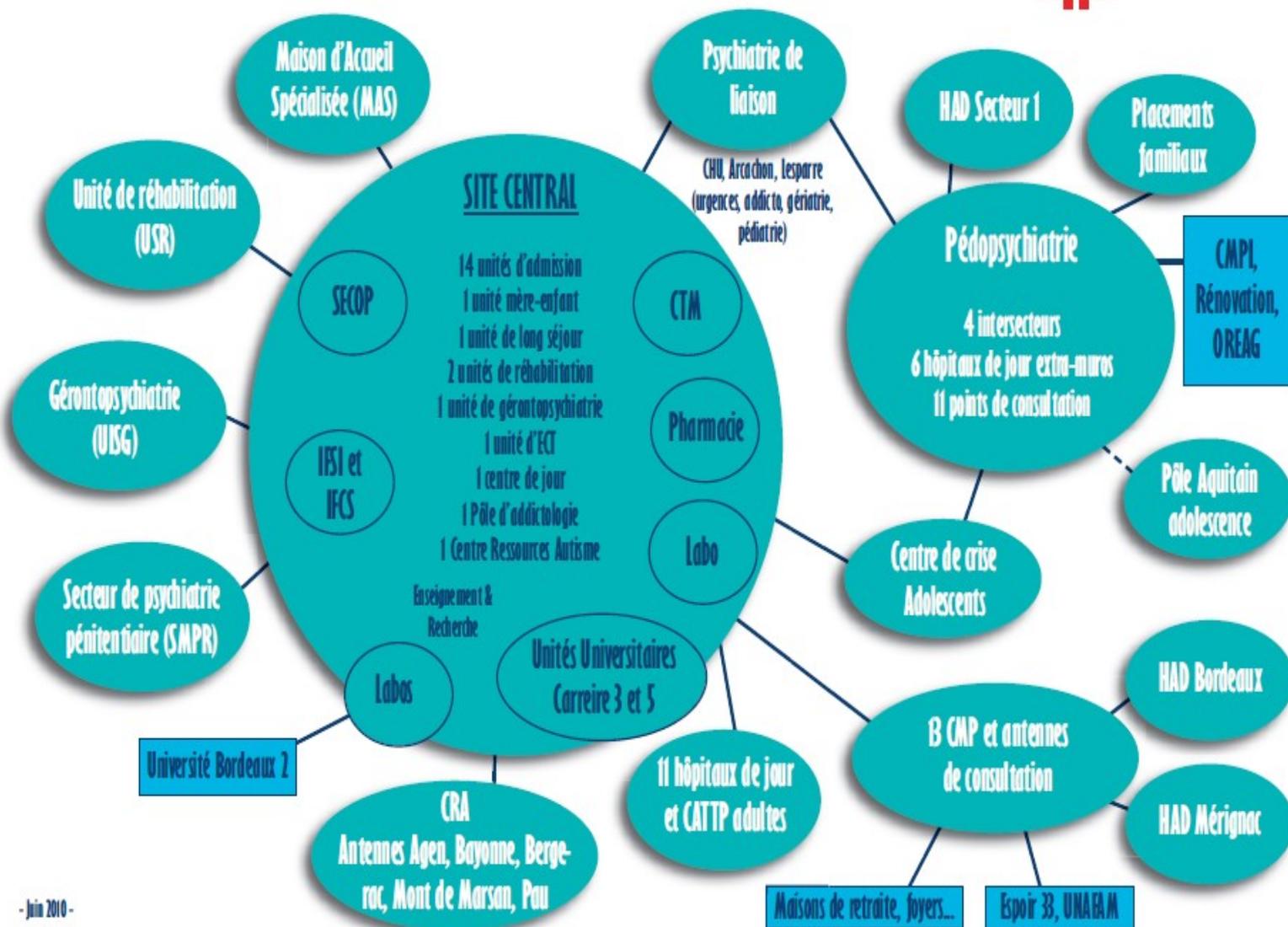
## Secteurs de psychiatrie adulte



Annexe 4 : carte des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Centre Hospitalier Charles Perrens



# Centre Hospitalier Charles Perrens - Synoptique de présentation



- Juin 2010 -