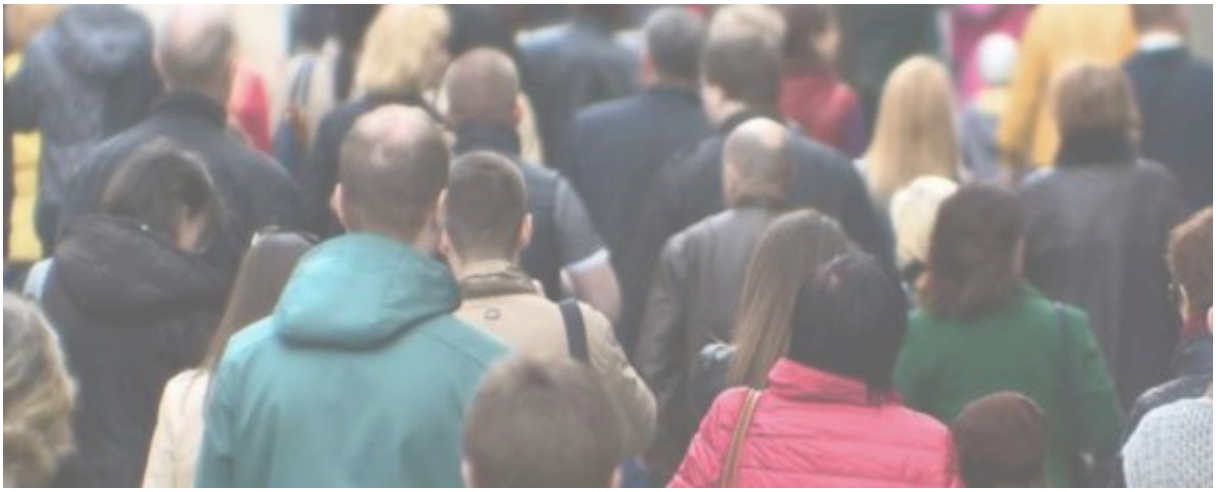
Observatoire Régional Santé Mentale
Occitanie

PPSY

ETUDE DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ADULTES

AU SEIN DES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE LA HAUTE- GARONNE



RAPPORT FINAL

Avril 2022

MAJ sept. 2024

Observatoire Régional Santé Mentale Occitanie

PPSY

ETUDE DES PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS ADULTES AU SEIN DES SERVICES PSYCHIATRIQUES DE LA HAUTE- GARONNE

RAPPORT FINAL

Avril 2022

MAJ sept 2024

Inca Ruiz (CREAI ORS Occitanie - ORSM)

Guillaume Sudérie (CREAI ORS Occitanie - ORSM)

François Olivier (FERREPSY - ORSM)

Alexandrine Salis (FERREPSY - ORSM)

Siège administratif
FERREPSY
CH G. Marchant
134 Route d'Espagne
31057 TOULOUSE
05.61.43.78.52

Siège Technique
CREAI-ORS Occitanie
135 allée Sacha Guitry
BP 35567
34072 Montpellier cedex 03

CONTACT

SITE INTERNET

Remerciements

À l'ensemble des professionnels qui ont accepté de s'impliquer grandement dans la démarche, que ce soit dans les entretiens et les groupes de travail que pour la réalisation de l'enquête une semaine donnée.

Ce travail n'est que le reflet de leurs diagnostics.

Aux partenaires de l'ARS Occitanie qui ont soutenu ce travail avec les moyens adéquats et leur compréhension pour les délais de réalisation.

À l'ensemble des équipes qui ont participé à la démarche du CREAI ORS Occitanie et de la FERREPSY Occitanie qui structurent l'Observatoire Régional de la Santé Mentale en Occitanie.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE 5

Phase 1. Analyse des données existantes 5

Phase 2. Mise en place d'une enquête de type qualitative 6

Phase 3. Mise en place d'une enquête une semaine donnée 7

CHAPITRE 1. LA SITUATION HAUTE-GARONNAISE : DÉMOGRAPHIE ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ 9

CHAPITRE 2. L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN PSYCHIATRIE, Y COMPRIS HAD AU TRAVERS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE UNE SEMAINE DONNÉE 15

Établissements de santé participants 15

Capacité d'accueil des établissements en psychiatrie adulte 16

Flux des patients (Présents/Entrants-Sortants/Nouvelles demandes) 17

Taux d'occupation sur la semaine donnée 21

Caractéristiques des patients 22

Profil des patients hospitalisés 22

Diagnostic principal des patients hospitalisés 23

Lieu de résidence des patients hospitalisés 25

Couverture par une complémentaire santé 26

Provenance des patients 26

Caractéristique des hospitalisations 28

Début d'hospitalisation 28

Parcours de soin 28

Patients hospitalisés sans consentement 29

Durée moyenne de séjour déclarée 31

Patients hospitalisés en longue durée 32

Patients hospitalisés avec une prise en charge ou un parcours complexe 32

Freins de sortie identifiés 33

Focus sur les patients sortants au moment de l'enquête 34

Profils et facteurs d'hospitalisation en fonction du diagnostic du patient : analyse multivariée en régression logistique 35

Patients avec un diagnostic principal de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants 35

Patients avec un diagnostic de trouble de l'humeur 36

Patients avec des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (CIM10 F10-F19) (noté troubles liés aux addictions) 38

L'hospitalisation en psychiatrie en quelques points clés 40

CHAPITRE 3. UNE OFFRE AMBULATOIRE EN GRANDE DIFFICULTÉ POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DU TERRITOIRE 41

Estimation de la capacité à répondre aux demandes 42

Informations sur les délais et la liste d'attente actuelle 43

Les demandes reçues 46

Provenance des demandes 48

Réponses apportées aux demandes 48

Les Programmes De Soins 50

CHAPITRE 4. POINT DE VUE DES ACTEURS CONCERNANT LES POINTS DE BLOCAGE DANS LE PARCOURS DES PATIENTS 51

Mieux apprehender les rôles et places de chacun des acteurs constituant l'offre sur le territoire 51

Les patients « bloqueurs ou bloqués » 54

Des patients sans domicile « mis à l'abri » à l'hôpital 54

L'absence de solution d'aval pour des patients à la maladie « stabilisée » 56

Soutenir les urgences sur leur mission de crise 58

Service des urgences en amont d'une hospitalisation 59

Service d'urgences et crise de l'ambulatoire 62

Le soin sans consentement : jusqu'à 75 % de l'offre publique 63

Établir le role de chacun, indentifier les priorités, libérer des places 66

Améliorer les orientations 66

Libérer des places d'hospitalisation 67

Améliorer la connaissance de l'offre du territoire, l'intersectoriel, les ressources libérales 68

Une attractivité médicale et paramédicale en grande souffrance dans le secteur public 69

ELÉMENTS DE SYNTHÈSE 72

TABLES DES ILLUSTRATIONS 76

ANNEXES 79

Annexe 1 : Répartition du nombre déclaré de lits disponibles au moment de l'enquête selon l'unité et l'établissement 80

Annexe 2 : Taux d'équipements des départements ayant une population âgée de 17 ans et plus proche de celle du département de la Haute-Garonne (taux pour 1000 habitants du même âge) 81

Annexe 3 : Durée moyenne de séjour – Unités d'admission 82

Annexe 4 : Répartition du nombre d'admissions déclaré et du nombre de nouvelles demandes 83

INTRODUCTION

Au printemps 2021, a été identifié un temps anormalement long de prise en charge des patients au sein du service des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse ayant des impacts sur le parcours des personnes et sur le fonctionnement des services.

Ces difficultés des parcours des patients dans l'articulation entre les urgences et les établissements de la Haute-Garonne sont analysées en regard du déséquilibre ancien entre l'offre publique et l'offre privée. Ces constats ne sont pas nouveaux et sont largement détaillés dans les rapports du LISST (Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires) de 2015[1] et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2019[2].

Ce dernier rapport soulignait en 2019 : *« L'offre de soin du territoire est majoritairement privée, la psychiatrie privée disposant de trois fois plus de lits d'hospitalisation complète que la psychiatrie publique. Seule une clinique (la clinique Beaupuy) prend en charge des patients en soins à la demande d'un tiers (SDT) ; les autres patients en soins sans consentement sont pris en charge par le CHU et le CHGM. La densité de lits d'hospitalisation complète globale est supérieure à la moyenne nationale, mais celle de lits dans le secteur public est inférieure à la moyenne » (p.13).*

Rappelons quelques chiffres issus de Statiss 2020 réalisé par la Fnors avec l'appui de la DREES en collaboration avec les ARS [3]. En 2019, le secteur public disposait de 308 lits d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie générale, de 23 lits de psychiatrie infanto-juvénile et de 40 lits pénitentiaires. Le secteur privé disposait de 1 071 lits d'hospitalisation à temps plein et de 13 lits de psychiatrie infanto-juvénile. Le chapitre 2 concernant l'enquête une semaine donnée détaillera très précisément l'offre opérationnelle du territoire déclarée par les établissements de santé ayant participé.

Le **secteur public** repose sur 9 secteurs de psychiatrie générale répartis de la façon suivante (Cf. Carte 1) :

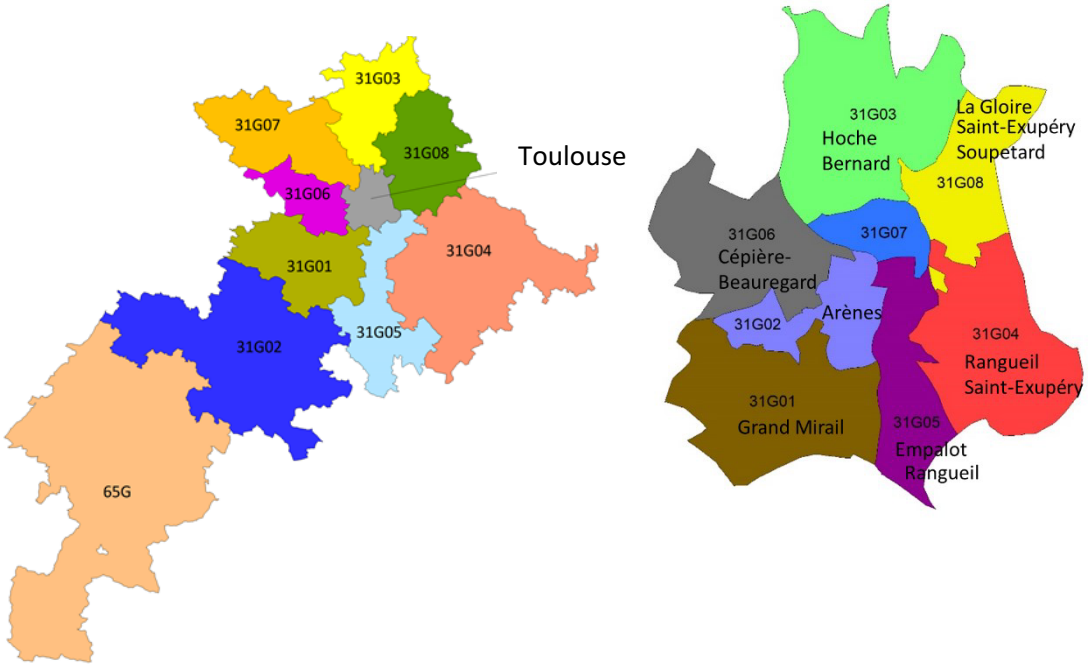
- 7 secteurs de psychiatrie générale (31G01, 31G02, 31G03, 31G04, 31G05, 31G06 et 31G08) rattachés au Centre hospitalier Gérard Marchant spécialisé en psychiatrie. Il a également en charge un secteur de psychiatrie de l'enfant et adolescent (31I02) et un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Les secteurs actuels correspondent au dernier découpage datant de 2018 ;
- 1 secteur de psychiatrie générale rattaché au CHU de Toulouse (31G07), qui a également en charge un secteur de psychiatrie de l'enfant et adolescent (31I01) ;
- 1 secteur de psychiatrie générale (65G) couvrant le sud du département est rattaché au CH Lannemezan spécialisé en psychiatrie (Hautes-Pyrénées) ;
- A noter que le 3e secteur de Psychiatrie de l'enfant et adolescent (31I03) de la Haute Garonne est porté par l'ARSEAA, mais ne dispose pas de lits d'hospitalisation complète.

[1] Sicot F. & coll., Parcours de soins en psychiatrie et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements, Rapport d'étude, LISST UMR5193, Décembre 2015

[2] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport de visite : 9 au 16 septembre 2019 – 1re visite CENTRE HOSPITALIER GERARD MARCHANT A TOULOUSE (HAUTE GARONNE)

[3] FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

CARTE 1 : DÉCOUPAGE DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE SELON LE DÉCOUPAGE DES SECTEURS DE LA PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ADULTES EFFECTIF AU 30 JUIN 2021.



Sources : CHGM Découpage fourni au niveau géographique IRIS selon les secteurs de la psychiatrie juin 2021 - Exploitation : ORSM Occitanie

Le secteur peut être plus ou moins vaste, selon la densité de population. C'est tout d'abord une aire géographique, tenant compte des conditions démographiques, à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux patients qui en ont besoin. Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de postcure que nécessite l'état du patient. Les éléments concernant les répartitions et le fonctionnement des CMP seront repris plus loin.

Le **secteur privé** est composé de 8 établissements aux projets de soins différents (Cf. Carte 2).

Soulignons ici, comme les travaux du LISST, que si *« La variable économique à partir de la couverture sociale des patients s'avère un élément clé pour comprendre ces distinctions, tous les établissements enquêtés n'ayant pas la même pratique d'accueil sur ce point. Mais elle n'est pas la seule : la compliance du patient, sa "lourdeur" somatique, ses addictions ainsi que la confiance accordée à l'adresseur sont aussi au cœur des logiques de sélection et d'orientation des patients ».* Ces aspects sont à prendre en compte dans la lecture de l'offre et les éléments issus de l'enquête qualitative le démontreront plus après dans ce rapport. En Haute-Garonne, 75 % de l'offre observée en 2019 – part du secteur privé [4] - est conditionnée à un certain nombre de critères et de contraintes qui ont un effet important sur les parcours de soins des patients. (En 2022, cette part est de 77 % au moment de l'enquête « une semaine donnée »).

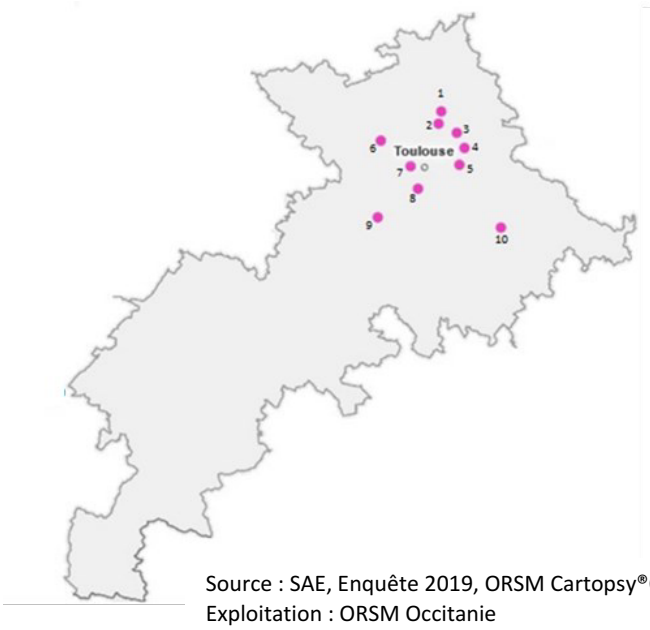
[4] FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

Soulignons ici que seule la clinique Beaupuy a la capacité d'accueillir des personnes en soins sans consentement (21 lits). Les travaux du LISST soulignaient en 2015 que les stratégies des différents groupes s'inscrivaient dans une collaboration plus ou moins étroite avec les systèmes de santé publics au-delà des systèmes de concurrence traditionnels (p.240 du rapport de 2015 [5]). Notons que plusieurs cliniques restent indépendantes sans rattachement à un groupe.

L'implantation des lieux d'hospitalisation à temps plein, et plus globalement de l'offre, se situe dans le Nord du département. Le Sud du département est rattaché au secteur de Lannemezan (Hautes-Pyrénées), sans aucun lieu d'hospitalisation à temps plein à Saint-Gaudens ou Luchon.

CARTE 2 : IMPLANTATION DES LITS D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN

1 : Clinique de Montberon
2 : Clinique Marigny
3 : Clinique de Castelviel
4 : Clinique de Beaupuy
5 : Clinique d'Aufrery
6 : Clinique des Cèdres
7 : CHU Toulouse
8 : CHS Gérard Marchant
9 : Clinique du Château de Seysses
10 : Maison de santé de Mailhol



Source : SAE, Enquête 2019, ORSM Cartopsy®Occitanie - Exploitation : ORSM Occitanie

Cette organisation limite la prise en compte des besoins d'une part importante de la population du département, et plus particulièrement celle ayant des besoins sociaux élevés[6].

Les enjeux en lien avec l'analyse des parcours des patients apparaissent rapidement autour des profils des personnes accompagnées par les différents services, leurs spécificités cliniques, leurs besoins sociaux associés à leur maladie et leur capacité à mobiliser les services de soins.

Ainsi, dans la construction de la méthodologie d'enquête, est apparue nécessaire d'objectiver la situation avec des éléments de quantification des patients, de décrire leurs profils et de comprendre

[5] Sicot F. & coll., Parcours de soins en psychiatrie et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements, Rapport d'étude, LISST UMR5193, Décembre 2015

[6] Concernant les places d'hospitalisation à temps partiel, le **secteur public** disposait, en 2019, de 124 places pour la psychiatrie infanto-juvénile, 119 places de psychiatrie générale, et de 18 places pénitentiaires. Le **secteur privé** déployait 90 places de psychiatrie infanto-juvénile et 121 places de psychiatrie générale Sources : FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

la manière dont est organisée la filière de soins en fonction des besoins et des demandes, mais aussi de l'offre de soins, qui, comme nous l'avons vu, a de réelles particularités historiques sur le territoire.

L'Observatoire Régional Santé Mentale (ORSM) Occitanie, issu du partenariat entre le CREAI-ORS et la FERREPSY Occitanie, répond à cette demande par une analyse des parcours de patients psychiatriques en plusieurs phases :

- Une analyse des données existantes à partir des données du PMSI, une analyse bibliographique des travaux précédents sur ce sujet sur le territoire et une publication réalisée en juillet 2021 concernant les déterminants de santé[7].
- La production de données via une enquête qualitative auprès des acteurs intervenant sur le terrain et d'une enquête quantitative une semaine donnée auprès de l'ensemble des services et unités du territoire.

[7] Ruiz I., Sectorisation de la psychiatrie adultes de la Ville de Toulouse, Portrait des huit secteurs actuels, ORSM Occitanie, Juillet 2021, 28 p.

STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE

Trois phases ont été mises en œuvre pour documenter le sujet. Ces trois phases veulent être dans une approche progressive du terrain, en cohérence les unes aux autres et complémentaires. Les éléments de ces trois phases sont présentés au travers de quatre chapitres et d'une synthèse.

1. Situation Haut-Garonnaise : démographie et déterminants de santé
2. Hospitalisation
3. Ambulatoire
4. Point de vue des acteurs pour l'amélioration des parcours de soins des patients

PHASE 1. ANALYSE DES DONNÉES EXISTANTES

Des travaux antérieurs avaient déjà été produits sur ce sujet et plus particulièrement un en 2015 réalisé par le Laboratoire interdisciplinaire Solidarités, Société, Territoires[8]. Deux rapports ont servi de cadre directeur à l'investigation, le rapport de l'IGAS 2017[9] et le rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) 2019 concernant la visite du Centre hospitalier Gérard Marchant[10].
Suite à cela, une *analyse des données issues du RIM-PSY*[11] qui sont plus des données de description de l'activité que d'observation du phénomène, a permis d'identifier les grandes tendances. Ainsi a pu être identifié que, sur l'année 2019, 8 465[12] patients distincts ont été pris en charge en hospitalisation à temps plein[13] au sein des 10 établissements de santé spécialisés en soins psychiatriques en Haute - Garonne pour 14 266 séjours (en moyenne 1,69 séjour par patient).

Sur cette période, les établissements du secteur privé accueillent 81 % des patients hospitalisés à temps plein (pour 75 % de l'offre en 2019)[14], le CHGM 12 % et le CHU 7 % (hors urgences). Le CHGM a accueilli 1 068 patients pour 2 264 séjours (en moyenne 2,12 séjours par patient), alors que le CHU a accueilli 582 patients pour 933 séjours (en moyenne 1,60 séjour par patient) et le secteur privé 7 012 patients pour 11 069 séjours (en moyenne 1,58 séjour par patient).

---

[8] Sicot F. & coll., Parcours de soins en psychiatrie et systèmes locaux de prise en charge : une comparaison entre territoires et établissements, Rapport d'étude, LiSST UMR5193, Décembre 2015, 348p
[9] IGAS 2017, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 » (3 établissements de la Haute-Garonne sont cités dont le Centre Hospitalier Gérard Marchant à Toulouse), Novembre 2017, Tome I 93p et Tome II 376p
[10] Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport de visite : 9 au 16 septembre 2019 – 1re visite CH Gérard Marchand à Toulouse (Haute-Garonne), 80p
[11] Le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P) permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle (résumé par séquence, RPS) comme en ambulatoire (résumé d'activité ambulatoire, RAA). En cas de prise en charge simultanée selon différents modes, autant de résumés que nécessaire devront être renseignés. Les informations du RIM-P, caractérisant la prise en charge des malades, sont propres à la psychiatrie, les autres sont communes aux champs couverts par le PMSI. Ces informations doivent être conformes au dossier médical dont elles constituent un extrait. Le codage des diagnostics, dans la mesure où le cadre nosologique le plus proche, et sans perte de précision ni réinterprétation, de ce qui est inscrit dans le dossier est sélectionné dans la CIM-10, répond à ce principe. En retour, cet extrait, étant standardisé, peut servir de base, à compléter, pour des travaux d'évaluation.
[12] Un patient peut être hospitalisé dans plusieurs établissements ou différents types de dispositifs, la somme du nombre de patients par statut ou par type de dispositif diffère du nombre obtenu pour l'ensemble
[13] Hors séjours thérapeutiques, HAD, placement familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise, centre de postcure psychiatrique
[14] FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

Quand on considère les hospitalisations à temps plein (HTP), il apparait que les publics reçus ont des spécificités :

- 54 % des patients pris en charge en hospitalisation à temps plein au CHGM souffrent de troubles psychotiques en diagnostic principal alors qu'ils ne sont que 12 % dans le secteur privé et 25 % au CHU.
- 57 % des patients pris en charge dans le privé sont des patients avec des troubles de l'humeur en diagnostic principal, contre 21 % dans le secteur public.
- 73 % des patients du CHGM sont des hommes contre moins de la moitié pour le CHU ou le secteur privé.
- 4 % des patients du CHGM sont âgés de 65 ans et plus contre 16 % au CHU et 18 % dans le secteur privé.
- Les patients au sein de la psychiatrie publique ont leur lieu de résidence pour 87 % en Haute-Garonne contre 68 % pour la psychiatrie privée.
- 15 % des patients en HTP au CHGM ont des difficultés liées au logement et aux conditions économiques (Z59 en Cim 10)[15]. Cela concerne 160 personnes.
- 61 % des patients en HTP au CHGM ont été au moins 1 jour en isolement thérapeutique contre 18 % au CHU et 1 % dans le privé.

Ces éléments concernant l'année 2019 – préalable à la période de crise du COVID - traduisent que le rôle dévolu au secteur public et au secteur privé n'est pas le même. Les profils des patients sont différents, que ce soit en termes de données socioéconomiques, de pathologies ou de provenance (en termes de lieu de résidence).

Enfin, un troisième travail a été mobilisé pour construire cette investigation. En juillet 2021, à la demande de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, un portrait des huit secteurs a été réalisé par l'équipe de l'ORSM. Ce travail, repris pour une part dans ce rapport met en exergue des spécificités des secteurs en lien avec des déterminants de santé hétérogènes et des besoins spécifiques.

PHASE 2. MISE EN PLACE D'UNE ENQUÊTE DE TYPE QUALITATIVE

L'objectif de cette démarche qualitative est de décrire et de comprendre les processus à l'œuvre à partir du point de vue d'une série d'acteurs impliqués dans la construction et l'accompagnement des parcours de soins des patients au sein des services psychiatriques. Le cadre de l'étude ne permet pas d'interroger de manière exhaustive tous les points de vue. Il serait naïf de penser par exemple que l'ensemble des médecins psychiatres, des infirmiers, des travailleurs sociaux constituent un tout uniforme et qu'ils auraient une parole convergente sur le thème de l'étude. Il en est de même en considérant le secteur public et le secteur privé. Là encore, il est nécessaire de contextualiser les points de vue parfois convergents, parfois divergents. Il est considéré ici que la parole de chacun est de même importance, mais ne représente que le point de vue des acteurs interrogés construits par le prisme de leurs interventions.

[15] Patients en HTP en Haute-Garonne dont l'état de santé peut être impacté par des difficultés liées à des conditions socio-économiques et psychosociales issues des diagnostics et facteurs associés déclarés au diagnostic ou motif principal - Source : ATIH, Rim-Psy 2019 – Exploitation : ORSM Occitanie

En ce sens, la stratégie méthodologique a été de s'appuyer sur des témoignages hétérogènes afin de les trianguler et de percevoir la réalité du phénomène. Une analyse thématique a été effectuée s'appuyant sur le principe de la saturation des données.

Autrement dit, à partir de sources hétérogènes et nombreuses, sont identifiés les éléments récurrents qui produisent des éléments structurels de la situation. D'autres éléments moins récurrents, mais en lien étroit avec un contexte précis (type établissement, population spécifique, particularité clinique) sont considérés à part entière dans l'analyse, mais dans leur cadre contextuel.

Le recueil est constitué d'entretiens en face à face, d'entretiens associant plusieurs acteurs (deux à trois)[16] et de groupes focaux (autour des pôles du CHGM). Des entretiens complémentaires ont été réalisés avec l'Observatoire des Urgences (visioconférence), le pilote de la commission médico-administrative de CHGM. Cette étude a fait l'objet d'un échange avec la cellule régionale de Santé Publique France.

TABLEAU 1 : PRÉSENTATION DU CORPUS QUALITATIF

	Nombre d'entretiens ou groupes focaux	Nombre de personnes interrogées
Professionnels de CHGM	6	36
Professionnels du CHU	5	5
Professionnels des établissements privés	5	14
Autres professionnels	3	6
Total	**19**	**61**

Les entretiens (enregistrés et retranscrits partiellement) ont été indexés dans le logiciel Nvivo et analysés au travers d'une grille construite via une méthode inductive. Cette stratégie d'analyse s'appuie sur les éléments de terrain recueillis qui structurent l'analyse. Ce processus hiérarchise les données à saturation (répétées par nombre d'informateurs) des données plus contextuelles, voire anecdotiques. En d'autres termes, l'analyse produite est issue des éléments recueillis sur le terrain créant un certain nombre de catégories autour desquelles des analyses peuvent être produites et reportées dans le rapport.

PHASE 3. MISE EN PLACE D'UNE ENQUÊTE UNE SEMAINE DONNÉE

La quantification du phénomène est un axe majeur de la compréhension de ce dernier. Une première analyse du RIM-PSY a été réalisée à l'été 2021, mais concernant l'activité de l'année 2019.
Cette analyse sur l'année 2019 indique que 8 465 patients ont été pris en charge au sein du CHGM, du CHU et des 8 cliniques psychiatriques, pour 14 860 séjours (en moyenne 1,73 séjour par patient).

[16] Le plus fréquent est un entretien avec le directeur d'un établissement et un soignant.

Au moyen d'un recueil standardisé de données, « une semaine donnée », l'enquête a pour objectif principal de décrire les caractéristiques principales de tous les patients hospitalisés à temps complet (Unité d'Admission (UA), Unité de soins de suite et de réhabilitation (USR) et Hospitalisation À Domicile (HAD)), dans un des établissements psychiatriques (publics ou privés) du département de la Haute-Garonne[17] afin d'apporter des informations pour guider les décisions et adapter au mieux l'offre de soins aux besoins de la population.
Initialement, la démarche ne devait se centrer que sur la description de la situation en hospitalisation. Durant l'avancée de l'enquête qualitative, de nombreuses questions se sont posées autour de l'activité ambulatoire. Un second volet a donc été conçu afin de :

- visualiser les listes d'attente des CMP et en hospitalisation complète, pour apporter des éléments complémentaires en amont de l'hospitalisation et décrire les difficultés d'accès au soin ;
- établir un panorama global en temps réel pour l'ensemble des établissements pour objectiver les témoignages du terrain.

Cette enquête départementale a été proposée à tous les établissements publics et privés présentant une offre de soin en hospitalisation complète[18] ou/et d'hospitalisation à domicile en psychiatrie sur la Haute-Garonne durant la semaine du lundi 10 janvier au dimanche 16 janvier 2022.
Les établissements ont été sollicités début janvier 2022 par l'équipe de l'ORSM Occitanie par courrier adressé au directeur d'établissement pour participer à l'enquête PPsy « une semaine donnée ».

Cette enquête comporte deux volets :

1. Hospitalisation complète, y compris l'HAD
   Chaque unité participante a complété une fiche structure.
   Un questionnaire a été rempli pour chaque patient présent sur la semaine donnée.
2. Centre médico-psychologique (CMP) : offre ambulatoire publique
   Chaque CMP participant a complété une fiche concernant les demandes de prise en charge reçues sur la semaine.

Les résultats mis en perspective avec les données qualitatives sont présentés dans les chapitres 2 et 3.

Les trois volets de l'enquête sont restitués dans une approche croisée permettant de produire un état de la situation des parcours des patients souffrant de troubles psychiatriques sur le département de la Haute-Garonne.

[17] Le sud du département rattaché au secteur de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) étant sans lieu d'hospitalisation à temps complet en Haute-Garonne.
[18] Hospitalisation complète composée des lits d'admission du CHU, du CHGM, des cliniques privées, des lits des unités de soins de suite et des lits PAJA

CHAPITRE 1.

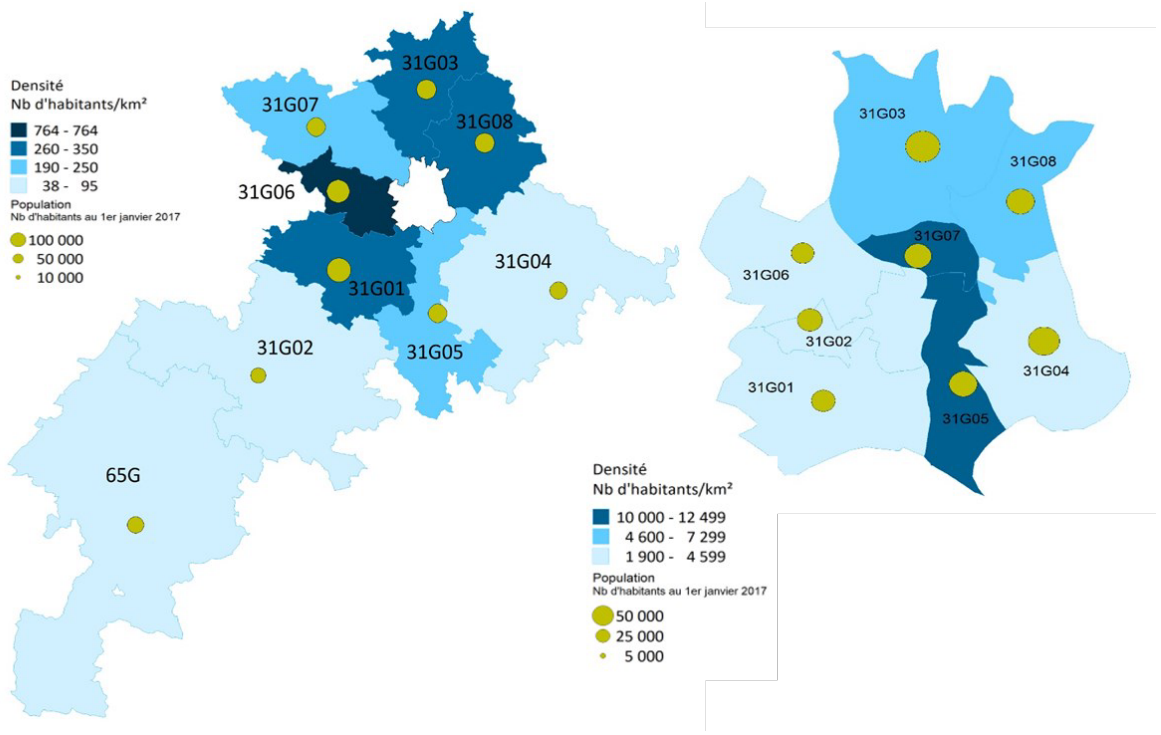
LA SITUATION HAUTE-GARONNAISE : DÉMOGRAPHIE ET DÉTERMINANTS DE SANTÉ

En 2019, la population de la Haute-Garonne est de 1,39 million d'habitants, dont près de 800 000 sur la seule métropole toulousaine. Entre 2012 et 2017, **l'accroissement de la population est de + 5,8 % à Toulouse et de + 6,9 % pour la Haute-Garonne**.

D'autre part, 8 465 patients distincts[19] ont été pris en charge en hospitalisation à temps plein au sein des 10 établissements de santé spécialisés en soins psychiatriques en Haute – Garonne. Ramené à la population âgée de 17 ans ou plus (près de 1,22 millions), cela représente un taux de recours à l'hospitalisation en soins psychiatriques à temps plein estimé à un patient sur 100 (0,7 %) en Haute-Garonne en 2019.

À Toulouse, une analyse du phénomène à l'échelle de la sectorisation souligne que cet accroissement est différent avec une croissance plus importante dans les secteurs 3 et 6.

CARTE 3 : NOMBRE D'HABITANTS ET DENSITÉ DE LA POPULATION EN 2017



Source : Insee RP IRIS 2017 - Exploitation : ORSM Occitanie

[19] Source : Atih, RIM-Psy Année 2019 – Exploitation : ORSM Occitanie

Le secteur constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside. En Haute-Garonne, cette offre géo populationnelle s'intègre dans une offre plus large comprenant des services et unités publics intersectoriels et une offre importante autour d'établissements privés.

Rappelons ici que la psychiatrie de secteur ou sectorisation en psychiatrie désigne l'organisation administrative gérant la maladie mentale et la répartition des structures de soins de santé mentale. Ce système représente une refonte du système de soins en psychiatrie. Elle est considérée comme une révolution en regard de l'asile du XIX^{e} siècle où le principe était hospitalo-centriste. La politique de psychiatrie de secteur a permis de développer la prise en charge « hors les murs ».

Le lieu de résidence d'une personne malade la relie au secteur qui a le devoir de la prendre en charge si elle l'accepte et selon les modalités du service public. Les principes français de libre choix de son médecin et de possibilité de refus de traitement restent valables sauf pour les soins psychiatriques sans consentement (SDRE, Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État et les SPDT, Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers) qui sont minoritaires.

Si comme nous l'avons évoqué précédemment, le secteur est une aire géographique, il apparait indispensable d'analyser les caractéristiques de ses territoires tant en terme démographique qu'en termes de déterminants de santé[20]. Considérons ici que le poids de la population et son accroissement ne sont pas les seuls critères à prendre en compte pour identifier les besoins d'un territoire. Les travaux concernant les inégalités sociales de santé[21] indiquent clairement que les dimensions sociales, économiques et culturelles sont à prendre en considération dans la compréhension des situations. La capacité à accéder à un service adéquat de santé ou de soins est aussi impactée par les inégalités sociales. Autrement dit, les situations cliniques des personnes peuvent être d'autant plus problématiques ou dégradées, du fait de la précarité sociale et des conditions de vie que de la difficulté à mobiliser les ressources adéquates pour y remédier. La précarité, sous toutes ses formes, impacte les demandes qui tardent à émerger et donc à être prises en compte, et ce quelles que soient les capacités des services. Les travaux en littératie[22] en santé qui sont centrés sur la capacité d'émettre des jugements et de prendre des décisions dans la vie quotidienne pour améliorer sa santé et sa qualité de vie confirment que les inégalités sociales sont déterminantes sur ce point. Les choix qui concernent les soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé sont conditionnés par le mode de vie, l'appartenance culturelle ainsi que les ressources sociales et économiques[23].

Concrètement si on s'intéresse aux indicateurs clés décrits par la littérature pour qualifier les inégalités sociales, et donc les inégalités sociales de santé, des fortes disparités apparaissent selon les territoires, les secteurs, et ce, à volume de population similaire.

---

[20] *Pour approfondir ces éléments :* Ruiz I., Sectorisation de la psychiatrie adultes de la Ville de Toulouse, Portrait des huit secteurs actuels, ORSM Occitanie, Juillet 2021, 28 p.

[21] Cayla F., Beaumont A., Cassadou S., Delpierre C., Ducros D., Grosclaude P., Ledésert B. Les inégalités sociales de santé en Occitanie. CREAI-ORS Occitanie, 2018, 68 p. Disponible à partir de l'URL : https://creaiors-occitanie.fr/inegalites-sociales-de-sante/

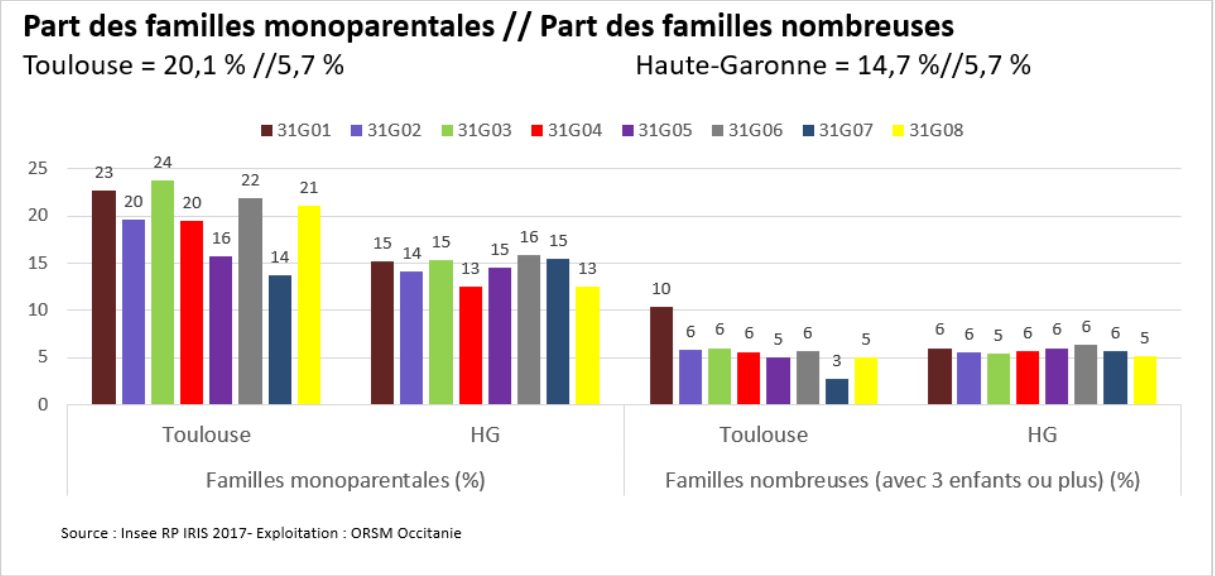
[22] L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le concept de littératie en santé (LS) comme « les caractéristiques personnelles et les ressources sociales nécessaires des individus et des communautés afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé »

[23] Bec Émilie, Littératie en santé. Bibliographie sélective, CREAI-ORS Occitanie, DRAPPS Occitanie, 2022-02, 31 p. https://creaiors-occitanie.fr/wp-content/uploads/2022/03/Bibliographie-Litteratie-en-sante.pdf

Les **familles monoparentales** (composées principalement de femmes seules avec enfant(s)) peuvent présenter plus de vulnérabilités et nécessiter des soutiens spécifiques. Les tableaux ci-dessous soulignent les situations des secteurs 1, 3, 6 et 8.

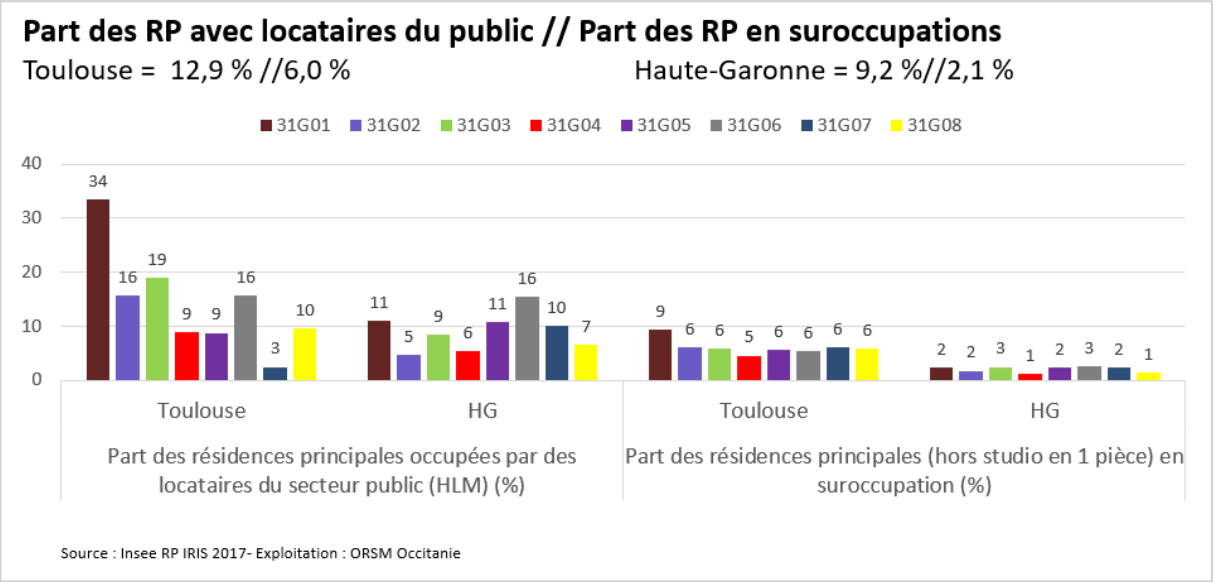
Concernant la disparité de la composition des familles, soulignons la situation atypique du secteur 1 pour Toulouse où 10 % des familles sont **des familles nombreuses** composées de 3 enfants ou plus (*vs* 5,7 % en moyenne).

FIGURE 1 : DISPARITÉS DE LA COMPOSITION DES FAMILLES



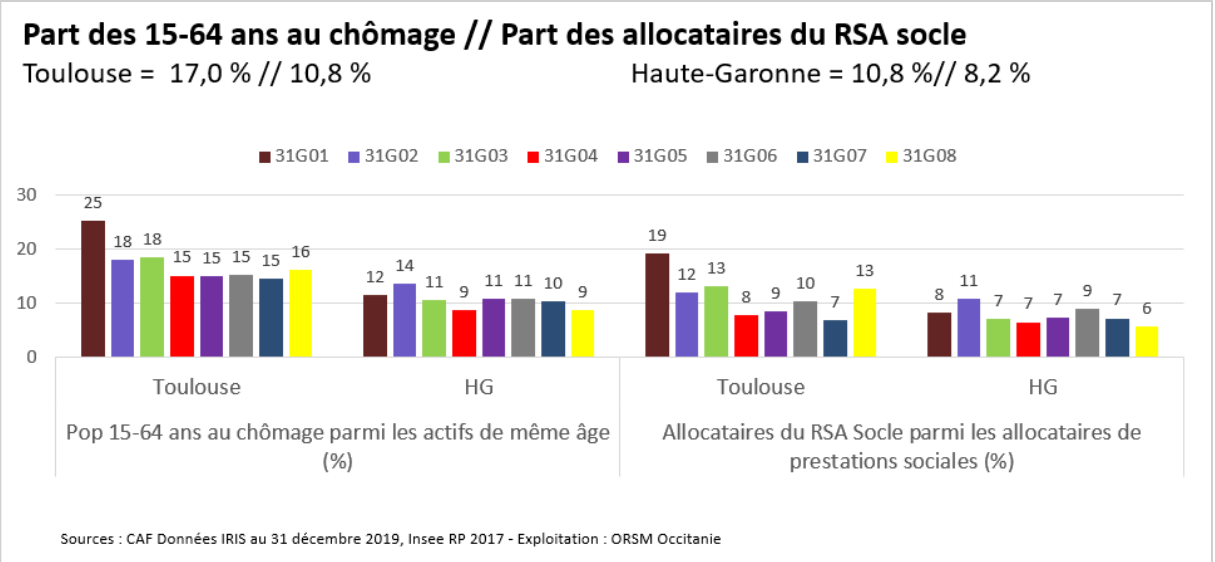
Dans une analyse **des conditions de logement et de disparité d'occupation**, il apparaît que 34 % des résidences sur le secteur 1 sont des logements sociaux (*vs* 12,9 % en moyenne) et c'est aussi sur ce secteur que la part des résidences principales en suroccupation est la plus forte (9 % *vs* 6 % en moyenne).

FIGURE 2 : CONDITIONS LOGEMENT : DISPARITÉ D'OCCUPATION



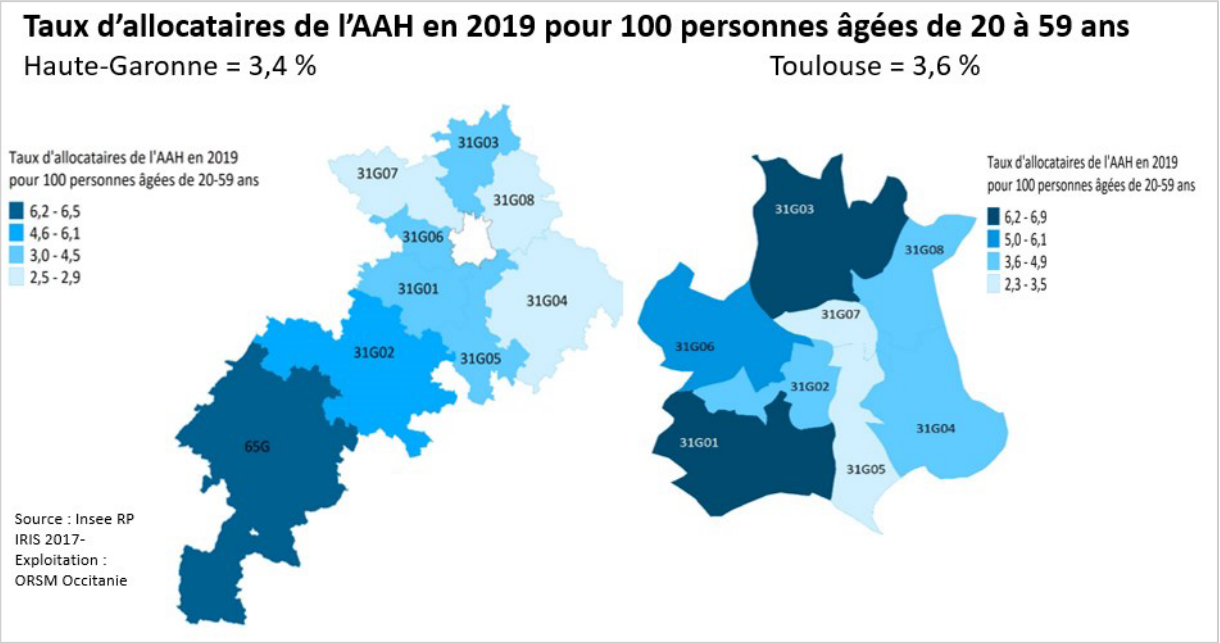
Les populations les plus touchées par **la fragilité sociale et économique** sont aussi repérées de manière plus importante sur le secteur 1 (25 % pour le chômage *vs* 17 % en moyenne et 19 % pour le RSA *vs* 11 % en moyenne).

FIGURE 3 : DES POPULATIONS PLUS TOUCHÉES PAR LE CHÔMAGE



L'analyse de la disparité de la répartition **des bénéficiaires de l'AAH** indique là encore de réelles particularités sur le territoire. Les secteurs 1 et 3 sont plus concernés que les autres territoires.

CARTE 4 : DISPARITÉ DE LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH



L'analyse transversale de différents indicateurs conclut que tous les territoires ne sont pas équivalents concernant les déterminants de la santé mentale.

Le secteur 1 est par exemple composé du quartier du Grand Mirail qui compte plus 30 000 habitants dont 50 % d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté. Si ces éléments apparaissent de manière évidente pour ce territoire, le secteur 3, dont la croissance de population est forte et où le nombre de personnes bénéficiant des minimas sociaux et des allocataires de l'AAH est important, semble aussi être un territoire avec des besoins spécifiques.

Le tableau ci-après retrace l'ensemble des éléments répertoriés et donne des pistes de compréhension de la disparité des situations sur le territoire.

TABLEAU 2 : SPÉCIFICITÉS EN FONCTION DES SECTEURS

TOULOUSE	31G01	31G02	31G03	31G04	31G05	31G06	31G07	31G08
Croissance population	+	+	+++	++	-	+++	-	+
Vit seul.e	--	+	-	+	+++	-	+++	-
Indice de vieillissement								+++
Conditions de logement (locataire HLM et suroccupation)	+++	++	++	---	---	+	--	--
Conditions économiques (chômage et RSA)	+++	++	+++	---	---	---	---	+
Conditions familiales (Fam monoparentales et Fam 3 enf. ou +)	+++	-	++	-	--	++	---	+
Emploi (employés-ouvriers)	+++	++	+++	-	--	+	---	++
Emploi (cadres)	---	-	---	+	+++	+	+++	-
Taux de pauvreté au seuil de 60 % (QPV)	+++							
Handicap (AAH)	+++	+	+++	+	-	++	-	+

Supérieur moyenne = +++ Inférieur moy = ---

Cet aspect est extrêmement important, car les éléments qualitatifs soulignent que la complexité des accompagnements se situe autant dans la prise en compte des situations sociales (précarité, accès aux droits…), des cooccurrences somatiques et/ou addictives que du traitement des pathologies psychiatriques.

En d'autres termes, les situations doivent être analysées en fonction du nombre de patients accompagnés par les services et établissements, mais aussi au travers des caractéristiques de ces patients. Celles-ci revêtent de multiples formes :

- La pathologie et son évolution, ainsi que l'antériorité des soins ;
- Les conditions de vie, l'environnement, l'accès au droit commun, les ressources des patients ;
- Les capacités des personnes à mobiliser des ressources suite au traitement aigu de la maladie ;
- Le statut médicolégal initiant la prise en charge des personnes.

Pour ce médecin psychiatre expérimenté du secteur public *« tous les schizophrènes ne se valent pas »*. Sous un ton un peu provocateur apparait toute la complexité des situations qui sont conditionnées par la prise en compte et le traitement de la maladie, elle-même surdéterminée par les conditions de vie, l'absence ou non d'habitat, l'accès à la langue, l'absence de soutien familial et social, les comorbidités somatiques et/ou addictives, etc.

CHAPITRE 2.

L'HOSPITALISATION COMPLÈTE EN PSYCHIATRIE, Y COMPRIS HAD AU TRAVERS DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE UNE SEMAINE DONNÉE

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PARTICIPANTS

En Haute-Garonne, l'offre de soins en hospitalisation complète (y compris HAD) est portée par 10 établissements, 2 établissements publics et 8 cliniques privées, regroupant au total 27 unités d'admission et unités de soins de suite et de réhabilitation et 2 services HAD, partenariat engagé par le Centre hospitalier Gérard Marchant et les cliniques de Beaupuy et des Cèdres (groupe Ramsay Santé).

Les 27 unités d'hospitalisation complète des 10 établissements ont participé à l'enquête « une semaine donnée » organisée du 10 au 16 janvier 2022.

→ **100 % des unités ont participé à l'enquête**

PRÉCISIONS AUTOUR DES DONNÉES RECUEILLIES

– Cette enquête permet d'avoir une vision globale et actualisée de la situation. Toutefois, la nature déclarative du recueil des données a pu engendrer de légères divergences entre les réalités de terrain et le déclaratif des professionnels, plus particulièrement sur le volet CMP. En effet, les structures n'enregistrent pas forcément les données sur les demandes en amont des prises en charge et des situations spécifiques ont pu être interprétées de manière différente suivant les personnes qui ont rempli les questionnaires.

– L'enquête a été conduite en situation de crise sanitaire liée à la pandémie par la Covid-19. La semaine du 10 au 16 janvier 2022, correspond à une période de pic concernant les contaminations. Cette situation est à l'origine d'une accentuation de problèmes de ressources humaines en professionnels de santé. De ce fait la capacité d'admissions a pu être légèrement diminuée dans certaines unités.

– 46 personnes (3 %) sur l'ensemble des patients hospitalisés en hospitalisation complète (y compris HAD) ont refusé que leurs données personnelles soient utilisées dans le cadre de cette l'enquête.

– **Certaines informations sont incomplètes, tout particulièrement celles concernant la durée moyenne de séjour par unité enregistrant un nombre important de valeurs manquantes.** Parmi les 35 unités participantes, 16 unités (46 %) n'avaient pas connaissance de la durée moyenne de séjour dans leur unité.

Capacité d'accueil des établissements en psychiatrie adulte

La capacité totale décrite sur la semaine de l'enquête en nombre de lits disponibles est de 1 445 lits : 1 387 lits dédiés à l'hospitalisation complète (lits ouverts, fermés ou fermables), 34 dédiés à l'isolement et 24 lits en HAD.

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS HOSPITALISATION COMPLÈTE (Y COMPRIS EN HAD) DÉCLARÉE DISPONIBLE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE*

Psychiatrie adulte	Nombre de lits déclarés pendant la semaine du 10 au 16 janvier 2022					
	Hospitalisation complète			Lits dédiés à l'isolement	Lits en HAD	Ensemble des lits
	Ouverts	Fermés ou fermables	Total			
Secteur public	254	40	294	26	12	332
Secteur privé	1 069	24	1 093	8	12	1 113
Total	**1 323**	**64**	**1 387**	**34**	**24**	**1 445**

* Cf. annexe 1 : répartition du nombre déclaré de lits par unité et par établissement
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie.

Les établissements publics représentent 23 % tandis que les établissements privés représentent 77 % de l'offre globale de soins en hospitalisation complète (y compris lits dédiés à l'isolement et en HAD) déclarée en Haute-Garonne.
Ramené à la population âgée de 17 ans ou plus (près de 1,11 million de personnes recensées au 1er janvier 2018 en Haute-Garonne), le taux d'équipement en lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte en Haute-Garonne représente 1,31 lit pour 1 000 habitants âgés de 17 ans ou plus, taux inférieur à celui observé au niveau régional (1,34) et supérieur à celui observé au niveau national (1,09) (cf. annexe 2 – répartition des taux d'équipements en lits d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte des départements ayant un nombre d'habitants âgés de 17 ans ou plus proches de celui recensé en Haute-Garonne).

- **1 387[24] lits ont été déclarés disponibles en hospitalisation complète (hors HAD) au moment de l'enquête :**
  - Les unités du secteur public ont déclaré 294 lits disponibles, dont 254 lits « *ouverts* » et 40 lits « *fermés ou fermables* ».
  - Les unités du secteur privé ont déclaré 1 093 disponibles, dont 1 069 lits « ouverts » et 24 lits « *fermés ou fermables* ».
- **34 lits dédiés à l'isolement,** 26 lits dans les établissements publics et 8 dans les établissements privés.

[24] La capacité d'accueil est normalement supérieure, elle était réduite sur la semaine de l'enquête de 24 lits pour des raisons liées à un déficit de professionnels en temps médical et d'une occupation de deux chambres permettant d'accompagner une situation très complexe.

- **24 lits d'hospitalisation à domicile en psychiatrie, PsyDom 31, complètent l'offre de soins en Haute-Garonne.**

Remarque :
Le dispositif d'hospitalisation à domicile Psydom 31 est l'aboutissement d'un partenariat engagé par le Centre hospitalier Gérard Marchant et les cliniques de Beaupuy et des Cèdres (groupe Ramsay Santé). Ce partenariat s'est formalisé dans un groupement de coopération sanitaire qui coordonne l'action de 2 services de 15 places intervenant à domicile soit au total ***30 places en HAD sur l'agglomération toulousaine****.* ***C*ette capacité a dû être réduite à 24 pour des raisons liées à un déficit de professionnels en temps médical. Cette situation dure depuis plusieurs mois**.

Flux des patients (Présents/Entrants-Sortants/Nouvelles demandes)

Pendant la semaine d'enquête organisée du 10 au 16 janvier 2022, **1 525 personnes âgées de 16 ans et plus** étaient hospitalisées à temps plein (y compris en HAD).

Parmi elles :

- **46 (3 %) ont refusé** le traitement de leurs données personnelles dans le cadre de l'enquête ;
- **1 479 (97 %) sont concernées par l'enquête.**

Au cours de la semaine d'enquête, les demandes d'admission reçues par les établissements ont également été recueillies. L'analyse de ces données et de celles des 1 479 personnes concernées par l'enquête (y compris en HAD) porte sur la répartition suivante :

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS ET DES NOUVELLES DEMANDES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE.

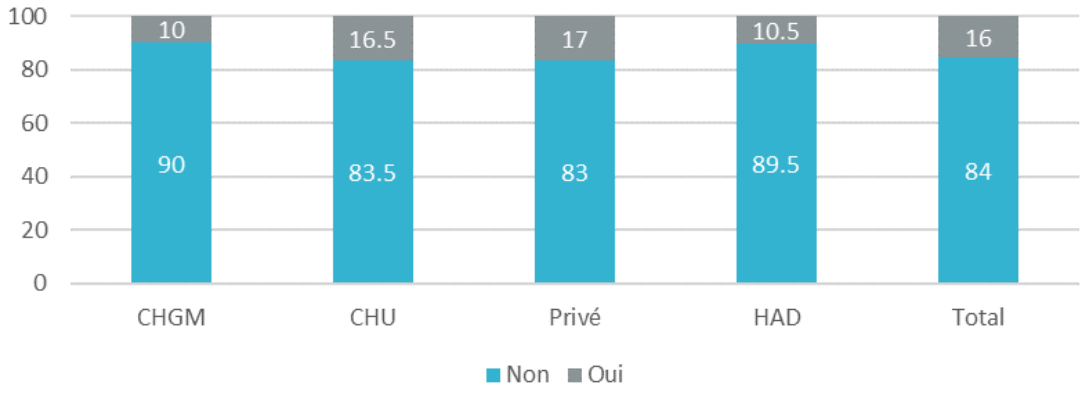
Pendant la semaine d'enquête	Nombre de patients hospitalisés	Nombre d'entrants	Nombre de sortants	Nouvelles demandes d'hospitalisation
Secteur public	320	38	44	72
Secteur Privé	1 140	190	118	206
HAD	19	2	3	2
Total	**1 479**	**230***	**165***	**280**

* Le différentiel entre le nombre d'entrants et le nombre de sortants s'explique que certains lits fermés en raison de la pandémie ou de problèmes RH, ont pu être ré-ouverts au cours de la semaine de l'enquête.

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

- **230 personnes (16 %) sont entrées en hospitalisation** sur la semaine de l'enquête. L'analyse par établissement révèle que la proportion d'entrants est plus élevée au CHU et dans les cliniques privées (autour de 17 %) contre 10 % d'entrants au CHGM.

FIGURE 4 : PART DES PATIENTS ENTRANTS SUR LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE – ENTRANTS OUI/NON (%)

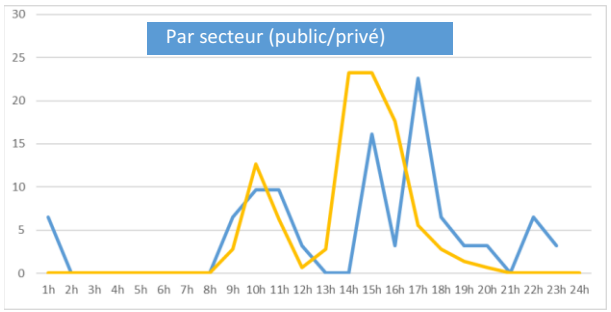


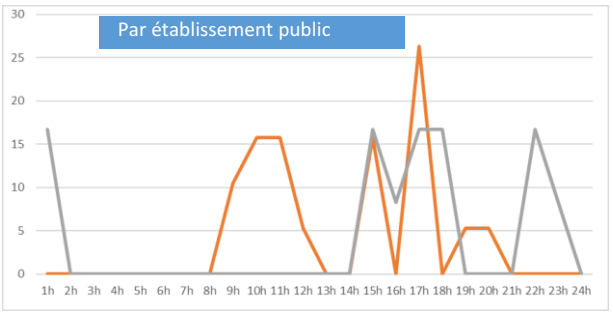
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

La majorité des entrées dans les établissements privés se font entre 9h et 18h (139/142 patients). Au CHGM, 17 patients sont entrés entre 9h et 17h et 2 entre 19h et 20h. Parmi les 12 patients entrants du CHU, 7 sont entrés entre 15h et 18h et 5 pendant la soirée ou la nuit profonde entre 21h et 6h du matin.

FIGURE 5 : RÉPARTITION DES ENTRANTS SELON L'HEURE D'ENTRÉE EN HOSPITALISATION (%)

--- 31 entrants en secteur public
--- 142 entrants en secteur privé
--- 19 entrants CHGM
--- 12 entrants CHU

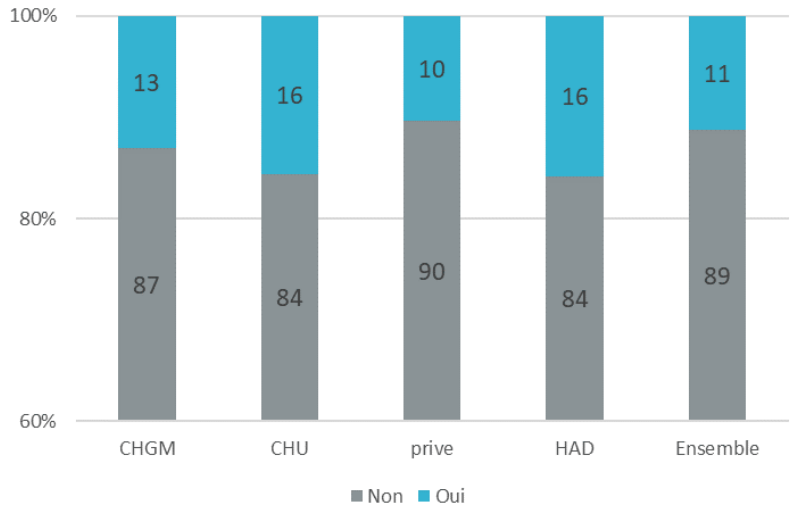




Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

- **165 patients (11 %) sont sortis d'hospitalisation** durant la semaine de l'enquête. L'analyse par établissement révèle que la proportion de sortants est plus élevée au CHU (16 %).

FIGURE 6 : PART DES PATIENTS SORTANTS SUR LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE - SORTANTS OUI/NON (%)



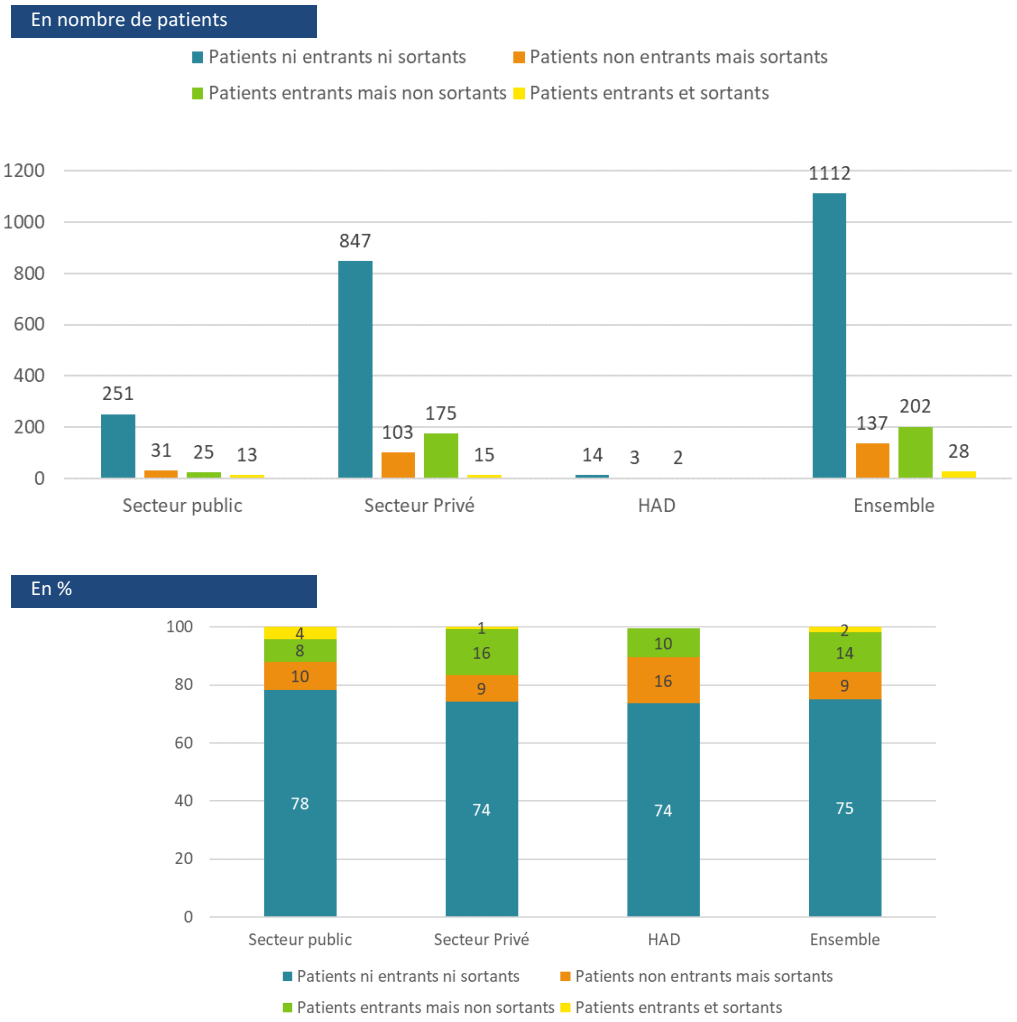
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

- **Globalement, les établissements ont reçu 280 nouvelles demandes d'hospitalisation sur la semaine.**

- **Les trois quarts des patients hospitalisés sur la semaine donnée sont des patients ni entrants ni sortants**

  Sur les 1 479 patients hospitalisés et concernés par l'enquête,
  - 1 249 patients étaient déjà hospitalisés avant le démarrage de l'enquête. Parmi eux, 89 % sont toujours hospitalisés à la fin de la semaine (« *ni entrants ni sortants* ») et 11 % sont sortis au cours de la semaine (« *non entrants et sortants* ») ;
  - Parmi les 230 patients entrants sur la semaine, 88 % sont toujours hospitalisés à la fin de la semaine (« *entrants et non sortants* ») et 12 % sont sortis au cours de la semaine (« *entrants et sortants* »).

FIGURE 7 : FLUX DES PATIENTS SUR LA SEMAINE DONNÉE



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Taux d'occupation sur la semaine donnée

À partir du flux des patients, un nombre de journées d'hospitalisation réalisées lors de l'enquête « une semaine donnée » a été estimé. Le taux global d'hospitalisation (y compris HAD) est estimé à 93,3 %. Ce taux varie de 91,5 % pour les établissements du secteur privé à 99,9 % pour ceux du secteur public.

TABLEAU 5 : ESTIMATION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION OCCUPÉES À LA FIN DE LA SEMAINE ET DU TAUX D'OCCUPATION :

En fin de semaine d'enquête	Secteur public	Secteur privé	Ensemble (hors HAD)	HAD
Estimation du nombre de journées d'hospitalisations théoriques				
Nombre de lits disponibles sur la semaine[1]	294	1 093	1 387	24
Estimation du nombre de journées d'hospitalisation théoriques[2]	2 058	7 651	9 709	168
Estimation du nombre de journées d'hospitalisation réalisées				
Nombre de journées réalisées pour les patients concernés par l'enquête[3]	1 924	6 905	8 829	114
Estimation du nombre de journées réalisées pour les patients « refus »[4]	132	96	228	48
Estimation du nombre total de journées réalisées[4]	2 056	7 001	9 057	162
Estimation taux d'occupation				
Estimation taux d'occupation	99,9 %	91,5 %	93,3 %	96,4 %

[1] les lits disponibles sur la semaine d'enquête sont les lits déclarés « ouverts, fermés ou fermables » par les établissements de santé en hospitalisation complète

[2] En faisant l'hypothèse qu'un lit est occupé 1 jour, sur la semaine d'enquête pour les patients hospitalisés, est estimé le nombre de journées d'hospitalisation théoriques à 7 jours multipliés par le nombre de lits disponibles déclaré sur la semaine par secteur (public ou privé)

[3] A partir de la répartition du flux des patients pendant la semaine de l'enquête (cf. figure 7 page 19), un nombre de journées réalisées d'hospitalisations a été calculé

[4] En faisant l'hypothèse que les patients « refus » ont un nombre moyen de journées d'hospitalisation sur la semaine de l'enquête identique aux patients concernés par l'enquête. Ce nombre moyen est égal à 6 journées

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS

Dans un premier temps, une approche descriptive précise quelles sont les caractéristiques de la population hospitalisée, et dans un second temps, une approche analytique modélise le risque d'hospitalisation selon les facteurs socio-économiques et le type d'établissements.

D'autre part, une précision peut être donnée par établissement lorsqu'il y a une différence significative.

Profil des patients hospitalisés

→ Si dans les établissements publics, les hommes sont majoritaires (58 %), les femmes sont majoritaires dans les établissements privés (59 %).

Sur la semaine du 10 au 16 janvier 2022, le nombre de femmes hospitalisées (55 %) dans un établissement spécialisé en psychiatrie de la Haute-Garonne est supérieur à celui des hommes (45 %).

La proportion (hommes/femmes) est clairement déséquilibrée dans les établissements, et la répartition diffère selon le secteur (public ou privé) des établissements :

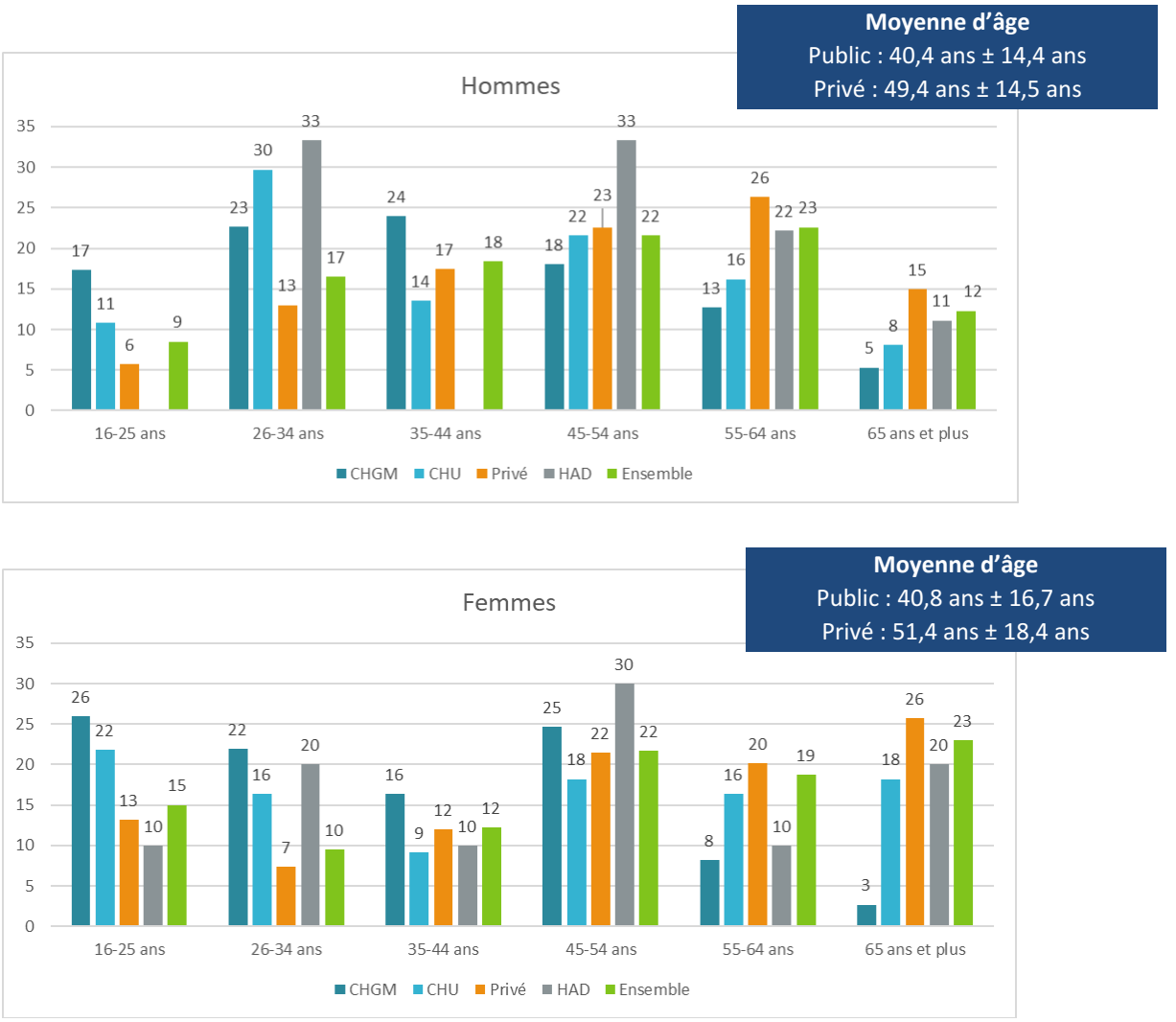
- ✓ Dans le secteur du public : 59 % des patients hospitalisés sont des hommes contre 41 % des femmes.
- ✓ Dans le secteur privé : 42 % des patients hospitalisés sont des hommes contre 58 % de femmes.

→ La moyenne d'âge est plus élevée dans le privé, 51 ans ± 17 ans, contre 40 ans ± 15 ans dans le public.

Au moment de l'enquête, les patients hospitalisés (hors patients en HAD) sont âgés de 48 ans (± 17 ans) en moyenne.

- ✓ Six patients sur dix sont âgés de 45 ans ou plus (60 %).
  La proportion de patients âgés de 45 ans ou plus est plus élevée dans le privé (66 % contre 40 % dans le public).
- ✓ Quatre sur dix sont âgés entre 16 et 44 ans (40 %).
  La proportion de patients âgés entre 16 et 44 ans est plus élevée dans le public (60 % contre 34 % dans le privé).

FIGURE 8 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR ÂGE ET LEUR SEXE (% PARMI LES PATIENTS DE MÊME SEXE) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Diagnostic principal des patients hospitalisés

Au moment de l'enquête, la quasi-totalité des patients hospitalisés (96 %) a un diagnostic principal connu. Pour 4 % des patients, le diagnostic principal n'est pas posé (2 %) ou n'est pas connu (2 %).

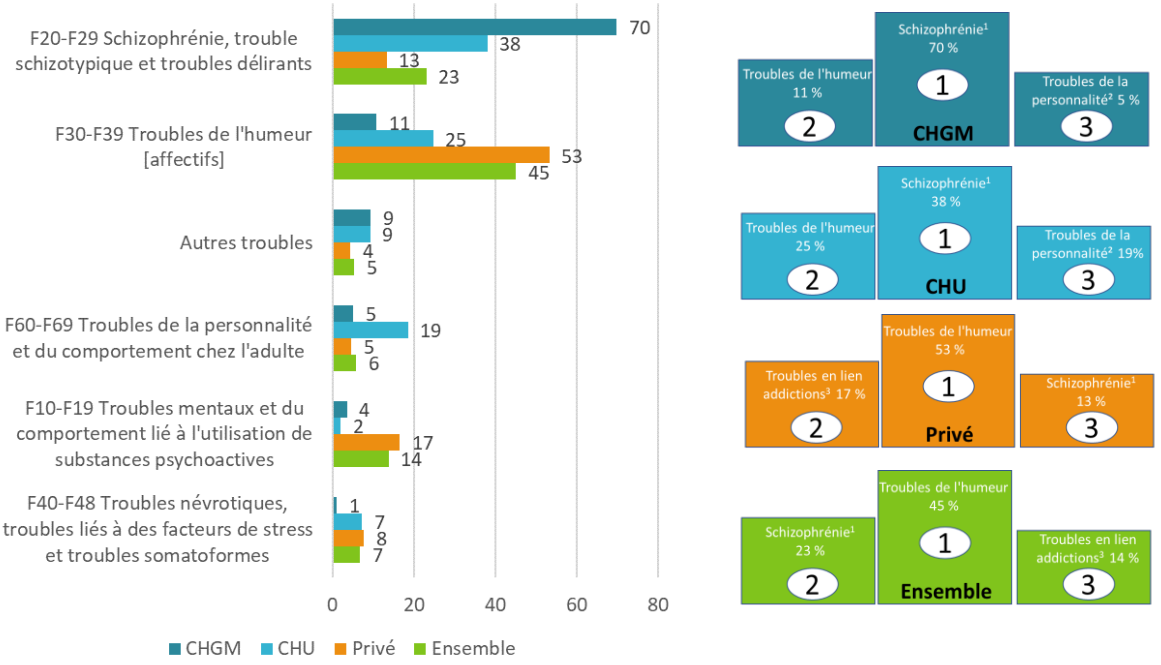
→ Des patients majoritairement avec un diagnostic principal posé de troubles de l'humeur

Parmi les patients ayant un diagnostic principal connu, 45 % souffrent de troubles de l'humeur (CIM10 F30-F39) et un quart (23 %) de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants (CIM10 F20-F29), 14 % présentent des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (CIM10 F10-F19), 7 % des troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou troubles somatoformes (CIM 10 F40-F48), 6 % des troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (CIM10 F60-F69). Les 5 % restants présentent d'autres troubles.

La fréquence des diagnostics observés chez les patients hospitalisés varie selon les établissements :

- Au CHGM, les patients atteints de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants représentent 70 % des patients hospitalisés ayant un diagnostic principal connu, les troubles de l'humeur 11 % et les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 5 %.
- Au CHU, nous retrouvons la même hiérarchisation des diagnostics avec des écarts entre les proportions moins importants : 38 % des patients hospitalisés souffrent de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants, 25 % de troubles de l'humeur et 19 % de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.
- Dans les cliniques privées, ce sont les troubles de l'humeur qui arrivent en première position avec 53 % des patients. Puis, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives 17 % et 13 % des patients hospitalisés souffrent de troubles schizophréniques.

FIGURE 9 : RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DES PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



[1] Schizophrénie : CIM10 F20 à F29
[2] Troubles de la personnalité : CIM10 F60 à F69
[3] Troubles en lien aux addictions : CIM 10 F10 à F19

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Lieu de résidence des patients hospitalisés

La majorité des patients hospitalisés dans les établissements de la Haute-Garonne ont un lieu de domicile connu (95 %).

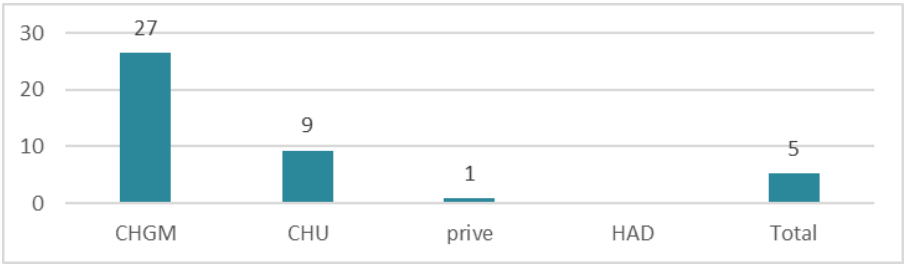
TABLEAU 6 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR LIEU DE DOMICILE – HOSPITALISATION COMPLÈTE (Y COMPRIS HAD)

	Établissements publics		Établissements privés		Ensemble des établissements *	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Haute-Garonne (hors Toulouse)	112	35	422	37	542	37
Toulouse	122	39	343	31	476	33
Autres départements Occitanie	12	3	289	26	301	21
Autres régions	3	1	61	5	64	4
Sans lieu de domicile connu	68	23	10	1	78	5
Ensemble	317	100	1 125	100	1 461	100

* y compris HAD
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

- **70 %** d'entre eux sont des **habitants de la Haute-Garonne**. Un tiers réside à Toulouse et 37 % en dehors de la ville de Toulouse.
- **21 %**, soit un patient sur cinq, réside **dans un autre département de la région d'Occitanie**. Cette proportion est plus élevée dans le secteur privé. 31 %, soit trois patients sur dix, sont des patients du secteur privé qui ont leur lieu de domicile dans un autre département que la Haute-Garonne contre 14 % du secteur public. Parmi les patients du privé vivant dans un autre département, 37 % vivent dans le département du Tarn, 20 % dans l'Ariège et 10 % dans le Tarn-et-Garonne.
- **4 %**, soit moins d'un patient sur vingt, proviennent **d'une autre région**.
- **5 %** ont un lieu de domicile inconnu. Cette proportion est plus élevée dans le secteur public. 22 % contre 1 % dans le secteur privé. Si on regarde par établissement, près de 3 patients sur 10 (27 %) du CHGM sont sans lieu de domicile connu, contre environ un patient sur dix (9 %) du CHU.

FIGURE 10 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SANS LIEU DE DOMICILE CONNU (%)



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

→ **Un pourcentage plus élevé de patients sans lieu de domicile connu sur le CHGM (27 %).**

Couverture par une complémentaire santé

Près des trois quarts des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête (74 %) ont une complémentaire santé distincte de la C2S (anciennement appelée la CMUc). Un sur cinq (20 %) bénéficie de la complémentaire santé solidaire (C2S) et 6 % sont sans mutuelle connue.

→ **La majorité des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont une complémentaire santé.**

Cette répartition diffère selon le secteur d'activité des établissements. Un quart des patients (26 %) hospitalisés au sein des établissements du public pendant la semaine de l'enquête sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire C2S (anciennement appelée la CMUc) contre 19 % des patients des établissements du privé. Ceci traduit une proportion élevée de patients dans le secteur du public avec de faibles revenus.

TABLEAU 7 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR COMPLÉMENTAIRE SANTÉ – HOSPITALISATION COMPLÈTE

	CHGM		CHU		Établissements du privé		Ensemble des établissements*	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Patients avec la C2S	70	32	13	13	214	19	300	20
Patients avec une mutuelle hors C2S	130	58	63	65	880	77	1 089	74
Information inconnue	23	10	21	22	46	4	90	6
Total	223	100	97	100	1 140	100	1 479	100

* y compris HAD
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

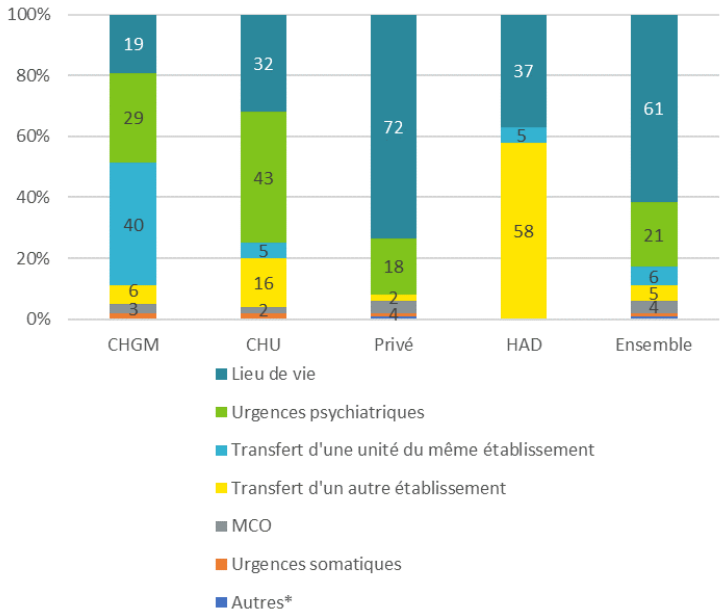
Provenance des patients

→ **Six patients sur dix arrivés en soins psychiatriques directement par leur lieu de vie.**

Six patients sur dix hospitalisés pendant la semaine de l'enquête sont entrés directement en provenance de leur lieu de vie et un sur cinq en provenance des urgences psychiatriques. Les transferts concernent un patient sur dix.

Ces proportions varient d'un établissement à un autre. Pour les patients du privé, leur provenance est majoritairement leur lieu de vie (72 %). Pour ceux du CHU, la majorité des patients proviennent des urgences psychiatriques (43 %). Pour ceux du CHGM, la provenance des patients hospitalisés pendant la semaine d'enquête est majoritairement un transfert d'une unité du CHGM (40 %). 86 % des patients du CHGM sont connus.

FIGURE 11 : RÉPARTITION DES PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LE LIEU DE PROVENANCE DE LA PERSONNE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE

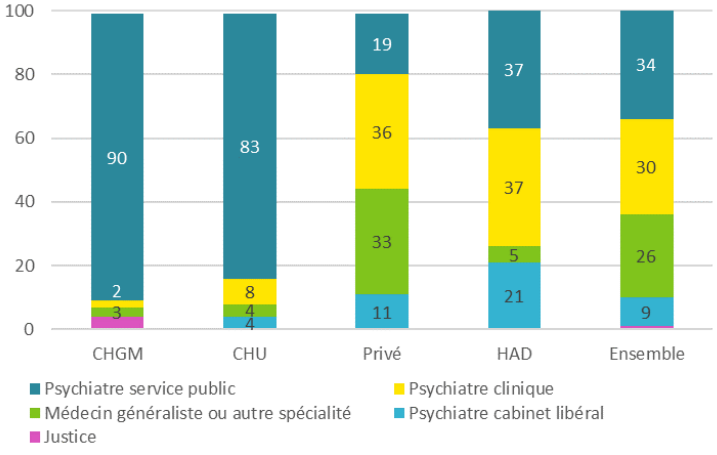


*Etablissement spécialisé addictions ou SSR
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

→Près des deux tiers des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont été adressés par un psychiatre d'un établissement de santé

Plus d'un tiers des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont été adressés par un psychiatre du secteur public (34 %) et trois sur dix par un psychiatre des cliniques privées. Un quart a été adressé par un médecin généraliste ou un médecin d'une autre spécialité et, un sur dix par un psychiatre exerçant une activité en cabinet libéral (9 %). La justice a adressé un patient sur 100.

FIGURE 12 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LE PROFESSIONNEL QUI LES A ADRESSÉ (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

CARACTÉRISTIQUE DES HOSPITALISATIONS

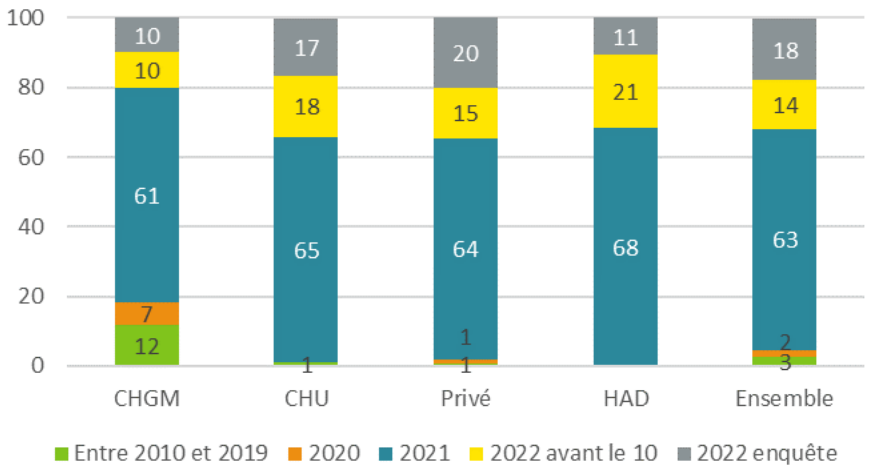
Début d'hospitalisation

→ La plupart des patients hospitalisés avant le début de l'année 2022.

Près de sept patients sur dix (68 %) ont une date de début d'hospitalisation déclarée entre le 1er juillet 2010 et le 31 décembre 2021. Cette proportion varie selon les établissements.

Concernant le CHGM, ce sont huit patients sur dix qui ont été hospitalisés en 2021 ou les années antérieures. Pour les patients du CHU ou des établissements du privé, cela concerne les deux tiers des patients hospitalisés et recensés pendant la semaine de l'enquête.

FIGURE 13 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR ANNÉE DE DÉBUT D'HOSPITALISATION (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



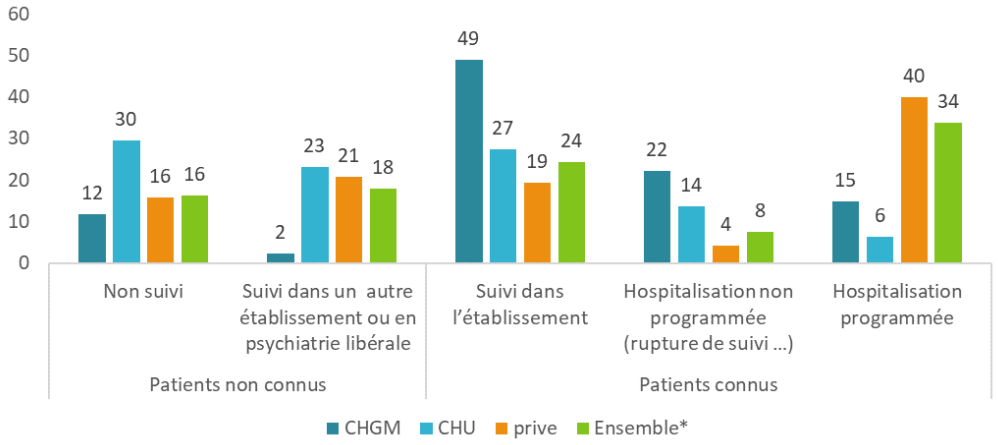
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Parcours de soin

Les deux tiers des patients hospitalisés au moment de l'enquête sont connus de l'établissement où ils sont pris en charge.

Cette proportion varie d'un établissement à un autre, 47 % des patients pris en charge par le CHU sont connus de l'établissement, 63 % pour les patients des cliniques privées et 86 % pour ceux du CHGM.

FIGURE 14 : PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR PARCOURS DE SOIN (% PARMI L'ENSEMBLE DES PATIENTS PAR ÉTABLISSEMENT) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



*Hors hAD

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Patients hospitalisés sans consentement

Plus de huit patients sur dix (85 %) sont hospitalisés en soins libres. 15 % le sont sans consentement.

Des disparités sont observées au sein des établissements. Concernant le CHGM, ce sont 68 % des patients qui sont hospitalisés sans consentement. Cette proportion est de 31 % pour les patients hospitalisés au sein du CHU pendant la semaine d'enquête. Celle-ci est de 4 % pour les patients hospitalisés au sein des cliniques privées.

→ **Moins d'un patient sur cinq hospitalisé sans consentement**

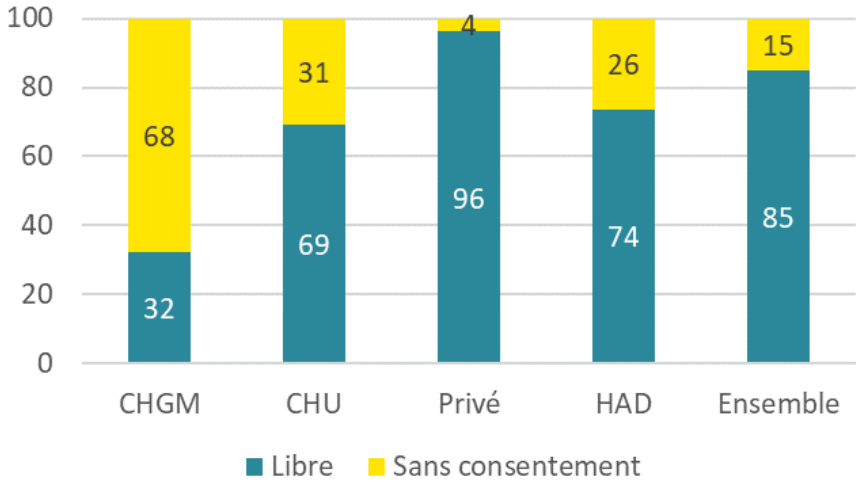
TABLEAU 8 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR MODE D'HOSPITALISATION (NOMBRE)

Hospitalisation complète	Soins	
	Libre	Sans consentement
CHGM*	72	151
CHU	67	30
Cliniques privées*	1 081	40
HAD	14	5
Total	1 234	226

* hors HAD

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 - Exploitation : ORSM Occitanie

FIGURE 15 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR MODE D'HOSPITALISATION (%)

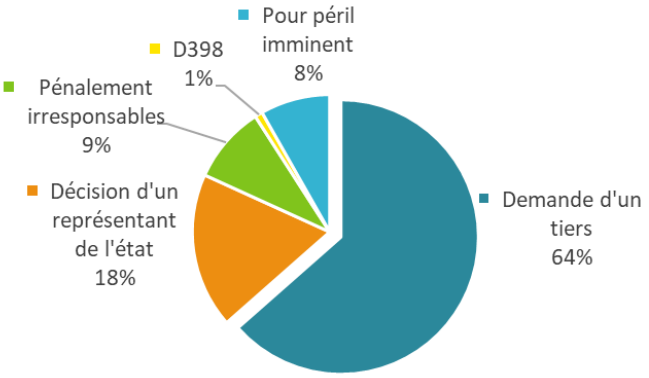


Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 - Exploitation : ORSM Occitanie

→ Près des deux tiers des patients hospitalisés sans consentement, le sont à la demande d'un tiers et un sur cinq sur décision d'un représentant de l'État

Parmi les patients hospitalisés sans consentement, près des deux tiers des patients (64 %) le sont pour des soins à la demande d'un tiers et un sur cinq (18 %) pour des soins sur décision d'un représentant de l'État. Un patient sur dix reçoit des soins sans consentement pour avoir été jugé pénalement irresponsable. L'ensemble de ces patients sont hospitalisés au sein du CHGM.

FIGURE 16 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC DES SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA MODALITE DE LA CONTRAINTE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 - Exploitation : ORSM Occitanie

TABLEAU 9 : PART DES PATIENTS JUGÉS PÉNALEMENT IRRESPONSABLE PARMI LES PATIENTS PRISE EN CHARGE EN SOIN SANS CONSENTEMENT

Parmi les patients hospitalisés déclarés en soins sans consentement au moment de l'enquête	CHGM	CHU	Privé	HAD	Total	
					Nombre	%
Patients jugés pénalement irresponsables	20	0	0	0	20	9,6
Autres patients en soins sans consentement	131	30	40	5	206	90,4
Total	151	30	40	5	226	100

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

TABLEAU 10 : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN SOIN SANS CONSENTEMENT PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE

Nombre de patients en soins sans consentement	CHGM	CHU	Privé	HAD	Total
À la demande d'un tiers	81	21	33	4	139
Sur décision d'un représentant de l'état	34	5	0	1	40
Jugées pénalement irresponsables	20	0	0	0	20
D398	2	0	0	0	2
Pour péril imminent	12	3	3	0	18
Inconnu	2	1	4	0	7
Ensemble des patients en soins sans consentement	151	30	40	5	226

Valeurs manquantes : 26 patients (2 %)
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Durée moyenne de séjour déclarée

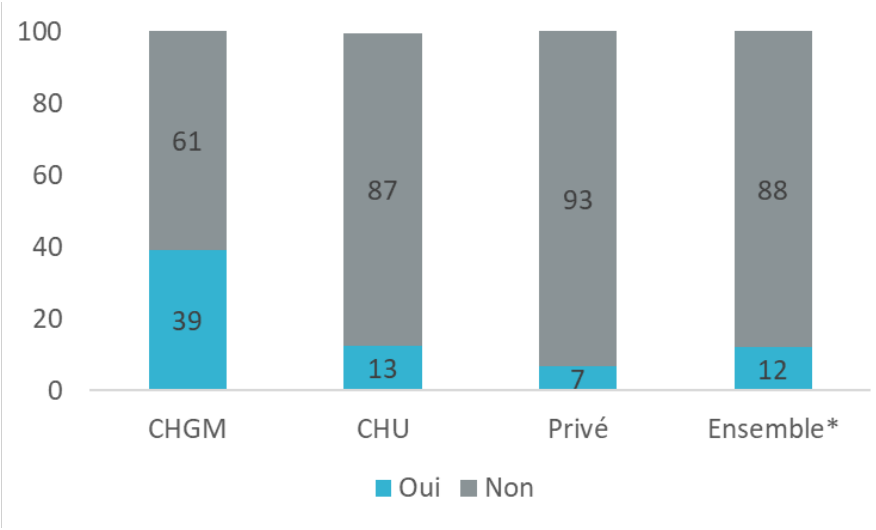
La durée moyenne de séjour (DMS) a été renseignée pour 19 unités ayant participé à l'enquête.

Parmi les unités d'admissions (UA) du secteur public ayant renseigné l'item, la DMS varie de 30 jours à 59 jours. Pour les quatre unités des cliniques privées, la DMS déclarée varie de 42 jours à 63 jours. Certaines unités ont des prises en charge spécifiques (personnes âgées, situations complexe…) et ont déclaré des DMS plus importantes que les autres (cf. Annexe 3 - Répartition des DMS déclarées par unité et par établissement).

Patients hospitalisés en longue durée

La grande majorité des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête (87 %) ne sont pas en hospitalisation de longue durée[25]. 12 % le sont. Des disparités sont observées au sein des établissements. Les patients hospitalisés au sein du CHGM sont plus fréquemment concernés par des hospitalisations de longue durée : 39 % des patients du CHGM. Les patients au sein des cliniques privées sont moins souvent hospitalisés en longue durée (7 %).

FIGURE 17 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE EN HOSPITALISATION LONGUE DURÉE (OUI/NON) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE (HORS HAD)



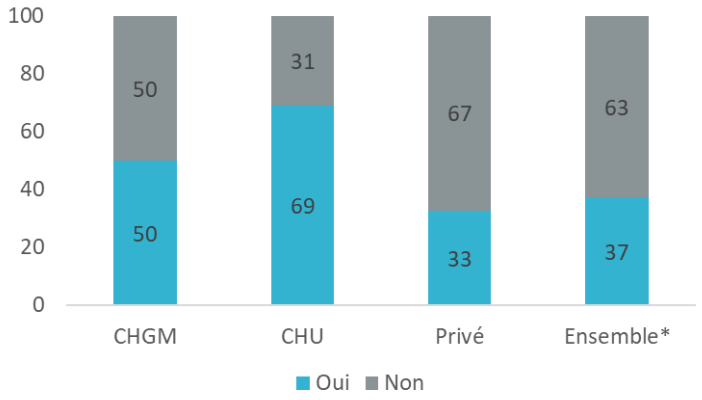
* hors HAD - Valeurs manquantes : 43 patients (3 %)
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Patients hospitalisés avec une prise en charge ou un parcours complexe[26]

Près de quatre patients sur dix (37 %) hospitalisés pendant la semaine de l'enquête sont concernés par une prise en charge ou un parcours qualifié par les équipes soignantes de complexe. Cette proportion est hétérogène d'un établissement à un autre. Elle varie d'un tiers pour les patients hospitalisés au moment de l'enquête au sein des cliniques privées à 69 % pour ceux au sein du CHU.

[25] Définie comme une hospitalisation supérieure à 292 jours dans l'année, continus ou non
[26] Une prise en charge ou un parcours complexe recoupe les comorbidités et des situations administratives qui rendent les séjours longs dans les établissements et mobilisent beaucoup de ressources humaines : somatiques, addictives (notamment aux drogues), précarité, troubles de la personnalités, trouble du spectre autistique ou du développement avec trouble grave du comportement justifiant des indications de mise en chambre d'isolement

FIGURE 18 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UNE PRISE EN CHARGE OU UN PARCOURS COMPLEXE (OUI/NON) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE (HORS HAD)



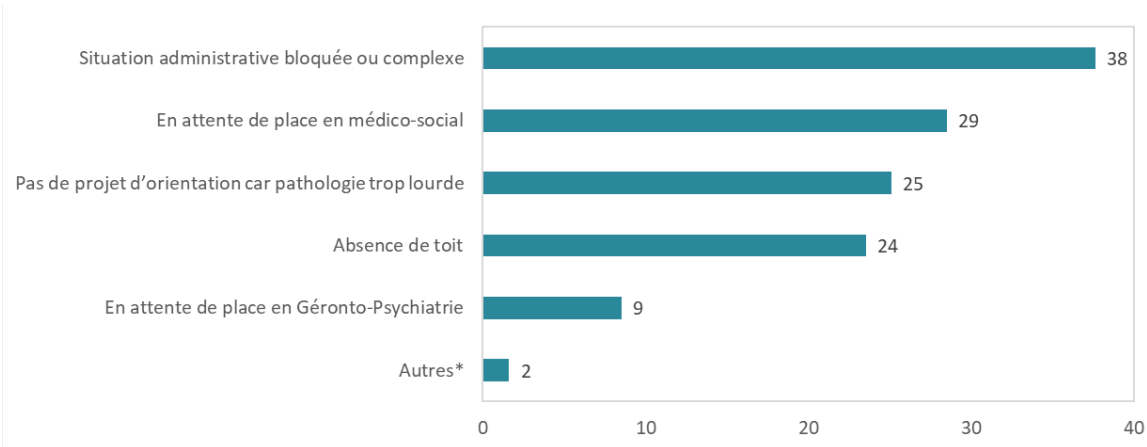
* hors HAD - Valeurs manquantes : 86 patients (6 %)
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Freins de sortie identifiés

319 patients, soit un patient sur cinq (22 %), hospitalisés pendant la semaine d'enquête, présentent des freins à la sortie.

Le frein le plus souvent cité est une situation administrative bloquée ou complexe (38 % - 120 patients). Viennent ensuite une attente de place dans le secteur du médicosocial (29 % - 91 patients), un projet d'orientation inexistant en lien avec une pathologie trop lourde (25 % - 80 patients) et une absence de toit (24 % - 75 patients). Les points de vue des acteurs développés ci-après donnent des éléments explicites à ces constats.

FIGURE 19 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LES FREINS À LA SORTIE IDENTIFIÉS (PLUSIEURS FREINS IDENTIFIÉS POSSIBLES) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



*en attente d'une place en appartements thérapeutiques ou d'électricité à domicile, isolement social, absence d'une IDE libérale disponible au domicile, stabilisation
Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Focus sur les patients sortants au moment de l'enquête

→ Les patients sortants au moment de l'enquête ont eu une durée d'hospitalisation de 44 jours en moyenne (± 116 jours).

Pendant la semaine d'enquête, 165 patients sont sortis d'hospitalisation représentant 11 % de l'ensemble des patients présents ou entrants la même semaine. Leur durée d'hospitalisation varie de 0 à 976 jours. La moitié des patients sortants pendant la semaine d'enquête est restée hospitalisée au maximum trois semaines voire moins. 42 % ont une durée d'hospitalisation entre 4 et 12 semaines. Et un patient sortant sur dix a été hospitalisé trois mois et plus. Les hospitalisations de longue durée (supérieures à 292 jours) ont concerné quatre patients sortants.

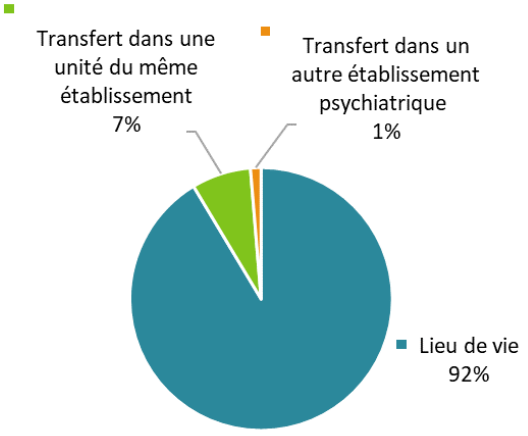
TABLEAU 11: PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE ET SORTANTS DANS LA MÊME SEMAINE SELON LEUR DURÉE D'HOSPITALISATION – HOSPITALISATION COMPLÈTE

	Nombre	%
0 à 7 jours (semaine d'enquête)	38	26 %
8 à 21 jours (2 à 3 semaines)	33	23 %
22 à 42 jours (4 à 6 semaines)	38	26 %
43 à 84 jours (7 à 12 semaines)	23	16 %
85 jours ou plus (13 semaines ou plus)	13	9 %
Ensemble des patients sortants	145	100 %

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

→ Neuf patients sortants sur dix ont été orientés vers leur lieu de vie (domicile ou substitut tel qu'un établissement médicosocial ou social)

FIGURE 20 : PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE ET SORTANTS LA MEME SEMAINE SELON LE LIEU D'ORIENTATION (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE



Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

PROFILS ET FACTEURS D'HOSPITALISATION EN FONCTION DU DIAGNOSTIC DU PATIENT :
ANALYSE MULTIVARIÉE EN RÉGRESSION LOGISTIQUE

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES :

Une modélisation des profils des patients en fonction de leur diagnostic principal a été réalisée à l'aide d'une analyse multivariée en régression logistique.
Est-ce que le genre, l'âge, le lieu de domicile, le type de besoins de soins (libre ou sans consentement) permettent de « majorer » ou de « minorer » ce phénomène ?

Patients avec un diagnostic principal de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants

Le fait d'être hospitalisé au moment de l'enquête avec un diagnostic principal posé de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants » est significativement :

→ plus fréquent parmi les patients âgés entre 26 et 64 ans ; vivant à Toulouse ou sans domicile connu ; hospitalisés sans consentement ; connus par l'établissement

→ moins fréquent parmi les femmes ; hospitalisées au sein d'une clinique privée

TABLEAU 12 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UNE SCHIZOPHRÉNIE, UN TROUBLE SCHIZOTYPIQUE OU DES TROUBLES DÉLIRANTS – HOSPITALISATION COMPLÈTE

	Patients avec une schizophrénie… Oui %	Effet minoré (-) ou majoré (+)	Odds ratio	p
Sexe				
- Hommes	29,0	réf.		
- Femmes	16,2	-	0,7	**
Age				
- 16-25 ans	17,5	réf.		
- 26-34 ans	33,2	+	2,0	*
- 35-44 ans	27,1	+	2,0	*
- 45-54 ans	23,4	+	2,0	*
- 55-64 ans	22,2	+	2,2	**
- 65 ans ou plus	10,2		1,0	ns
Lieu de vie :				
- Vit en Haute-Garonne (hors Toulouse)	18,8	réf.		

	Patients avec une schizophrénie… Oui %	Effet minoré (-) ou majoré (+)	Odds ratio	p
- Vit à Toulouse	27,9	+	1,5	*
- Vit ailleurs dans un autre département	11,0		1,0	ns
- Sans domicile connu	51,0	+	1,8	*
Lieu d'hospitalisation au moment de l'enquête				
- CHGM	60,0	réf.		
- CHU	38,1		0,9	ns
- Privé	12,9	-	0,3	***
- HAD	31,6		0,9	ns
Mode de soins psychiatriques				
Soins libres	14,9	réf.		
Sans consentement	60,2	+	3,1	***
Parcours de soins				
Patients non connus	13,7	réf.		
Patients connus	26,1	+	2,0	***
Frein à la sortie identifié – Projet inexistant en lien avec une pathologie trop lourde				
Oui		réf.		
Non			0,3	***

p est la significativité du lien donnée par le test du chi2 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ns p >=0,05

Lecture du tableau : un odds ratio ajusté = 1,8 significatif (* = p<0,05) pour les patients sans domicile connu, signifie que le fait d'être hospitalisé avec une schizophrénie…est significativement plus fréquent parmi les patients sans domicile connu que les patients vivant en Haute-Garonne (hors Toulouse) (réf), toutes choses égales par ailleurs.

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Patients avec un diagnostic de trouble de l'humeur

Le fait d'être hospitalisé au moment de l'enquête avec un diagnostic principal posé de troubles de l'humeur » est significativement :

→ plus fréquent parmi les femmes ; âgées de 35 ans ou plus et tout particulièrement les 65 ans ou plus ; vivant à Toulouse ; hospitalisées au sein du CHU ou d'une clinique privée ; et ayant une complémentaire santé type mutuelle (hors C2S)

→ moins fréquent parmi les patients : avec une prise en charge ou un parcours complexe.

TABLEAU 13 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UN TROUBLE DE L'HUMEUR – HOSPITALISATION COMPLÈTE

	Patients avec un trouble de l'humeur Oui %	Effet minoré (-) ou majoré (+)	Odds ratio	p
Sexe				
- Hommes	31,5	réf.		
- Femmes	51,7	+	1,9	***
Age				
- 16-25 ans	28,3	réf.		
- 26-34 ans	28,3		1,4	ns
- 35-44 ans	32,9	+	1,7	*
- 45-54 ans	44,3	+	2,2	***
- 55-64 ans	43,4	+	2,2	**
- 65 ans ou plus	68,1	+	5,2	***
Lieu de vie :				
- Vit en Haute-Garonne (hors Toulouse)	41,3	réf.		
- Vit à Toulouse	42,0	+	1,5	**
- Vit ailleurs dans un autre département	53,7		1,3	ns
- Sans domicile connu	11,5		0,9	ns
Lieu d'hospitalisation au moment de l'enquête				
- CHGM	9,4	réf.		
- CHU	24,7	+	2,6	*
- Privé	51,0	+	5,4	***
- HAD	26,3		1,3	ns
Complémentaire santé				
Inconnu	21,1	réf.		
C2S	30,0		1,0	ns
Mutuelle (hors C2S)	47,9	+	1,9	*
Prise en charge/parcours complexe[27]				
Non	48,8	réf.		
Oui	32,8	-	0,6	***

p est la significativité du lien donnée par le test du chi2 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ns p >=0,05

Lecture du tableau : un odds ratio ajusté = 5,2 significatif (*** = p<0,001) pour les patients âgés de 65 ans ou plus, signifie que le fait d'être hospitalisé avec un trouble d'humeur est significativement plus fréquent parmi les patients âgés de 65 ans ou plus que les patients âgés de 16 à 25 ans (réf), toutes choses égales par ailleurs.

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

[27] Une prise en charge ou un parcours complexe recoupe les comorbidités et des situations administratives qui rendent les séjours longs dans les établissements et mobilisent beaucoup de ressources humaines : somatiques, addictives (notamment aux drogues), précarité, troubles de la personnalités, trouble du spectre autistique ou du développement avec trouble grave du comportement justifiant des indications de mise en chambre d'isolement

Patients avec des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives (CIM10 F10-F19) (noté troubles liés aux addictions)

Le fait d'être hospitalisé au moment de l'enquête avec un diagnostic principal posé de troubles liés aux addictions » est significativement :

→ plus fréquent parmi les patients âgés de 26 à 54 ans ; hospitalisés au sein d'une clinique privée ; avec une prise en charge ou un parcours complexe.

→ moins fréquent parmi les femmes ; hospitalisées en soins psychiatriques sans consentement ; ayant au moins un frein à la sortie identifié.

TABLEAU 14 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UN TROUBLE LIE AUX ADDICTIONS – HOSPITALISATION COMPLÈTE

	Patients avec un trouble lié aux addictions Oui %	Effet minoré (-) ou majoré (+)	Odds ratio	p
Sexe				
- Hommes	20,8	réf.		
- Femmes	6,8	-	0,3	***
Age				
- 16-25 ans	6,2	réf.		
- 26-34 ans	15,5	+	2,3	*
- 35-44 ans	22,7	+	3,4	**
- 45-54 ans	17,1	+	2,5	*
- 55-64 ans	12,6		1,3	ns
- 65 ans ou plus	3,8	-	0,3	*
Lieu de vie :				
- Vit en Haute-Garonne (hors Toulouse)	12,9	réf.		
- Vit à Toulouse	11,1		1,0	ns
- Vit ailleurs dans un autre département	17,5		1,3	ns
- Sans domicile connu	6,3		0,4	ns
Lieu d'hospitalisation au moment de l'enquête				
- CHGM	3,1	réf.		
- CHU	2,1		0,4	ns
- Privé	15,9	+	3,6	**
- HAD	15,8	+	4,4	ns
Mode de soins psychiatriques				
Soins libres	14,8	réf.		
Sans consentement	3,1	-	0,4	*
Prise en charge/parcours complexe				
Non	12,7	réf.		
Oui	13,3	+	2,0	**

Parcours de soins				
Patients non connus	15,1	réf.		
Patients connus	12,0		0,9	ns
Au moins un frein à la sortie identifié				
Non	14,4	réf.		
Oui	8,2	-	0,5	*

p est la significativité du lien donnée par le test du chi2 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 ; ns p >=0,05

Lecture du tableau : un odds ratio ajusté = 0,4 significatif (* = p<0,05) pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement, signifie que le fait d'être hospitalisé avec des troubles liés aux addictions est significativement moins fréquent parmi les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement que les patients en soins libres (réf), toutes choses égales par ailleurs.

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE
EN QUELQUES POINTS CLÉS

- **100 % des unités ont participé à l'enquête.**
- **Dans les établissements publics, les hommes sont majoritaires (58 %), les femmes sont majoritaires dans les établissements privés (59 %).**
- **La moyenne d'âge est plus élevée dans le privé, 51 ans ± 17 ans, contre 40 ans ± 15 ans dans le public.**
- **Des patients majoritairement avec un diagnostic principal posé de troubles de l'humeur, mais :**
  - Au CHGM, les patients atteints de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants représentent 70 % des patients hospitalisés ayant un diagnostic principal connu, les troubles de l'humeur 11 % et les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte 5 %.
  - Au CHU, nous retrouvons la même hiérarchisation des diagnostics avec des écarts entre les proportions moins importants, 38 % des patients hospitalisés souffrent de schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants, 25 % de troubles de l'humeur et 19 % de troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.
  - Dans les cliniques privées, ce sont les troubles de l'humeur qui arrivent en première position, 53 % des patients. Puis, les troubles liés à l'utilisation de substance psychoactives 17 % et 13 % des patients hospitalisés souffrent de troubles schizophréniques
- **Un pourcentage plus élevé de patients sans lieu de domicile connu sur le CHGM (27 %).**
- **La majorité des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont une complémentaire santé.**
- **Six patients sur dix arrivés en soins psychiatriques directement depuis leur lieu de vie.**
- **Près des deux tiers des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont été adressés par un psychiatre d'un établissement de santé.**
- **Moins d'un patient sur cinq hospitalisé sans consentement.**
- **Près des deux tiers des patients hospitalisés sans consentement le sont à la demande d'un tiers, et un sur cinq sur décision d'un représentant de l'État.**
- **Les patients sortants au moment de l'enquête ont eu une durée d'hospitalisation de 44 jours en moyenne (± 116 jours)**
- **Neuf patients sortants sur dix ont été orientés vers leur lieu de vie (domicile ou substitut tel qu'un établissement médicosocial ou social).**

CHAPITRE 3.

UNE OFFRE AMBULATOIRE EN GRANDE DIFFICULTÉ POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DU TERRITOIRE

Lors des premiers groupes focaux avec les pôles du CHGM, les professionnels de terrain soulignent que les parcours des patients sont fortement conditionnés par les difficultés des CMP à absorber la demande. Ces éléments sont confirmés par l'entretien avec la psychiatre en charge du CMP du CHU qui, dans un mode d'organisation différent, perçoit les mêmes difficultés.
Dans les discours des professionnels, la crise est profonde au point que pour les 10 à 20 patients qui sollicitent les CMP chaque semaine, dans le meilleur des cas, seulement 4 à 5 personnes peuvent finalement être accueillies. Selon les secteurs, dès la première prise de contact, l'accueillant « trie » des patients.

Pour documenter et comprendre la situation, l'ORSM a ajouté un module d'investigation à destination des CMP dans le cadre de l'enquête « une semaine donnée ».

Les CMP constituent la porte d'entrée du dispositif de soins publics. Les équipes pluridisciplinaires des CMP assurent les soins ambulatoires des personnes en situation de souffrance psychique et leur orientation, si nécessaire, vers d'autres dispositifs de soins ou d'accompagnement (publics ou privés).

L'équipe de l'ORSM a sollicité les CMP rattachés aux 2 établissements publics participant à l'enquête, soit 13 CMP et le centre de soin Saint Sernin pour étudiants.

CARTE 5 : LOCALISATION DES CMP RATTACHES AU SERVICE PUBLIC DU CHGM ET DU CHU DE TOULOUSE (HORS ANTENNES/PERMANENCES)

1 : CMP des Arènes secteur 2
2 : CMP des Arènes secteur 6
3 : CMP Bessieres secteur 6
4 : CMP Carbones secteur 2
5 : CMP Colomiers secteur 6
6 : CMP La Grave secteur 7
7 : CMP Muret secteur 1
8 : CMP Marengo secteur 8
9 : CMP du Lauragais – Nailloux secteur 4
10 : CMP Pont des Minimes secteur 3
11 : CMP Saint Sauveur secteur 4
12 : CMP Saint Michel secteur 5
13 : CMP Villa Albert secteur 1
14 : Centre de soin Saint Sernin intersectoriel

Source : DREES, FINESS - ORSM Cartopsy®Occitanie - Exploitation : ORSM Occitanie

→ **Les 13 CMP ont participé à l'enquête ainsi que le centre de soins de Saint Sernin.**

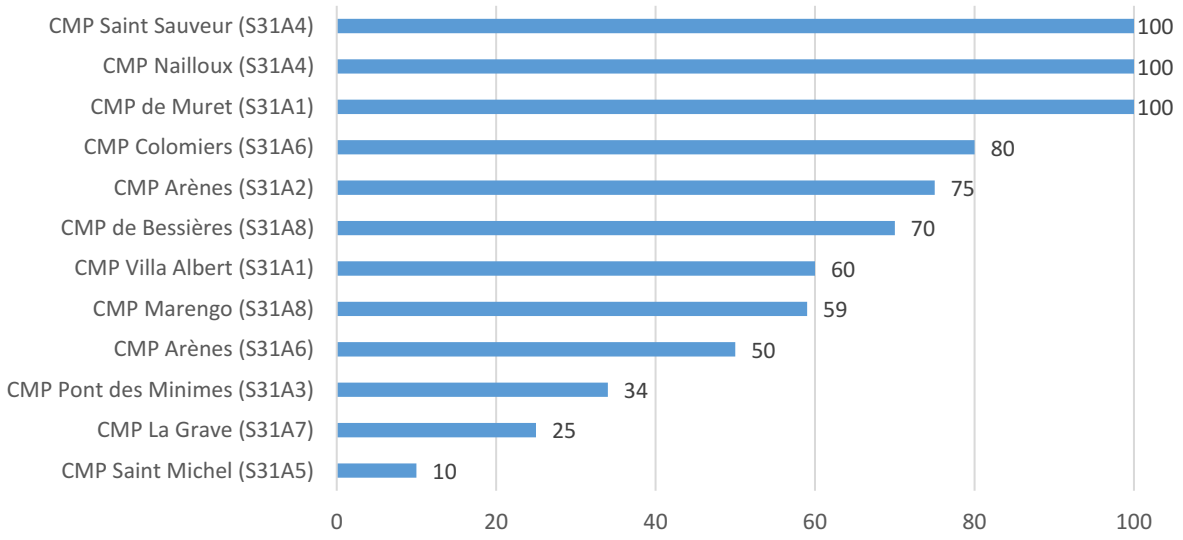
L'objectif ici est de décrire la réalité, visualiser les listes d'attente des CMP pour apporter des éléments complémentaires en amont de l'hospitalisation et décrire les difficultés d'accès aux soins.

Pour ce faire, un questionnaire a été établi et documenté durant la même période que l'enquête « une semaine donnée ».

Les résultats présentés ci-dessous décrivent la réalité de cette semaine, un peu particulière, car au pic de l'épidémie de la COVID-19 connue en janvier 2022. Mais ils permettent de corroborer les témoignages de terrain préalablement collectés dans le cadre de l'enquête qualitative et qui décrivent une réalité non spécifique à cette période particulière.

ESTIMATION DE LA CAPACITÉ À RÉPONDRE AUX DEMANDES

FIGURE 21 : ESTIMATION DU POURCENTAGE DE PERSONNES QUI DEMANDENT UN RDV ET QUE LE CMP CONCERNÉ EST EN MESURE D'INTÉGRER EN FILE D'ATTENTE À L'HEURE ACTUELLE PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE (%) – AMBULATOIRE



1 CMP et le centre de soin intersectoriel Saint Sernin n'ont pas été en mesure de renseigner cet item

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

La très grande majorité des CMP n'est pas en mesure d'intégrer à sa file active l'ensemble des demandes des patients. Notons que pour ceux qui le peuvent, 2 sont des CMP en dehors de l'agglomération toulousaine.

Se confirment les constats des professionnels de terrain. Ceux du CMP Saint-Michel considéraient être *« inondés de demandes de soins de cas complexes en lien avec la précarité et la nécessité d'interprète »,* lors de l'enquête qualitative menée en octobre 2021.

Tous les CMP organisent plus ou moins leur procédure d'admission de la même manière. Lorsque la personne sollicite les services du CMP, une fiche de renseignement est établie avec une reprise de contact plus ou moins rapide par un infirmier du CMP. Soit l'infirmier rappelle la personne, soit un rendez-vous est fixé lors de la première prise de contact. Une première évaluation est alors faite par l'infirmier qui évalue la situation clinique, les besoins en soins et l'urgence. Une réunion hebdomadaire, durant laquelle tous les patients sollicitant un accompagnement sont « vus », permet à l'équipe du CMP, d'identifier ceux qui seront pris en charge au CMP et ceux qui seront réorientés.

Pour cette psychiatre, *« c'est un réel problème, le CMP est un lieu d'accueil pour toutes les personnes en souffrance mentale (…) à cause du manque de moyens on est obligé de faire un tri par défaut, on prend les personnes qu'on s'imagine qui ne pourront pas être accompagnées ailleurs ».* Ce constat récurrent sur tous les CMP génère une réelle perte de sens du rôle et de la mission des professionnels.

Pour cette infirmière, *« on ne garde que ceux qui sont très précaires au niveau social, au niveau psy ».* Ce constat partagé par de nombreux professionnels de terrain uniformise les files actives composées pour une très grande part de « cas complexes ».

Une fois que la personne est admise au sein du CMP, l'échelonnement des rendez-vous est plus ou moins long. Notons que les patients connus du CMP ont bien évidement un parcours différent, mais là encore, le temps entre le moment de la demande et le temps de consultation peut être relativement long.

Tous les professionnels des CMP indiquent que face à une situation dite « critique » ou « urgente », le risque suicidaire est systématiquement évoqué, tous les professionnels des CMP s'organisent pour recevoir la personne dans *« l'après-midi ».*

INFORMATIONS SUR LES DÉLAIS ET LA LISTE D'ATTENTE ACTUELLE

Face à ces constats, intuitivement, il est raisonnable de penser que des « listes d'attente » s'établissent afin de structurer et organiser la réponse aux demandes de consultations des patients. Les listes d'attente sont de bons indicateurs pour évaluer les besoins d'un territoire. Toutefois, faut-il que la manière dont elles se constituent soit uniforme afin de pouvoir comparer les situations des différents services.

Comme pour les orientations des patients vers les services d'hospitalisation, aucune procédure intégrant des étapes progressives à l'inclusion des patients et des critères objectifs de priorisation des situations n'est établie.

L'enquête « une semaine donnée » tente de qualifier la situation à partir d'un indicateur établi : « Nombre de patients sur liste d'attente pour une 1ère consultation ». Cet item a généré un certain nombre de demandes de re-précision, car il ne constitue pas le socle de la définition de la liste d'attente. Certains professionnels considèrent que la liste s'établit au moment du premier contact, pour d'autres c'est suite à la première évaluation qui dans ce cas n'est à proprement définie, du moins de manière uniforme, comme une consultation. Un groupe de professionnels considère que la liste d'attente se constitue au moment de la prise de rendez-vous pour la consultation médicale.

La dernière situation concerne les services qui par manque de possibilités ont décidé de ne plus prendre de nouveaux patients, considérant qu'en l'état, le suivi des patients du CMP pourrait être mis à mal par une charge de travail supplémentaire.

Rappelons ici, qu'au sein de tous les CMP du CHGM, de nombreux postes sont vacants que ce soit au niveau médical ou au niveau paramédical. Concernant, le CMP du CHU, au moment de l'entretien, seul un temps de médecin aujourd'hui dans un statut précaire permet d'accueillir de nouveaux patients, et ce, malgré la présence de deux internes supervisés par des psychiatres séniors qui ont un rôle important dans le suivi des patients.

Soulignons ici que pour le CMP Colomiers, l'accueil de nouveaux patients est arrêté en raison de la pénurie médicale. De même, le centre de soins Saint Sernin ne prend plus aucune nouvelle demande depuis aout 2021 du fait d'un effectif médical réduit.

TABLEAU 15 : PERSONNES ACTUELLEMENT INTÉGRÉES SUR LISTE D'ATTENTE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LEURS PARCOURS DE SOINS (NOUVEAUX PATIENTS INCONNUS/PATIENTS CONNUS) PAR SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTES

Au moment de l'enquête	Nouveaux patients inconnus au CMP		Patients connus et reprenant contact au CMP	
Nombre de patients sur liste d'attente pour une 1ère consultation :	Infirmier	Psychiatrique	Infirmier	Psychiatrique
CHGM				
Secteur 1 (S31A1)	*	*	*	*
CMP de Muret	*	*	*	*
CMP Villa Albert	*	*	*	*
Secteur 2 (S31A2)	*	**20**	*	**3**
CM Pôle Rive Gauche	*	20	*	3
CMP Arènes	10	9	1	1
Secteur 3 (S31A3)	**13**	**13**	**5**	**5**
CMP Pont des Minimes	13	13	5	5
Secteur 4 (S31A4)	**8**	**10**	**2**	**2**
CMP Nailloux	0	2	2	2
CMP Saint Sauveur	8	8	0	0
Secteur 5 (S31A5)	**20**	**33**	*	*
CMP Saint Michel	20	33	*	*
Secteur 6 (S31A6)	**0**	**39**	**0**	**11**
CMP Colomiers	0	39	0	11
CMP Arènes	16	*	1	*
***Secteur 8* (S31A8)**	**21**	**21**	**0**	**3**
CMP de Bessières	21	21	0	3
CMP Marengo	*	*	*	*
CHU				
Secteur 7 (S31A7)	**10**	**5**	*	*
CMP La Grave	10	5	*	*

**ou 0 signifie que les structures n'inscrivent plus sur liste d'attente, car elles sont en incapacité d'y répondre.*

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Au-delà de la capacité réduite des CMP à accueillir les nouvelles demandes, les professionnels soulignent une hausse progressive des demandes et pour lesquelles les situations sont complexes au sens de la précarité, de l'accès au droit ou à la langue.

Pour cette psychiatre, décrivant les patients accueillis en CMP, *« La sévérite, on a du mal à la définir entre nous. On parle cas sévère ou complexe par le degré d'urgence, autrement dit il y a une détresse imminente et on ne peut pas se permettre de réorienter le patient du fait de la détresse imminente ou la présence de pensées suicidaires, soit d'un effondrement narcissique etc. ou parce qu'on sent qu'il y a une psychose qui est en train de s'installer, ça peut être la précarité sociale ou ça peut être une clinique complexe, mais dans tous les cas, cela demande un investissement important des équipes ».*

Tous les CMP ne sont pas concernés de la même manière, mais cette hausse des profils aux multiples vulnérabilités augmente les temps d'accompagnement et réduisent les capacités d'intervention pour d'autres patients aux besoins en soins tout aussi importants.

Le tableau ci-dessous soulignent encore une fois la tension sur ces services. 180 jours pour pouvoir être reçu en consultation par endroit, cela indique finalement, l'impossibilité de ce service à répondre au besoin. Si ce phénomène apparaissait dans certains services seulement, il serait envisageable de mettre en cause le fonctionnement singulier du service. En 2022, à Toulouse, pour bénéficier d'une consultation avec un psychiatre au sein d'un CMP, il est nécessaire d'attendre a minima 1 mois.

TABLEAU 16 : PERSONNES ACTUELLEMENT INTÉGRÉES SUR LISTE D'ATTENTE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LE DÉLAI MOYEN ACTUEL (EN JOURS) ENTRE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ET UNE PREMIÈRE CONSULTATION PAR CMP ET SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTES

Au moment de l'enquête Délai moyen (en jours) entre la demande de prise en charge et la première consultation	Nouveaux patients inconnus au CMP		Patient connu et reprenant contact au CMP	
	Infirmier	Psychiatrique	Infirmier	Psychiatrique
CHGM				
Secteur 1 (S31A1)				
CMP de Muret	30	60	30	60
CMP Villa Albert	20	21	7	20
Secteur 2 (S31A2)				
CM Pôle Rive Gauche	180	180	30	90
CMP Arènes	8	60	8	60
Secteur 3 (S31A3)				
CMP Pont des Minimes	16	58	6	16
Secteur 4 (S31A4)				
CMP Nailloux	3	60	3	60
CMP Saint Sauveur	28	45	28	45
Secteur 5 (S31A5)				
CMP Saint Michel	30	77	30	77
Secteur 6 (S31A6)				
CMP Colomiers	4	180	4	180
CMP Arènes	30	90	30	90
***Secteur 8* (S31A8)**				

Au moment de l'enquête Délai moyen (en jours) entre la demande de prise en charge et la première consultation	Nouveaux patients inconnus au CMP		Patient connu et reprenant contact au CMP	
	Infirmier	Psychiatrique	Infirmier	Psychiatrique
CMP de Bessières	23	85	7	69
CMP Marengo	31	90	15	70
CHU				
Secteur 7 (S31A7)				
CMP La Grave	7	28		

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Cette situation pose, par exemple, des difficultés pour les équipes des urgences qui sont dans l'incapacité de trouver des relais en ville.

De même, tous les professionnels sont en difficultés pour identifier des ressources via la psychiatrie libérale de ville. Tous les profils ne peuvent pas être réorientés vers des cabinets en ville, mais une part le pourrait certainement. Des réseaux interpersonnels permettent des orientations favorables entre les CMP et les cabinets de ville, mais, pour l'heure, aucun dispositif ne permet d'identifier l'offre du territoire. Les liens avec les cliniques privées fonctionnent et permettent pour les profils adéquats de construire des parcours de soins opérants.

LES DEMANDES REÇUES

Pendant la semaine de l'enquête, les CMP ayant participé à l'enquête ont reçu 226 demandes. Près de trois demandes sur dix ont été formulées dans le secteur 8 et une sur cinq dans le secteur 3.

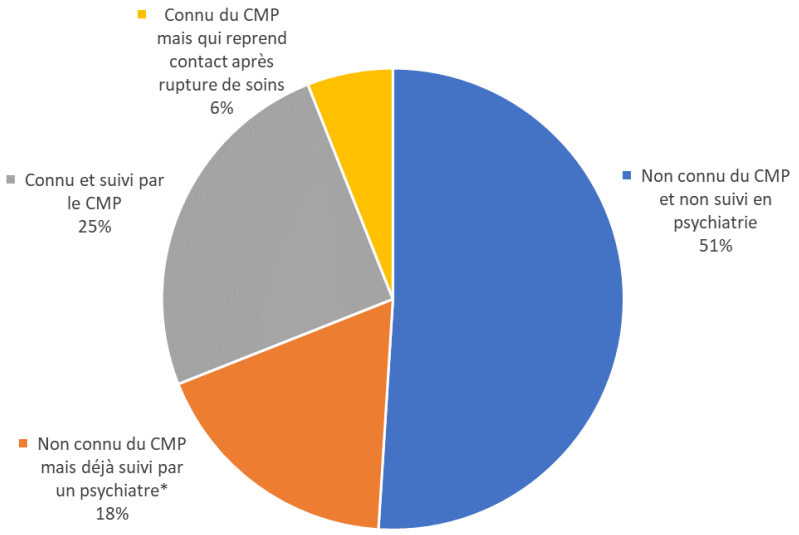
TABLEAU 17 : DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR SECTEUR DE LA PSYCHIATRIE ADULTES – HAUTE-GARONNE

Secteurs	Nombre	%
1	25	11,1
2	12	5,3
3	49	21,7
4	9	4,0
5	14	6,2
6	10	4,4
7	11	4,9
8	63	27,9
Intersectoriel	33	14,6
Ensemble	226	100,0

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

Près de 70 % des demandes concernent des patients non connus du CMP et tout particulièrement des patients non connus du CMP et non suivis en psychiatrie (51 % des demandes). Un quart des demandes concernent des patients connus et suivis par le CMP.

FIGURE 22 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENTS (CONNUS DU CMP OU NON CONNUS) (%) – HAUTE-GARONNE



Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

TABLEAU 18 : NOMBRE DES DEMANDES SELON LE SECTEUR

Secteurs	Non connu du CMP		Connu du CMP		Ensemble
	Non suivi en psychiatrie	Non connu mais déjà suivi par un psychiatre	Suivi par le CMP	Mais qui reprend contact après rupture	
1	15	8	1	1	25
2	7	1	0	4	12
3	14	7	26	0	47
4	4	5	0	0	9
5	10	0	1	2	13
6	8	1	0	1	10
7	8	2	0	1	11
8	27	6	26	2	61
Intersectoriel	19	10	0	2	31
Ensemble	112	40	54	13	219

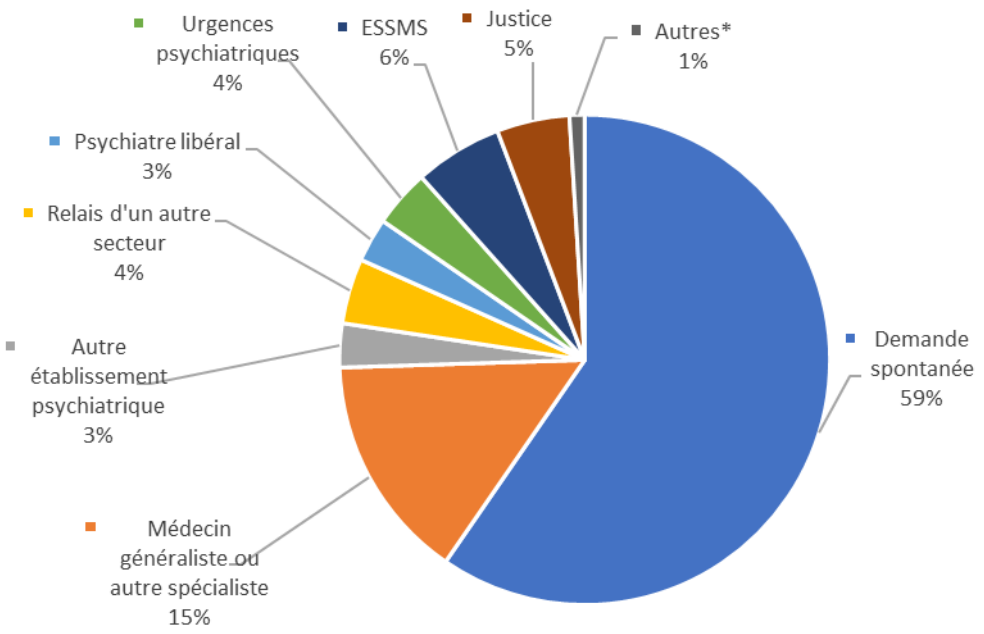
7 patients ont été classés dans la modalité « autre », sans précision et n'apparaissent pas dans le tableau 18

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

PROVENANCE DES DEMANDES

La majorité des demandes reçues en CMP sont des demandes spontanées (59 %). Viennent ensuite les demandes formulées par le médecin généraliste ou autre spécialiste (non-psychiatre) (15 %).

FIGURE 23 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LA PROVENANCE (% PARMI LES 208 DEMANDES AYANT L'ITEM RENSEIGNÉ)



* Post-hospitalisation venant de l'intra ou dispositif d'évaluation et d'orientation (CRA…)
Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie

RÉPONSES APPORTÉES AUX DEMANDES

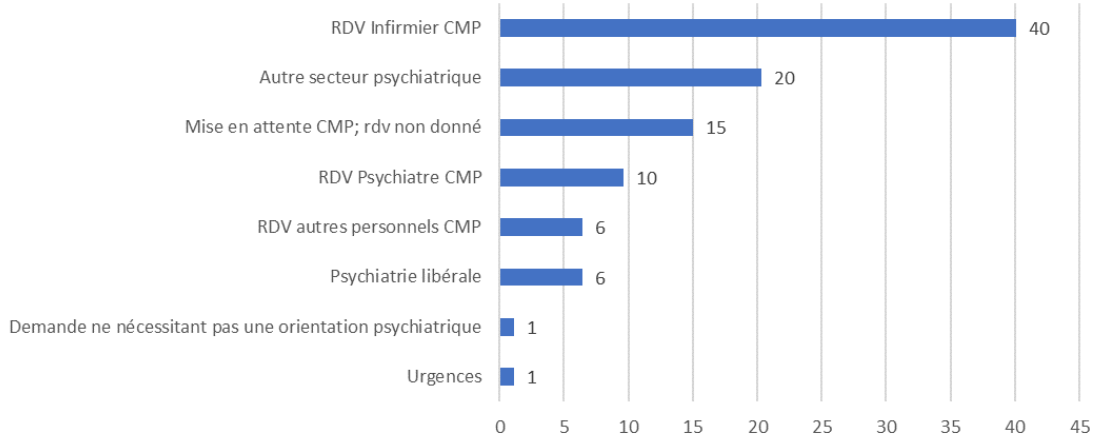
Le « tri » des orientations au sein des CMP n'est pas conditionné seulement par des aspects liés à la santé mentale. Seul le secteur public a la « capacité » de mobiliser les moyens nécessaires pour accompagner des publics sans droits ouverts, ayant des besoins sociaux élevés ou pas d'accès à la langue.

Le poids de ces types de profils de patients sur le territoire apparait trop important par rapport à la capacité de l'offre et met en difficulté l'ensemble de la filière. L'augmentation des besoins est importante et sous-estimée, car de nombreux services ne réorientent plus vers les CMP, faute de réponse rapide.

De manière assez consensuelle, les professionnels indiquent que les durées de suivis s'inscrivent dans un temps long. Pour cette psychiatre, *« Arrêter un suivi pour un patient avec psychose c'est compliqué. L'intensité de l'accompagnement est importante pour la prévention de la rechute ».* L'absence de relais, du moins la perception de cela, est autant à l'origine de l'augmentation du volume de la file active des services que le poids des nouvelles demandes et leur complexité.

Ce double processus de la pression de la demande et de la difficulté à trouver des relais est à l'origine d'une crise profonde au sein des services qui s'exerce de manière plus ou moins forte, selon les secteurs. En termes de « sens » donné à l'action, et de ce fait de la mobilisation des professionnels, la dynamique au sein des CMP est négative. De nombreux postes sont à pourvoir, que ce soit pour des temps médicaux ou paramédicaux, ce qui amplifie les contraintes pour les professionnels en poste.
La psychiatrie libérale ne peut prendre le relais qu'à la marge. Les systèmes de contraintes opposés aux établissements privés, à l'isolement des psychiatres libéraux, limitent leur intervention sur l'accompagnement de situations complexes. Ils prennent pour autant leur part quand le profil et la clinique du patient concordent avec leur capacité d'intervention.

FIGURE 24 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LES RÉPONSES APPORTÉES (% PARMI LES 187 DEMANDES DONT L'ITEM A ÉTÉ COMPLÉTÉ)



5 % des demandes qui ont eu un rdv avec un des professionnels du CMP ont besoin d'un interprète.

Les CMP, par leur mission de service public de première ligne, sont censés accueillir tous les profils. Dans les faits, à Toulouse, ces services sont particulièrement dans l'incapacité de le faire. Plus de 15 % des demandes sont mises en attente, autrement dit ne trouvent pas de suite immédiate et pour celles qui sont suivies de fait, les prises de rendez-vous sont positionnées à plusieurs mois.

Ce phénomène commun à tous les CMP, avec des nuances de délais selon les secteurs, engendre :

- La **prise en charge de profils exclusifs** décrits comme « dans l'impossibilité d'être suivis ailleurs que par le secteur public » (patients en grande vulnérabilité sociale, sans droits ouverts…) produisant une forme d'homogénéité de situations chronophages dans les prises en charge qui finalement augmente les difficultés de disponibilité des professionnels. Les réorientations sont systématiques pour les profils de patients ayant la capacité (économique, sociale, clinique) d'être accompagnés par la psychiatrie libérale.
- Une **aggravation des situations cliniques** du fait de délais de prise en charge très espacés dans le temps. Les situations se détériorent engendrant de nouvelles demandes au CMP, en « urgence », ou dans le pire des cas par un passage aux urgences. Les cas décrits sont nombreux, autant par les professionnels des CMP que par ceux des urgences du CHU, aboutissant à de nombreuses hospitalisations.

LES PROGRAMMES DE SOINS

Les professionnels de terrain soulignent que le nombre de programmes de soins est très important. Pour cette psychiatre, *« les profils des patients en programme de soins est très hétérogène, pour moi, il n'y a pas deux psy qui font pareil dans le secteur… »*

Le dispositif de soins sans consentement, issu de la loi du 5 juillet 2011, a introduit la possibilité de soins psychiatriques sans consentement, dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète, dans le cadre de programmes de soins psychiatriques sans consentement (PDS)[28].

La recommandation de l'HAS donne l'indication du PDS : *« Lorsque le patient nécessite une surveillance médicale régulière (et non plus constante), un PDS peut être prescrit par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Le recours aux soins sans consentement en psychiatrie peut être indiqué, à partir d'éléments cliniques, lorsque la conscience du trouble ou du besoin imminent de soins est altérée et que le patient présente des troubles psychiatriques sévères. Le PDS peut s'adresser à des patients hospitalisés sans consentement présentant des pathologies psychiatriques à évolution chronique ou des troubles psychiatriques sévères comme : des épisodes psychotiques, troubles schizophréniques, troubles délirants, troubles bipolaires, troubles graves de l'humeur, troubles graves de la personnalité ».*

Le poids des patients en programme de soins agit sur la capacité des CMP à recevoir les patients en soins libres (obligation et rythmicité de l'accueil).

La question qui se pose est ici autant le nombre de mesures initiées que celles levées (ou non levées). Les recommandations de l'HAS de mars 2021[29] semblent peu connues parmi les acteurs interrogés. Soulignons que les professionnels de terrain indiquent le paradoxe de devoir recevoir des personnes en PDS tous les mois avec des patients « qui ne sont pas dans l'alliance thérapeutique » au détriment de patients en demande de soins dont les rendez-vous sont rythmés tous les 3 mois.

[28] HAS RBPP, Programme de soins psychiatrique sans consentement, mars 2021
[29] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement#toc_1_1_1

CHAPITRE 4.

POINT DE VUE DES ACTEURS CONCERNANT LES POINTS DE BLOCAGE DANS LE PARCOURS DES PATIENTS

L'objectif de l'enquête qualitative est de recueillir le point de vue de différents acteurs clés pour décrire la situation haute-garonnaise. Soixante et un acteurs ont participé à ce recueil de données qui a construit un corpus au sein duquel une analyse globale a permis d'identifier les points de convergence et de divergence.

MIEUX APPREHENDER LES RÔLES ET PLACES DE CHACUN DES ACTEURS CONSTITUANT L'OFFRE SUR LE TERRITOIRE

La psychiatrie publique est soumise aux critères du service public très en lien avec les missions d'intérêt général, d'égalité d'accès et ouverte à tous. L'offre géopopulationnelle est composée d'une sectorisation établie et de différentes unités intersectorielles. Le secteur privé est composé d'une offre libérale de ville et d'établissements avec chacun des orientations cliniques spécifiques et des projets de soins structurant leur offre.

Si l'on considère seulement les données d'hospitalisation, l'enquête « une semaine donnée » de janvier 2022 vient confirmer le constat de l'analyse du RIM-PSY de 2019. Le rôle dévolu au secteur public et au secteur privé n'est pas le même. Les données sont assez claires sur ce point. Moins de 25 % de l'offre est publique[30] et en charge de patients aux caractéristiques particulières. Les profils des patients sont nettement différents, que ce soit en termes de données socioéconomiques, de pathologies ou de provenance.

Pour rappel, les données du RIM-PSY sur l'année 2019 indiquent que 8 465 patients ont été pris en charge en hospitalisation à temps plein au sein du CHGM, du CHU[31] et des 8 cliniques psychiatriques, pour 14 680 séjours (en moyenne 1,73 séjour par patient). Sur cette période, les établissements du secteur privé accueillent 81 % des patients hospitalisés à temps plein (pour 75 % de l'offre en 2019[32]), le CHGM 12 % et le CHU 7 % (hors urgences). L'enquête « une semaine donnée » indique qu'en janvier 2022, les établissements publics accueillent 22 % des patients (hors HAD) et les établissements privés 78 % (hors HAD). Ceci correspond à l'offre globale de soins en hospitalisation complète en Haute-Garonne déclarée lors de l'enquête « une semaine donnée ».

Si le rapport d'offre de soins du secteur public est globalement d'un patient pour trois dans le secteur privé, il est nécessaire de l'étudier de manière qualitative. 60 % de l'offre des « lits fermés ou fermables », ainsi que 75 % des lits dédiés à l'isolement sont dans le secteur public. Cet aspect est en lien étroit avec les rôles dévolus de chacun sur le territoire. Autrement dit, il ne faut pas se limiter à

[30] Cf. Chapitre : *Capacité d'accueil des établissements en psychiatrie adulte* dans ce rapport
[31] En 2019, l'exhaustivité des données exportées à l'ATIH n'était pas complète d'où il existe une différence entre les données transmises par le DIM du CHU et celles extraites de la base ATIH.
[32] FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

comparer les offres au travers du « nombre de lits », il est nécessaire de bien les analyser au travers de leurs missions à proprement dit, ou celles que chacun s'est octroyé.

Comprendre le fonctionnement, les besoins, les forces et les limites de l'offre de soins sur le territoire nécessite une recontextualisation des rôles et des missions. Notons ici que ce que l'on nomme le secteur public comprend l'ensemble de services inscrits dans l'offre géopopulationnelle, les unités d'hospitalisation et les services de soins de suite. Organisée de manière différente au sein du CHGM et du CHU, elle constitue un tout, allant de l'offre ambulatoire gratuite pour « tous » jusqu'à l'hospitalisation de longue durée, en passant par les soins contraints, etc. La dichotomie ici n'est pas autour de la nature « publique » ou « privée », mais bel et bien au travers de la palette d'interventions.

Au sein du secteur privé, qui n'est pas un tout uniforme, les établissements prennent des positionnements spécifiques dans une offre globale pour des raisons multiples, pas automatiquement économiques, comme le soulignent les travaux du LISST préalablement cités.

Les profils des patients pris en charge sont diamétralement opposés. Les données du RIM-PSY et de l'enquête « une semaine donnée » confirment cela.

Au CHGM, les patients atteints de schizophrénie, troubles schizotypiques ou troubles délirants représentent 70 % des patients hospitalisés ayant un diagnostic principal connu, alors qu'ils ne sont que 13 % au sein des cliniques privées. Ces données sont similaires dans l'analyse du RIM-PSY de 2019 et « l'enquête une semaine donnée » de 2022 pour les cliniques du secteur privé, alors que ce profil est en hausse au sein du CHGM puisqu'il n'était que de 54 % sur l'année 2019.

Autre exemple, l'enquête « une semaine donnée » indique que 27 % des patients du CHGM sont sans lieu de domicile connu contre 1 % au sein des cliniques privées. De même, cette enquête indique qu'un quart des patients (26 %) hospitalisés au sein des établissements du public sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire C2S (anciennement appelée la CMUc) contre 19 % des patients des établissements du privé. Ceci traduit une proportion élevée de patients avec de faibles revenus dans le secteur du public.

Il n'est pas question ici d'opposer les modes de prise en charge, de créditer un ou des acteurs dans un rôle social sur le territoire, mais de bien identifier que la filière psychiatrique est composée de deux sous-ensembles agissant de manière particulière, pour faire face à des besoins de nature différente.

Constater cela signifie que l'analyse de leur fonctionnement, de leur système de contraintes, de leur capacité à répondre aux demandes et de leurs besoins doit se faire séparément.

Les premiers éléments de l'enquête qualitative auprès des professionnels de terrain indiquent clairement avec une forte récurrence la nécessité de décrire et de qualifier les publics accueillis au sein des services et des unités. Leurs caractéristiques cliniques, sociales et légales sont au centre de la compréhension des parcours. L'enquête « une semaine donnée » en janvier 2022 fait cette photographie des profils des personnes accompagnées au sein des différentes unités, mais cela ne suffit pas.

Les professionnels rencontrés utilisent différentes notions pour décrire les profils des patients. Les notions de « sévérité », de « cas complexes », de « situations complexes », de « patients complexes » sont employées sans que ne soit bien identifié ce que revêtent chacune de ces notions.

Pour ce médecin psychiatre, *« il faut bien différencier le « patient complexe » pour qui on constate une résistance de sa pathologie psychiatrique (…) et les « patients pas ou peu complexes » qui ne posent*

pas de problématique médicale, mais dont le parcours de vie est compliqué du fait de la précarité sociale ».

Il n'est pas question ici d'analyser les épistémologies cliniques, mais de repérer que l'hétérogénéité des dénominations ou qualifications des situations cliniques et/ou des patients est au centre des difficultés dans le parcours des patients. Toutefois, on apprend que l'intensité de l'accompagnement et les moyens nécessaires pour le faire sont autant déterminés par la nature et la gravité de la maladie que par la capacité de l'équipe soignante à agir sur la situation sociale, la comorbidité somatique ou addictive. Pour ce professionnel, *« on peut être précaire et pas sévère en termes de pathologie, mais certains niveaux de précarité font qu'il n'y a pas de mutuelle, pas de solutions financières et la complexité est là ».* Pour cet autre psychiatre, *« dès qu'il y a une complexité de soins, une dialyse par exemple, cette personne ne peut aller qu'à Marchant ».*

En d'autres termes, comme souvent relevé dans le corpus qualitatif, *« un lit n'équivaut pas un lit ».* Si on compte le nombre de lits de psychiatrie sur le territoire, le constat sera que le territoire n'est pas si sous doté que cela, car il possède 143 lits de plus que l'Hérault par exemple (1624 vs 1481 en 2019[33]). Si on analyse qualitativement cette offre, il apparait que le secteur public n'est pas en position de répondre à la demande du territoire, car elle constitue seulement 25 % de l'offre en 2019, et que le système de contraintes opposé aux établissements privés ne leur permet pas de compenser ce déséquilibre.

Les modèles économiques des cliniques psychiatriques ne permettent pas de trouver l'équation pour accompagner les personnes aux situations de vie très complexes. Autant les maladies psychiatriques lourdes peuvent être prises en charge dans toutes les unités du territoire, dès que les complexités vont au-delà de la « seule » maladie, l'offre d'accompagnement est limitée. Pondérons ici cette observation, car la très grande majorité des établissements privés interviennent au soutien de patients aux multiples vulnérabilités, mais dans une capacité d'action étroite. Pour cette directrice de clinique, *« on joue le jeu, autant que l'on peut, mais le week-end on n'a pas assez de professionnels pour gérer les gros troubles du comportement et sur la précarité, on n'est pas obnubilé par la mutuelle, par contre on doit trouver un équilibre ».*

Les contraintes de fonctionnement des différents acteurs limitent leur mode d'intervention. Ceci régule la filière par défaut et contraint les capacités de parcours des patients. Étant donné qu'aucune procédure ou hiérarchisation des besoins n'est clairement établie entre l'ensemble des acteurs du territoire, la filière *« fonctionne mal ».* Pour ce psychiatre *« la filière est en crise, car les parcours se construisent par défaut, par des coups de fil entre nous, parfois par pression ».*

Au sein du corpus qualitatif, apparait que selon son profil, le patient serait assigné à tel ou tel établissement par les opérateurs d'orientation. Cette détermination s'appuyant sur « l'expérience » ne semble pas avoir de fondement précis et est très dépendante des individus qui la portent. Ce constat est un exemple des formes d'auto-régulation des acteurs qui, en ne s'autorisant pas à mobiliser tels ou tels partenaires, réduisent les possibilités des parcours des personnes.

[33] FNORS, Score santé tableaux STATISS Edition 2020, données issues du SAE Base administrative 2019 https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

LES PATIENTS « BLOQUEURS OU BLOQUÉS »

L'enquête « une semaine donnée » indiquent que 319 patients, soit un patient sur cinq (22 %) hospitalisé pendant la semaine d'enquête, présentent des freins à la sortie. Ces freins sont de différentes natures :

- situation administrative bloquée ou complexe (38 % - 120 patients).
- une attente de place dans le secteur du médicosocial (29 % - 91 patients),
- un projet d'orientation inexistant en lien avec une pathologie trop lourde (25 % - 80 patients)
- une absence de toit (24 % - 75 patients).

Ces quatre grandes figures se retrouvent dans le corpus qualitatif.

Des patients sans domicile « mis à l'abri » à l'hôpital

Comme indiqué précédemment, les patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête ont leur lieu de domicile connu (95 %) ; 5 % n'en ont pas. Cette proportion varie d'un établissement à un autre. Elle est de 1 % pour les établissements du secteur privé, 9 % pour le CHU et 27 % pour le CHGM.

Cette particularité est à mettre en lien étroit avec les discours des travailleurs sociaux du CHGM. En effet, l'ensemble des professionnels relève la difficulté pour construire des projets de sortie pour des personnes n'ayant aucun domicile connu. Cette notion revêt de multiples formes. Il n'est pas forcément ici question de retour à la rue de personnes sans domicile, même si ces figures sont décrites.

La question du logement pour nombre de professionnels, essentiellement du secteur public, mais aussi dans certaines situations du secteur privé, est au centre de nombreuses situations de blocage des parcours des personnes. Des personnes dont la maladie psychiatrique est stabilisée, qui *« cliniquement pourraient sortir d'hospitalisation »* sont maintenues au sein des établissements à cause d'une absence de solution d'habitat. Ces patients, « bloqueurs, bloqués » prennent une place à d'autres patients aux besoins en soins supérieurs.

Ne pas avoir de « chez soi » à la sortie d'une hospitalisation est source de rechute, et ce, même si les personnes qui hébergent, souvent la famille, les amis peuvent être bienveillants et soutenants. Une des grosses difficultés décrites par les professionnels, est qu'il n'est pas rare que les « aidants » soient usés par les symptômes de la maladie de leur proche. Concrètement, ces solutions d'hébergement établies avant l'hospitalisation ne sont plus des solutions à la sortie, car les proches souhaitent prendre du recul, se retirer. Pour cette assistante de service social, *« parfois on lutte, on négocie pour que le patient puisse revenir chez son parent, son frère, là où il était hébergé auparavant ».* Pour ce médecin, *« dans une famille quand un membre de la famille est malade, c'est toute la famille qui est malade »*. Au moment où les solutions d'habitat et d'hébergement sont rares, les replis des aidants sont une réelle préoccupation pour les professionnels. Ce sujet est autant abordé par les acteurs des secteurs public et privé. Pour ce directeur de clinique, *« mes équipes me disent, quand les aidants ne sont plus là c'est catastrophique et elles luttent pour trouver des solutions ».*

La circulaire SIAO (Service intégré de l'accueil et de l'orientation) de 2010, qui a pour objectif de *« favoriser l'accès au logement ordinaire des personnes hébergées ou en formule de logement intermédiaire entre hébergement et logement ordinaire »,* indique que l'ambition de cette stratégie est de *« proposer à chaque personne une orientation adaptée à sa situation personnelle, en privilégiant,*

pour les personnes qui en ont la capacité un accès rapide au logement autonome ou accompagné [34] *».* Il est question ici de centraliser l'offre et les demandes pour éviter que les structures agissent de manière isolée. La circulaire indique que « *l'enjeu est bien de favoriser un travail coordonné des acteurs de la veille sociale, de l'hébergement et du logement* ». Une seconde circulaire de 2012 qui précise le rôle du SIAO dans l'accès au logement et ses modalités d'action et la loi ALUR de 2014 organisent une action publique départementale centralisée. Le SIAO est le passage obligé pour que les personnes sans domicile puissent accéder à un logement, un logement adapté ou un hébergement.

Si l'ensemble des établissements est concerné, le secteur public, et plus particulièrement le CHGM dont 27 % des patients sont concernés par une problématique de logement, doit pouvoir travailler étroitement avec le SIAO. Dans les faits, les liens avec le Service intégré de l'accueil et de l'orientation sont décrits comme inexistants, du moins non formalisés. Les assistant(e)s de services sociaux indiquent que depuis cette centralisation, aucun lien direct avec des services d'hébergement ne peut s'établir, ce qui pouvait être le cas par le passé.

Ceci pose de réelles difficultés sur deux niveaux. Le premier concerne le maintien de personnes sur des places d'hospitalisation pour des raisons sociales avec des conséquences de fluidité des parcours, de réduction d'offre de prise en charge pour les publics en attente de place et de coût global. Le second concerne la démultiplication des actions des travailleurs sociaux qui doivent trouver des solutions avec la personne et qui peuvent mettre à mal l'accompagnement global des personnes. Il est question ici de trouver des solutions de logements individuels dans le parc de logement public et privé, mais aussi de « négocier » avec des proches de la personne des solutions, parfois momentanées, parfois plus durables, d'hébergement. Il est acquis ici qu'un habitat précaire, inadapté ou une sortie à la rue n'est pas acceptable pour une équipe de soignants consciente du risque majeur de rechute dans ces conditions de vie.

Dans cet accès potentiel au logement, la précarité est un frein important à prendre en compte. L'enquête « une semaine donnée » indique entre autres choses que près des trois quarts des patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête (74 %) ont une complémentaire santé distincte de la C2S (anciennement appelée la CMUc). Un sur cinq (20 %) bénéficie de la complémentaire santé solidaire (C2S) et 6 % sont sans mutuelle connue. Cette répartition diffère selon le secteur d'activité des établissements. Près de trois patients sur dix (26 %) hospitalisés au sein des établissements du public pendant la semaine de l'enquête sont bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire C2S (anciennement appelée la CMUc) contre 19 % des patients des établissements du privé. Ceci traduit une proportion élevée de patients dans le secteur du public avec de faibles revenus.

Les patients du secteur public sont en proportion plus concernés par l'absence de logement et par un niveau de précarité important. Rappelons que le secteur public est structuré au travers d'une offre géopopulationnelle au sein de laquelle les déterminants de santé sont hétérogènes, générant des différences au sein même de l'offre publique. Les éléments de discours des professionnels confirment cela. Les niveaux de précarité sont importants au sein des établissements publics et ce de manière différente selon les secteurs. Ceci est attendu car le rôle dévoué au secteur public est l'accès au soin pour tous. Toutefois, cela a un effet sur la nécessaire mobilisation des professionnels, travailleurs sociaux, mais aussi soignants, qui doivent accorder un temps important aux questions sociales, parfois insolubles, au-delà même du traitement de la maladie. Pour les professionnels, plus les patients sont en situation de précarité plus la mobilisation doit être importante et inscrite dans la durée.

[34] Circulaire du 8 avril 2010 relative au service intégré de l'accueil et de l'orientation (SIAO)

Il est important de noter qu'en termes d'effectif, le secteur privé reçoit plus de patients bénéficiant de la C2S (214) que le secteur public (83). Il est entendu que le nombre de places bien supérieur est à prendre en compte. Toutefois, ces éléments corroborent les éléments qualitatifs indiquant que les établissements du secteur privé prennent une part dans l'accueil de personnes ayant un faible niveau de revenus.

L'absence de solution d'aval pour des patients à la maladie « stabilisée »

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente[35] – ont concerné 12 % des patients en Haute-Garonne lors de l'enquête « une semaine donnée ». Des disparités sont observées au sein des établissements et soulignons que 39 % des patients du CHGM sont concernés par des hospitalisations de longue durée. Les patients au sein des cliniques privées sont moins souvent hospitalisés en longue durée (7 %). Idem pour les services du CHU. La fluidité des parcours est fortement déterminée par la capacité des patients à s'inscrire au sein d'unités de soins, mais encore plus fortement déterminée par la capacité de ces unités à recevoir ces patients. Il est question ici de la possibilité des équipes à orienter les patients vers des services adaptés aux besoins des personnes, une fois que la maladie est « stabilisée ». Cette notion a parfois des contours flous, mais un consensus se dégage clairement au sein du corpus qualitatif autour des orientations difficiles vers des dispositifs d'aval.

À la différence des patients maintenus en hospitalisation, car sans domicile, une prise en charge médicosociale doit être maintenue pour des personnes en situation de vulnérabilité et de dépendance.

Au sein, du corpus qualitatif, les professionnels du CHGM soulignent les grandes difficultés d'orientation qui s'opposent à eux. Ils indiquent par exemple qu'au sein des unités de soins de suite, 90 % des patients sont « sortants », mais pour beaucoup « bloqués ». Ils soulignent, toujours dans les unités de soins de suite, que deux tiers des patients dont le séjour dépasse les 292 jours restent hospitalisés pour des motifs non cliniques.

Ce blocage au sein de ces unités de deuxième ligne a un effet sur les unités d'admission. Au moment de l'enquête (fin d'année 2021), 18 patients pris en charge en unité d'admission étaient, par exemple, en attente de place en soin de suite. 18 patients correspondent à 18 lits, autrement dit, à 18 places d'admission possibles.

Sur ce point, la question des personnes sans domicile est un sujet important[36], mais n'est donc pas le seul. Deux autres types de profils émergent.

- **Le premier concerne des personnes qui selon les professionnels relèveraient du secteur médicosocial de type Foyer de vie ou Foyer d'Accueil Médicalisé.**

  L'enquête « une semaine donnée » souligne que 91 patients sont en attente de places au sein d'établissements médico-sociaux. Pour cette professionnelle, *« tout est fait auprès de la MDPH, on a la notification, parfois on a même visité des établissements, mais ça ne se débloque pas, c'est compliqué ».* Pour ce psychiatre en responsabilité de pôle, *« c'est difficile de construire des liens (…) finalement on a peu de temps pour le faire, on court après le temps (…) là les patients ont des*

[35] Définie comme une hospitalisation supérieure à 292 jours dans l'année, continus ou non
[36] Cf. Précédemment

difficultés à faire les démarches, on les accompagne, mais au final, ça ne produit rien et ils restent ici longtemps, parfois très longtemps alors que la maladie, ça va, c'est stable ».

Des liens existent entre les unités du CHGM et les établissements et services du secteur social et médicosocial. Au CHU, la particularité est l'absence de service de soins de suite. Mais pour ce professionnel, *« au final on a le même problème avec encore moins de possibilités d'aller vers les ESMS pour faire du lien ».*

Lors des rencontres avec les établissements du secteur privé, tous les cadres de santé au centre des orientations rencontrés décrivent ces mêmes difficultés. Pour cette professionnelle, *« pour moi, la plus grosse difficulté, et même si ça concerne peu de nos patients, c'est de trouver une place en Foyer de Vie. C'est très compliqué. Les démarches avec la MDPH, ça va, on gère, mais après trouver une place, organiser les visites, les lettres de motivation… ce n'est pas simple. En plus, parfois, tout roule et la personne va dans un foyer en visite, et au final ne veut plus y aller, car souvent elle ne se retrouve pas dans le public, ou trouve les services et les locaux moins bien. On est parfois très démunie ».*

Les liens entre le secteur psychiatrique et le secteur médicosocial sont parfois difficiles à nouer, du fait de la différence des modes d'accompagnement des personnes. Les patients deviennent des personnes accompagnées. Ce changement de sémantique s'accompagne d'un changement de rapport à l'offre d'accompagnement qui nécessite des étapes de transition. Pour certains patients, les projets de vie ont des difficultés à se mettre en place. La perspective de vivre au sein d'un foyer de vie renvoie les patients à leur situation de vulnérabilité chronique qui parfois peut devenir un obstacle à ces transitions.

Plusieurs professionnels soulignent le manque de places au sein des établissements médico-sociaux. La particularité des besoins des personnes est aussi en question. Pour ce psychiatre, *« l'offre au sein des foyers de vie n'est pas vraiment adaptée aux profils cliniques, il y a beaucoup trop de stimulations, ce n'est pas vraiment calme et donc cela mettrait en difficultés ces malades ».* C'est deux problématiques se surajoutent pour produire des propositions d'aval non adaptées aux besoins des personnes. Il est difficile à ce stade d'évaluer la capacité des établissements médicosociaux à recevoir les patients de la psychiatrie. Des liens réels et fonctionnels existent mais ils restent à parfaire et développer.

Cette difficulté est récurrente au sein du corpus qualitatif, et plus particulièrement sur des situations cliniques particulières. Pour ce psychiatre, *« le médicosocial ne joue pas le jeu, (…) personne n'accueille des patients autistes avec des troubles du comportement et pas de projet de vie, c'est la psychiatrie qui s'en charge, mais ça bloque des places, des chambres d'isolement… ».* Ici, les profils de patients *« psychotiques et déficitaires »* sont clairement identifiés, mais d'autres discours soulignent de grandes difficultés d'orientation dès que les niveaux de dépendance sont élevés.

Dans le cadre de ce travail, aucun entretien n'a été réalisé avec les services médicosociaux du département. Un complément apparaît indispensable pour finaliser le diagnostic avec les services de la MDPH et les établissements. Une analyse des données du dispositif ViaTrajectoire doit pouvoir aussi indiquer des éléments complémentaires.

- **Le deuxième profil de population repéré au sein des services du CHGM sans réelle solution d'aval sont les patients âgés.**

Il est question ici principalement de gérontopsychiatrie. Rares sont les solutions d'aval pour ce type de patients. Peu d'EHPAD ont la capacité de recevoir des patients âgés atteints de troubles psychiatriques. Cette observation est partagée autant par les secteurs publics que privés. Pour ce directeur de clinique, *« les personnes âgées qui relèvent de la gérontopsychiatrie, ce n'est pas très souvent, mais par contre c'est insoluble, on ne trouve pas de solution ».*

Parallèlement à cette difficulté, viennent se surajouter des patients âgés atteints de troubles du comportement ou en position de refus de soins. Des situations, en lien avec le développement de dégénérescences cognitives, produisent des orientations vers la psychiatrie, parfois en hospitalisation libre, parfois sous contrainte. De nombreux professionnels de la psychiatrie considèrent ces situations comme ne relevant pas de la psychiatrie. Ces personnes ne sont pas pour beaucoup à leur place. Des situations d'accompagnement de fin de vie sont rapportées pour des patients non connus des services psychiatriques, orientés pour des refus de soins et qui *« viennent mourir »* à l'hôpital psychiatrique. Ici, il n'est plus question de gérontopsychiatrie. Les cas ne sont pas rares et sont symptomatiques du rôle donné à la psychiatrie.

Pour ce psychiatre, *« la psychiatrie publique récupère les patients dont les autres services ne veulent plus ou pour lesquels, il n'y a pas de solution ».* S'il n'y avait pas de solution avant, il y a rarement de solution après le passage en psychiatrie.

SOUTENIR LES URGENCES SUR LEUR MISSION DE CRISE

Le recours aux urgences dépend de l'organisation des soins. Pour bien fonctionner *« une urgence doit se vider rapidement pour avoir de l'espace pour les accueillir et de la disponibilité pour les évaluer, construire des parcours avec les collègues et les orienter »* indique cette professionnelle.

Le service des Urgences psychiatriques du CHU de Toulouse est en cours de restructuration avec trois sous « unités » et accueille 24h/24, 7j/7 :

- La consultation de psychiatrie qui accueille des patients en ambulatoire orientés depuis l'accueil des urgences, qui ne sont pas intoxiqués, qui n'ont pas besoin de bilan somatique.
- L'intervention auprès des patients accueillis au sein du service des urgences générales pour des motifs transverses entre des motifs psychiatriques et somatiques.
- La consultation des patients ayant fait des gestes suicidaires par intoxication médicamenteuse principalement. Ces lits sont gérés par le service des urgences générales et sur lesquels une activité de liaison est réalisée pour donner des avis psychiatriques.

Les professionnels décrivent trois profils des patients accueillis, quel que soit le mode de consultation :

- Les patients qui nécessitent une intervention rapide et intensive pour agir sur la crise et qui doivent repartir pour leur grande majorité vers l'ambulatoire.
- Les patients qui nécessitent une hospitalisation. Ils sont connus des services de psychiatrie dont les relais existants doivent pouvoir être activés facilement. Leur orientation rapide doit permettre de pouvoir s'occuper des patients en crise plus efficacement.
- Les patients qui ont des besoins moins élevés, mais qui nécessitent une orientation vers le libéral, la médecine générale (médecin traitant) et dans certaines situations le CMP de rattachement. Soulignons que nombre de ces patients reviennent parce qu'ils ne trouvent pas de solutions. Les situations se dégradent et peuvent aboutir à de nouveaux passages aux

urgences, voire des hospitalisations. Les professionnels indiquent que si des relais avaient pu être réalisés, ces hospitalisations auraient pu être évitées.

Le projet des urgences est un projet autour de la crise. Ceci passe par une prise en charge intensive qui peut permettre de changer l'orientation des patients vers l'ambulatoire et éviter des hospitalisations. Pour les professionnels, un nombre non négligeable de patients devrait bénéficier de ce mode d'intervention de crise qui nécessite un ratio de personnels soignants important autour du patient, impossible à l'heure actuelle. Ceci peut être à l'origine de trajectoires d'hospitalisation.

Service des urgences en amont d'une hospitalisation

L'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en soins libres est fermée depuis 2 ans, faute de temps médical. Cette situation pose des difficultés majeures selon de nombreux professionnels du secteur. Ils soulignent que ce type de service permettrait de prendre en charge des patients issus du service d'urgence soit qui ne nécessitent qu'une courte hospitalisation, soit qui nécessitent une observation de courte durée afin de préciser le diagnostic et organiser une orientation en hospitalisation ou le retour à domicile. Ce service pourrait jouer un rôle organisationnel pour des patients qui sont en attente de la disponibilité d'un lit dans l'hôpital répondant aux conditions requises par leur état médical.

Actuellement, seule l'UHCD fermée peut jouer ce rôle, cumulant des profils très différents et n'ayant pas les mêmes besoins en soins. L'absence d'une UHCD en soins libres cumulée aux grandes difficultés d'aval pour une partie des patients aux caractéristiques complexes est considérée par de nombreux professionnels comme un point central des difficultés de fluidité des parcours des patients.

L'objectif à court terme est de disposer de 4 lits avec un médecin présent la journée. L'expérience nouvelle de l'unité pour adolescents, l'UBA, démontre le réel intérêt de créer un « sas » de prise en charge, plus adapté que les services d'urgences. Ceux -ci sont contraints par leur mode de fonctionnement structurel, sans toutefois pouvoir avoir recours à une hospitalisation au sein d'un autre service, voire un autre hôpital.

L'Unité d'hospitalisation de courte durée dite « fermée » est composée de 9 lits dont 4 chambres d'isolement. Actuellement, cette unité joue ce rôle de « sas de pré orientation »[37]. Toutefois, ce dispositif joue ce rôle à défaut d'autres solutions et par là même accueille des personnes qui ne relèvent pas d'un service « fermé ».

Concernant les patients qui sont connus et suivis pour des pathologies établies et qui « décompensent », par exemple à cause d'une rupture de traitement, les professionnels indiquent que l'hospitalisation de courte durée aux urgences n'est pas pertinente. Ce type de patients n'a aucun intérêt à rester aux urgences, voire il est nécessaire de réduire au maximum le temps de passage aux urgences. Ce type de patients nécessite une mobilisation très rapide du gestionnaire des lits, car il est nécessaire que ces patients soient orientés en direction du secteur qui les accompagne déjà.

Pour les personnes connues et suivies par le secteur privé, la fluidité du parcours est reconnue par tous. Les patients en soins libres comme en soins contraints (exclusivement en SDT), restent peu de temps aux urgences. Les professionnels des urgences indiquent que les lits des cliniques sont utilisés de manière indifférenciée, *« on prend les lits sans trier et finalement ça ne pose pas vraiment de difficultés »*.

[37] Unité réduite à 6 lits pour manque d'effectifs au moment de l'entretien décembre 2021

Des situations complexes, au sens de comorbidités somatiques ou de difficultés contextuelles peuvent parfois allonger le maintien des personnes aux urgences. Structurellement, l'ensemble des données du corpus, qu'elles soient issues des données des passages aux urgences ou des discours des différents acteurs des urgences ou des services d'aval du secteur privé indiquent que la transition fonctionne.

Les services d'aval soulignent toutefois, qu'au moment de l'accueil des patients orientés par les urgences, une des difficultés provient de l'absence des traitements. Il est régulièrement constaté que les patients sont orientés au sein d'une clinique avec une prescription, mais sans les médicaments de cette prescription. Selon les modes de fonctionnement et d'organisation des services d'aval, les pharmacies des établissements privés ont des amplitudes d'ouverture relativement courtes. En d'autres termes, le patient arrive au sein de la clinique, parfois sur des horaires de fin de journée, mais l'unité d'accueil est dans l'incapacité d'accès aux médicaments pour permettre la continuité de la prescription. Cette directrice de clinique indique *« on y gagnerait tellement que les patients arrivent des urgences avec leur traitement (…) je ne parle pas seulement des orientations de 18h30 le vendredi soir, je parle de toutes les orientations, car souvent la pharmacie, chez nous est fermée et là, c'est vraiment un casse-tête ».* Notons par là même que lors du terrain d'investigation, l'équipe de recherche a indiqué que l'orientation des patients en l'absence des traitements posait de réelles difficultés pour les équipes d'aval ; la psychiatre des urgences participant à l'entretien, *« il n'y a rien de plus simple à faire de donner les traitements au moment de l'orientation ».* Apparait donc ici de réelles possibilités de mise en adéquation des systèmes de contraintes des différents acteurs au sein d'échanges de pratiques.

Soulignons, ici aussi, le sujet très clivant des orientations de fin de journée, de week-end, durant lesquels les services d'aval aux urgences, qu'ils soient publics ou privés, sont en fonctionnement réduit. Ces orientations sont souvent vécues comme des moments critiques pour les professionnels et par là même par les patients. Ces situations, loin d'être majoritaires, marquent les équipes d'aval et génèrent parfois du repli dans les coopérations. Une méconnaissance des orienteurs du mode de fonctionnement des équipes d'aval est au centre de ce phénomène. Comme pour les traitements, l'amplitude des plages horaires d'accueil au sein des services d'aval sont au centre des difficultés. Plusieurs professionnels soulignent que des patients peuvent rester hospitalisés aux urgences, souvent plusieurs heures de plus, alors qu'ils sont orientés en soins libres vers les cliniques, l'accueil ne pouvant plus se faire pour des raisons d'horaires.

Les systèmes de contraintes des services d'aval, principalement en matière de personnels sont à l'origine de modalités d'organisation d'accueil qui ne permettent pas d'accueillir les patients sur de larges plages d'horaires. Là encore, un travail sur les modes de fonctionnement est à améliorer et des solutions de compensation des systèmes de contraintes sont à élaborer. Au final, concrètement, l'impossibilité d'accueillir le patient engendre qu'il reste aux urgences, soit en UHCD fermée, soit au sein des box de consultation. Autre solution, décrite comme *« très périlleuse »,* consiste à mobiliser l'entourage pour que ces patients rentrent chez eux la soirée et soient accueillis en clinique le lendemain. Aucune autre solution n'existe à l'heure actuelle aux urgences, et en l'absence de personnels au sein des équipes d'aval, le transfert est impossible.

L'exemple de la mise à disposition des traitements par le service d'urgence montre comment de « petites choses » peuvent fluidifier le système. Retenons ici qu'il est très important de connaitre les lieux d'aval pour orienter les patients, et il est déterminant de connaitre les systèmes de contraintes des équipes à l'origine de leur mode de fonctionnement, ceci permettant d'établir des prérequis a minima pour que l'orientation se fasse dans les meilleures conditions.

Concernant les patients dévolus au service public, les solutions d'aval sont réduites car la filière est engorgée. Les professionnels évaluent qu'un tiers des patients restent plus de 72h aux urgences, et ce, que ce soit pour une orientation vers les secteurs du CHGM ou pour le secteur 7 du CHU. Dans les faits, les données collectées aux urgences en parallèle de l'enquête « une semaine donnée » sont moins alarmistes, mais il apparait clairement que pour des patients en soins sans consentement, inconnus des services, qui nécessitent une orientation en chambre d'isolement, le maintien aux urgences, puis au sein de l'UHCD fermée, peut être long, plus de 7 jours pour un cas décrit durant le recueil de données.

Pour les patients en soins sans consentement, ce blocage a des conséquences importantes. Si à défaut d'orientation, le psychiatre des urgences doit réaliser le certificat dit « des 72h » qui statue sur la modalité de soin et notamment la possibilité de mettre en place un programme de soins en ambulatoire, apparait une réelle perte de chance pour le patient.

Rappelons que la RBPP (recommandation de bonnes pratiques professionnelles) de l'HAS indique qu'un PDS est précédé nécessairement d'une hospitalisation complète en soins sans consentement. Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques sans consentement, quel que soit le mode d'admission, elle fait préalablement l'objet d'une période initiale d'observation et de soins d'au maximum 72 heures (sa durée pouvant donc être moindre). Cette période d'observation donne lieu à la production de deux certificats rédigés par un psychiatre : un certificat de 24h et un certificat dit de 72h. Dans les 72 heures après l'admission en hospitalisation, le psychiatre hospitalier va se prononcer soit sur la levée des soins sans consentement, soit sur la poursuite de la mesure avec la possible mise en place d'un PDS.

Dans le cas présent, la mise en place du PDS est impossible depuis les urgences, car ce service n'a pas la possibilité de réintégrer le patient. Le service doit donc statuer sur une hospitalisation complète, ce qui peut être considéré comme une orientation par défaut, une perte de chance pour des relais en ambulatoire et une mauvaise orientation à la fois pour le patient, mais aussi pour la « filière » qui compte, à cause des difficultés de la filière, une hospitalisation complète supplémentaire.

La capacité du secteur public à recevoir les patients des urgences est réduite, parce que la capacité de ces services est de fait réduite. La durée des séjours en lien étroit avec les profils des patients reçus ne permet pas aux services du CHGM et de l'UF 1 et 2 d'accueillir l'ensemble des besoins. Les marges d'intervention du service des urgences ne permettent pas le « sas » nécessaire obligeant trop systématiquement des orientations vers une hospitalisation complète des patients pour lesquels d'autres solutions pourraient être trouvées.

Rappelons ici qu'il est question de patients aux multiples vulnérabilités psychiatriques, sociales, parfois somatiques, souvent avec des troubles du comportement qui sont pour beaucoup inconnus des services ou en rupture avec le soin. Ce sont ici des personnes aux pathologies lourdes, avec des symptômes aigus, dans des situations de vie fragiles. Paradoxalement, ce sont pour ces patients aux multiples vulnérabilités que la filière est la moins structurée, voire dotée.

Notons toutefois que pour les patients connus des services de la psychiatrie, les situations sont globalement moins difficiles. Les professionnels des urgences soulignent que les patients sous mesures de SDRE sont majoritairement admis sur leur secteur directement, sans passage aux urgences. Parfois un passage aux urgences est possible pour un dédouanement somatique[38]. Ces passages sont estimés à un patient par semaine en moyenne.

[38] Le « dédouanement » somatiques n'est pas systématique pour la grande majorité des patients en soins sous contrainte. Cf. soins sans consentement

Soulignons que tous les professionnels constatent que le nombre de SDRE augmente et notamment chez des mineurs.

Service des urgences et crise de l'ambulatoire

À l'instar des urgences générales qui sont amenées à prendre en charge une multitude de situations, allant des problèmes plus ou moins bénins, jusqu'au traitement de crise vitale, en passant par un rôle d'acteur social, les urgences psychiatriques sont ouvertes sur la ville 24h/24h, sept jours sur sept. Autrement dit, les urgences psychiatriques continuent de fonctionner quand tous les autres services n'accueillent plus.

La crise des services ambulatoires, autant publics que privés, a un impact important dans l'activité des urgences. Quand l'accès aux soins est empêché, les patients « consultent » aux urgences, parfois par méconnaissance de l'offre, mais le plus souvent par défaut.

Les professionnels des urgences décrivent un public en demande de conseils en augmentation. Ces personnes ne trouvent pas de place au sein de la psychiatrie libérale ou les CMP et donc sollicitent les urgences. Ces patients peuvent même être envoyés par les médecins généralistes qui n'arrivent pas à orienter et donc conseillent à leurs patients les urgences.

Ce phénomène positionne le service des urgences dans un rôle qui n'est pas le sien. Il parait évident que la souffrance psychique est plus difficile à appréhender par les patients qu'une maladie somatique. Les troubles, les symptômes, la formulation de la demande de soins sont un processus complexe, parfois long. Considérons cette spécificité à l'origine de demandes aux services des urgences pour des besoins non « urgents », hors de la crise aigüe, comme afférente à la pathologie mentale. Toutefois, la part de ces situations devrait être à la marge. Aux urgences du CHU de Toulouse, ce n'est pas le cas. *« C'est près de deux tiers de demandes »* pour cette professionnelle. En d'autres termes, une grande part du temps des professionnels des urgences psychiatriques est consacrée à la prise en charge de patients non critiques, souvent en liaison avec les urgences générales, mais dans une mission qui ne devrait pas être prioritaire. Toutefois, pour les professionnels, celle-ci est considérée comme aujourd'hui indispensable.

Soulignons que le système ambulatoire est saturé au point que les urgences n'orientent plus les patients vers les CMP, quelle que soit la pathologie. Les délais de prise en charge sont trop longs. Pour cette psychiatre intervenant aux urgences, *« les rendez-vous médicaux sont entre 3 et 6 mois, ce qui ne correspond pas aux besoins des patients »*. Les orientations post urgences ambulatoires se font en direction des médecins généralistes.

Toujours concernant l'ambulatoire, les professionnels des urgences constatent que des passages aux urgences auraient pu être évités si des rendez-vous plus rapides avaient pu être mis en place à la demande du patient ou des proches lors des suivis en CMP. Pour ces professionnels, *« il n'est pas rare que des patients arrivent aux urgences en décompensation psychotique et que la famille indique que la situation dure depuis un mois sans pouvoir accéder à du soin »*. Les professionnels indiquent que la crise est défavorable pour le patient, son entourage et le pronostic de sa maladie. Ils soulignent aussi que les passages aux urgences avec ce type de patients ne se passent pas bien et génèrent souvent des mesures de contention.

LE SOIN SANS CONSENTEMENT : JUSQU'À 75 % DE L'OFFRE PUBLIQUE

Le dispositif des soins sans consentement est une particularité de la discipline psychiatrique. Cette mesure permet de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux ni de leur besoin impératif de soins.

Il existe deux procédures d'admission :

- l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en cas de péril imminent (SPI)
- et l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet (SDRE).

La loi prévoit une période d'observation et de soins d'une durée maximale de 72 heures sous la forme d'une hospitalisation complète afin de permettre au psychiatre d'adapter au mieux les modalités de sa prise en charge. Cependant, rien ne s'oppose à ce que la mesure soit levée dans les 24 heures si elle s'avère injustifiée.

Si les deux certificats médicaux établis, l'un dans les 24 heures, puis dans les 72 heures de l'hospitalisation, concluent à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, un psychiatre de l'établissement d'accueil propose la forme de la prise en charge :

- soit l'hospitalisation complète
- soit des soins sous une autre forme comportant des soins ambulatoires, des soins à domicile ou, le cas échéant, des séjours en établissement ou des hospitalisations partielles. Dans ce cas, un programme de soins sera élaboré.

Le maintien aux urgences de patients sous contrainte plus de 72h pose alors une difficulté. En regard de la loi, un patient aux urgences en soins sans consentement doit pouvoir bénéficier, après ce délai, soit d'une levée de la mesure de contrainte, soit d'une hospitalisation complète au sein d'un service adapté, soit d'un programme de soin. Le service des urgences ne peut structurellement pas mettre en place un programme de soins comme précédemment cité[39].

Sur le territoire, les voies d'admission des patients en soins sans consentement sont de deux sortes. Soit, ils sont inconnus des services de la psychiatrie et ils « passent » par les urgences, soit un suivi est déjà engagé et dans ce cas, ce patient intègre le service qui l'a accompagné par le passé.

Dans le second cas, plusieurs psychiatres interrogés remarquent que ce patient ne bénéficie pas d'un « dédouanement » somatique ou d'intoxication. Autrement dit, les troubles du comportement, souvent à l'origine de la mise en place de soins sous contrainte, ne sont pas analysés autrement que par la maladie psychiatrique. Ce mode de fonctionnement est ajusté concernant le secteur 7, car si un patient en SDRE relève de ce secteur, le « dédouanement » somatique est un préalable. Ce n'est pas le cas pour les patients relevant des autres secteurs. Ce mode de fonctionnement engendre des trajectoires différentes selon les secteurs et les antécédents, ce qui pose une réelle difficulté d'iniquité de traitement entre les patients, selon le secteur de rattachement. La loi prévoit des conditions garantissant la protection des droits et libertés de la personne et en l'espèce, selon son lieu de résidence ou son passé de malade, le traitement d'une même situation pourrait être différent.

Les soins sans consentement sur le territoire sont minoritaires. 15 % des patients recensés lors de l'enquête « une semaine donnée » sont hospitalisés en soins sans consentement. Rappelons que seuls

[39] Cf Partie sur les urgences

les établissements de service public sont en capacité de recevoir ces patients, à l'exception des places de Soins à la Demande d'un Tiers de la clinique Beaupuy. Ces modalités de prise en charge sont spécifiques à la psychiatrie et doivent d'ailleurs être réservées à des motifs proprement psychiatriques.

Au sein du CHGM, selon l'enquête « une semaine donnée », ce sont 68 % des patients qui sont hospitalisés sans consentement. Cette proportion est plus faible pour les patients hospitalisés au sein du CHU (31 %). Celle-ci est de 4 % pour les patients hospitalisés au sein des cliniques privées en lien étroit avec l'offre réduite au sein de ces services.

Parmi les patients hospitalisés sans consentement, plus de six patients sur dix (64 %) le sont pour des soins à la demande d'un tiers et un sur cinq (18 %) pour des soins sur décision d'un représentant de l'État. Un patient sur dix reçoit des soins sans consentement pour avoir été jugé pénalement irresponsable, 8 % pour péril imminent et 1 % les D398. L'ensemble de ces patients sont pendant la semaine d'enquête très majoritairement au sein du CHGM, mais peuvent aussi être reçus au CHU.

Les éléments issus du corpus qualitatif laissent à penser qu'au sein même du secteur public le « poids » du soin sans consentement dans les différentes unités était très hétérogène. En détaillant la situation selon les unités d'admission, il apparait que sur la semaine du 10 janvier 2022, deux unités ont accueilli plus de 20 patients en soins sans consentement, deux autres plus de 15 patients et les trois dernières entre 10 et 14 patients. L'offre de soins est composée de seulement 20 lits associés à deux chambres d'isolement pour le CHGM, ce qui signifie qu'au sein de ces unités plus du tiers des soins se réalisent sous contrainte.

L'accompagnement des patients sous contrainte est par nature différent. Les professionnels soulignent la difficulté de la construction d'un projet de soins. Les préparations à la sortie sont complexes à mettre en œuvre et plus particulièrement pour les personnes relevant d'une mesure SDRE. Actuellement, les professionnels indiquent que pour ces patients, les possibilités de permission ou les levées de mesures sont ralenties par les services de la préfecture systématisant les demandes d'expertises complémentaires. Si la démarche de l'État est conforme à la réglementation[40], elle respecte rarement le délai des 72h prévues et peut prendre jusqu'à deux mois. Ce contexte met en difficulté toutes les initiatives des soignants, le rétablissement des patients et la fluidité de la filière.

Quand les collectifs des unités sont composés de patients en soins contraints, les professionnels s'interrogent alors sur la manière de « travailler autour de la réhabilitation sociale ». Cette composition des unités joue dans la dégradation des conditions de travail décrites par les professionnels.

Notons aussi que nombre de psychiatres interrogent les certificats initiaux. Pour ce psychiatre, *« il est plus risqué de ne pas faire un certificat de soins sans consentement que de le faire, c'est parfois aussi un parapluie ».* Les conditions de formalisation des premiers certificats sont interrogées. Pour ce psychiatre chevronné par exemple, *« on voit des mises en SDRE via une visio conférence par un « expert » via l'iphone du policier, c'est limite ».* Nombreux sont les psychiatres qui soulignent des diagnostics à l'origine de l'édition d'un certificat de contrainte partiels et mal étayés. Les levées des mesures étant considérées comme « difficiles » à mettre en œuvre, des situations peuvent s'enraciner et poser des questions éthiques, légales et des problèmes au sein de la filière.

[40] *La demande de levée de l'hospitalisation en SDRE, le plus souvent avec programme de soins ambulatoires, est faite par certificat médical adressé au Préfet. En cas de désaccord de celui-ci, le directeur de l'établissement psychiatrique demande immédiatement un second avis psychiatrique (rendu sous 72 heures). Si ce second avis est conforme au premier, le Préfet doit lever la contrainte (nouvel arrêté) ; sinon il peut la maintenir, le directeur de l'établissement devra alors saisir le JLD pour demander la levée de contrainte. (in dictionnaire médical de l'Académie de médecine)*

Pour la levée des mesures, une instance collégiale est plébiscitée, car pour beaucoup, la prise de responsabilité est forte, le contexte décrit comme « très sécuritaire » met les soignants en position délicate.

Pour les professionnels, les patients sous contrainte nécessitent un accompagnement intensif. Ici aussi, les professionnels insistent sur le fait *« qu'un lit n'équivaut pas à un lit ! ».* Les équipes sont très mobilisées auprès de ces patients, à la fois pour leur rétablissement mais aussi pour maintenir un climat serein au sein des unités.

Cette surreprésentation de profils complexes agit sur la capacité des professionnels à se mobiliser dans la durée. Autrement dit, la surreprésentation des soins sans consentement dans les services agit sur la qualité des soins, car les équipes sont « usées », en « perte de sens » et soumise aux aléas des décisions de la préfecture (permissions, levée de mesure…). Pour cette professionnelle, *« on sait que c'est notre boulot, mais on ne voit que des cas où c'est compliqué, SDRE, toxiques, troubles du comportement, pas d'entourage, c'est sans fin et puis souvent on n'a pas la main ».* Pour cet infirmier, *« on passe notre temps à attendre les contre-expertises, pour les patients SDRE, on se dit qu'une permission pourrait être bénéfique, mais on attend deux mois la contre-expertise. On initie des programmes de levée de mesure en équipe, mais on est face à un système qui finalement ne souhaite pas que les gens se rétablissent… »*

Le poids dans certaines unités des patients jugés pénalement irresponsables est aussi à prendre en considération. Là encore, les professionnels de terrain indiquent la nécessité d'un accompagnement intensif de ces profils. Soulignons ici que ce type de profils suscite de réelles difficultés pour les unités d'admission.

Les orientations sont non programmées, car soumises à la décision du tribunal judiciaire. Dans le flux tendu des orientations, ces quelques profils viennent aggraver les blocages, à la fois pour leur arrivée subite dans la filière et par le fait qu'ils sont destinés à rester longtemps au sein des unités en raison de leur maladie, mais aussi car l'administration, très prudente en termes de sécurité publique, ralentit les processus d'orientation, voire de sortie. Les observateurs indiquent que nombre d'entre eux sont issus d'autres départements mais qu'il est difficile de réaliser des transferts. De manière désabusée, ce psychiatre constate que *« les seuls transferts qu'on arrive à faire, c'est quand le patient fugue, rentre chez lui et qu'il se retrouve à nouveau hospitalisé… ».* Les situations ne sont pas très nombreuses, mais là encore la tension de places au sein des services habilités à accompagner ces publics aggrave les difficultés de la filière.

ÉTABLIR LE ROLE DE CHACUN, INDENTIFIER LES PRIORITÉS, LIBÉRER DES PLACES

Améliorer les orientations

Au sein du corpus qualitatif, de nombreux discours décrivent des modes d'adressage régulièrement inadaptés à la capacité des services à organiser un accueil de qualité.

Au sein du secteur privé, de nombreux professionnels des différents établissements soulignent l'importance de la préparation de l'arrivée du patient pour initier une prise en charge de bonne qualité. L'arrivée de patients sur des horaires de fin de journée ou sans les traitements prescrits par le médecin psychiatre d'amont peut mettre en difficulté l'accueil. L'organisation des établissements, qu'ils soient privés ou publics, ils ont certaines limites et ne peuvent être mobilisables de la même manière sur les horaires de fonctionnement de journée, de soirée ou de week-end. Des procédures au sein de chaque établissement public ou privé sont établies pour faire face à des arrivées non programmées. Pour cette directrice de clinique *« il n'y a aucun problème pour accueillir, mais faut-il que les conditions soient réunies (…) on peut se mobiliser, mais pas dans l'heure, pas sous injonction ».* Pour ce psychiatre, *« le souci aussi c'est que l'on a beau dire que le vendredi soir à 18h30, ce n'est pas le meilleur moment pour nous orienter les patients, ça continue. Pire, on s'aperçoit en arrivant le lundi que le patient pour lequel on a expliqué que ce n'était pas possible de le prendre le vendredi a été transféré dans le week-end sans qu'on soit au courant ».* Ici encore, aucune procédure d'adressage n'est clairement établie entre les différents services. Les différentes étapes indispensables à un bon adressage, les éléments indispensables en termes d'information sur la situation et de traitement ne sont pas listés. L'absence de hiérarchisation des priorités construites collectivement laisse la place à la responsabilité individuelle. Si la filière, particulièrement de l'offre publique, était en capacité d'accueillir l'ensemble des situations, la filière pourrait s'autoréguler.

Pour ce psychiatre du service public, *« on a besoin de voir plus clair, qui fait quoi, mais surtout qu'une hiérarchisation soit établie entre ce que Marchant doit faire, et ce que font les autres. La tension est telle, l'aval si coincé, qu'on ne peut pas prendre tout le monde : le patient 72h des urgences, le patient que la clinique ne veut plus, le patient précaire, les sorties de garde à vue, les détenus… ».*

Le secteur public hospitalier a pour mission, sur le territoire, de prendre en charge les patients en soins sans consentement SDRE, dont les personnes reconnues comme irresponsables pénalement. Ces patients, étant donnée l'offre actuelle, ne peuvent pas être accueillis ailleurs. Pour tous les autres patients se pose la question de leur orientation au sein de l'ensemble de l'offre. Les services des urgences psychiatriques soulignent que pour les orientations en hospitalisation libre, la filière fonctionne, pour les hospitalisations en soins contraints, *« la filière est à saturation ».*

Le mode de fonctionnement actuel génère des tensions, des positionnements de défiance entre acteurs, voire des stratégies de repli. Pour cette directrice de clinique, *« maintenant on se méfie. Ce n'est pas rare que l'on ne nous dit pas tout sur le cas et au final on n'est pas en capacité de prendre en charge l'ensemble de la problématique. Cela met nos équipes en difficultés, nous à la direction aussi, mais surtout ce sont les patients, c'est un réel problème. ».*

Quelques situations, parfois très anciennes, ont cristallisé des représentations de défiance entre acteurs. Le système fonctionnant à partir de relations interpersonnelles, les unités étant très incarnées par leur responsable, *« une affaire problématique d'il y a 15 ans peut encore jouer dans le fonctionnement des acteurs ! »* constate cette observatrice.

Libérer des places d'hospitalisation

La tension des entrées au CHGM varie selon les périodes de 10 à 20 patients par semaine[41]. Les observateurs considèrent assez unanimement que ce volume n'est pas très important. C'est d'ailleurs grâce à cela que la filière, malgré tous les écueils précités, fonctionne. Pour le CHGM, 10 à 20 patients par semaine correspondent à un renouvellement de 7 à 14 % des places en unités d'admission.

Les hospitalisations non programmées posent une difficulté majeure dans un système en tension. Celles-ci sont de formes multiples. Pour ce psychiatre, *« vous avez toutes les hospitalisations programmées, sachant que dès qu'il y a une complexité clinique ou complexité organisationnelle, il est redevable pour Marchant, et après vous avez les non programmées, gardes à vue, sortants de prison, les 122-1 et les presque programmées, les décompensations pour des patients hospitalisés en clinique, ou dans le médicosocial, les obligations de soins, les transitions du CMP vers les UMD[42]… ».*

Pour tous les acteurs interrogés, les difficultés de la filière sont autant en lien avec la non-hiérarchisation des priorités d'accueil que sur les possibilités de sortie.

Au sein du CHGM, la commission médico-administrative régule autant que possible les parcours d'hospitalisation des patients au sein de l'établissement. Elle se réunit deux fois par semaine. Dans ce cadre, sont priorisées des sorties de patients permettant d'en accueillir des nouveaux.

L'embolisation de la filière n'a pas pour origine principale la difficulté des professionnels à soigner les patients, mais à trouver des solutions d'aval correspondant à leurs besoins. Au sein du service public particulièrement, la capacité d'accueil est conditionnée par la capacité d'orientation et de sortie.

Le travail de la commission médico-administrative est d'autant plus complexe qu'elle doit prendre en compte le niveau de rétablissement et les besoins en soins des patients, mais aussi leurs solutions d'aval. À « état de santé égal », des patients ayant des solutions de logement par exemple vont de ce fait quitter l'établissement plus rapidement que d'autres.

Pour ce cadre infirmier, *« pour améliorer les choses, il faudrait avoir une vision globale, une centralisation de la capacité du territoire à accueillir quelles que soient les étapes du parcours de la personne ».* Cette stratégie de régulation de la filière mériterait un périmètre plus large avec une visibilité plus étendue des capacités de l'offre.

Notons ici que l'observatoire des urgences (ORU Occitanie) met à disposition des acteurs une actualisation de l'offre. Il semble que cet outil ne soit pas utilisé par les acteurs, gestionnaires de lits inclus, ou seulement partiellement.

Pour ce psychiatre, *« agir sur les deux niveaux (amont et aval) est indispensable afin de donner une respiration aux équipes, qu'elles puissent à nouveau fonctionner. Si on ne libère pas des lits, si on n'agit pas sur la fluidité de la filière, on peut empiler les lits, dans 6 mois on sera toujours au même point ».*

[41] Données fournies par la Commission médico administrative en octobre 2021
[42] Unités pour malades difficiles

Améliorer la connaissance de l'offre du territoire, l'intersectoriel, les ressources libérales

Pour cette psychiatre intervenant en CMP, *« il nous faudrait le 'que sais-je du secteur ?' ».* Nombre de professionnels interrogés soulignent leur difficulté à appréhender l'ensemble des possibilités potentiellement mobilisables.

« Si nous avions en temps réel la capacité de chacun, les libéraux compris, à pouvoir accueillir les patients ce serait un outil incroyable (…) on a essayé à partir d'une liste de collègues qui interviennent en ville de tenir à jour un suivi comme ça, mais c'est impossible » ajoute cette psychiatre.

La plateforme ViaPsy[43] en cours de déploiement est connue, mais il faudra encore du temps pour qu'elle soit utilisée de manière systématique.

Les services intersectoriels sur le territoire sont multiples. Rattachés aux trois pôles du CHGM, ils sont articulés autour de projets divers. L'Équipe Mobile de Crise (EMIC) ou l'unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES), le Pavillon d'Admission pour Jeunes Adultes (PAJA), le dispositif Un Chez Soi d'Abord sont quelques dispositifs intersectoriels, mais qui par leurs objectifs d'intervention et publics cibles sont de nature très différente.

Dans le corpus qualitatif, peu d'éléments transparaissent sur ces services. Un manque de lisibilité et un morcellement de service semble apparaitre dans les discours des professionnels de terrain. Autant les cadres et les responsables de pôles énoncent les différents dispositifs, autant les infirmiers, médecins et travailleurs sociaux ont pour beaucoup des difficultés à décrire la mission et le fonctionnement des unités intersectorielles qui ne sont pas rattachées à leur pôle.

En dehors du CHGM, le fonctionnement de ces unités est mal connu, voire jamais évoqué. Paradoxalement, tous les professionnels qui ont une expérience de travail avec ces services reconnaissent leur importance et leur rôle essentiel pour soutenir, initier et repérer les parcours des patients.

[43] https://viapsy.fr/ Notons que pour l'heure, cet outil ne permet pas d'identifier la capacité du dispositif à accueillir les personnes et les délais de prise en charge.

UNE ATTRACTIVITÉ MÉDICALE ET PARAMÉDICALE EN GRANDE SOUFFRANCE

Au moment de la rencontre avec les équipes de soins du CHGM (automne 2021), les professionnels rapportaient un fonctionnement dégradé par un manque d'effectifs. De nombreux postes n'étaient pas pourvus. Ce manque de professionnels concernait autant les postes médicaux que paramédicaux.

Tous les services du CHGM sont en sous effectifs. Les recrutements des remplaçants aux absents ou aux partants sont difficiles à réaliser. Ce phénomène est amplifié par la crise actuelle du secteur. Pour cette cadre *« c'est compliqué depuis plusieurs années, mais pour les infirmiers on trouvait, là depuis la COVID c'est très difficile (…) habituellement, au printemps on commençait à sensibiliser les IFSI pour recruter et anticiper le turnover, là, cette année il faudrait le faire maintenant* (octobre 2021) *».*

Au sein du CHGM, l'attractivité des professions médicales et paramédicales est mise à mal. De nombreuses unités n'arrivent pas à renouveler leurs personnels allant même jusqu'à limiter les mobilités internes. Plusieurs responsables d'unités indiquent que des infirmiers ne peuvent pas rejoindre leur service car leur arrivée est conditionnée par la prise de poste d'un remplaçant au sein du service où ils exercent actuellement. Des situations de ce type sont nombreuses dans le corpus qualitatif et peuvent durer plusieurs mois selon les cas. Pour cette responsable de pôle, *« on vient de créer un service, tout est prêt, le projet, l'organisation, les recrutements, mais comme les infirmiers ne sont pas libérés de leurs postes actuels, on est en attente ».*

Le phénomène est aussi important au sein des services ambulatoires que des unités d'hospitalisations. Sur chacun des pôles de CHGM, l'absence de plusieurs ETP de médecins et d'infirmiers était rappelée systématiquement par les membres des groupes de travail. Ils souhaitaient alerter sur une situation en perpétuelle dégradation, à l'origine de dysfonctionnements.

De la même manière, au sein du service des urgences psychiatriques, la cheffe de service souligne, en décembre 2021, l'absence de personnels à l'origine de la réduction de places au sein de l'UHCD fermée.

Le phénomène de dégradation de l'attractivité des métiers du soin post COVID est à considérer, mais la situation de la filière psychiatrique publique doit être prise en compte. L'attractivité professionnelle n'est pas réduite seulement aux salaires, mais à comprendre dans une globalité incluant les conditions matérielles et d'exercice, la capacité d'agir et le sens de la mission.

Tous les professionnels soulignent le cercle infernal des difficultés de fonctionnement qui sont à l'origine de départ de professionnels, difficilement remplaçables et qui aggrave la situation et les conditions d'exercice. Pour ce chef de service, *« quand le système est en crise, les personnels quittent leur mission, ça aggrave la crise et donc les unités ont du mal à recruter »*.

Soulignons que le secteur 7 rattaché au CHU se voit opposer moins de difficultés, mais est organisé différemment que les secteurs rattachés au CHGM. Le CMP est renforcé par la présence de deux internes tout au long de l'année, ce qui est considérée par la cheffe de service comme un *« atout indéniable »*. Le service d'hospitalisation est composé de 33 lits (22 lits pour l'UF1 et 11 lits de l'UF2). Pour ce professionnel, *« le nombre de lits et l'effectif soignant, médical et paramédical est essentiel. Mon expérience montre ça. J'ai un moment dans ma carrière où j'avais moins de lits et donc moins de professionnels et je m'en sortais moins bien qu'aujourd'hui où finalement j'ai plus de lits et de patients avec des professionnels en plus. Il y a un seuil critique, je dirai pour 1 médecin pour max 15 patients ».*

Pour tous les professionnels, le manque de moyens au sein du secteur public est un réel problème.

Dans les services ambulatoires, les besoins sont importants. Pour cette professionnelle, *« vu la liste d'attente et les délais, il nous faudrait doubler les effectifs ».* Pour cette psychiatre de CMP, *« aujourd'hui on arrive à fonctionner grâce à un mi-temps de médecin qui n'est pas pérenne et qui, s'il n'est pas renouvelé, ne nous permettra plus d'accueillir de nouveaux patients ».*

Au sein des unités d'hospitalisation, le nombre de places devrait pouvoir être ajusté car il n'est pas rare que les chambres d'isolement soient utilisées comme des chambres d'accueil, ce qui pose des problèmes à de multiples niveaux, légal, éthique et de fonctionnement.

Au-delà de l'offre et des moyens, les professionnels rencontrés soulignent des éléments qui méritent une attention particulière.

Pour cette psychiatre, *« soigner dans un CMP, c'est à la fois être très généraliste, mais c'est aussi être très spécialiste de tout (…) par exemple le CRA peut nous envoyer des patients en suivi alors qu'on n'a pas forcément de formation sur l'autisme (…) c'est un grand écart permanent ».* Pour cet autre psychiatre exerçant en CMP, *« on n'a pas vraiment de spécialité, pas de critères d'admission très définis et même si on n'accueille pas les mineurs, on doit recevoir tous les âges ».*
Ici, il est clairement dit qu'au-delà de la pression des places et de la dimension des moyens, exercer dans un CMP nécessite une formation continue permanente, une appréhension et une adaptation à de multiples réalités. *« L'honneur du service public est ici »* souligne ce professionnel. Toutefois, l'approche géopopulationnelle produit cet effet de la nécessité pour les professionnels d'être des généralistes de la psychiatrie de haut niveau tout en étant parfois, voire souvent, dans l'obligation de jouer le rôle de spécialiste d'une pathologie, dans le flux ininterrompu des patients reçus toutes les trente minutes.

La question qui se pose est la capacité à construire à partir des modalités de l'offre géopopulationnelle un modèle permettant de soutenir les généralistes de la psychiatrie via une organisation autour des parcours. Pour ce psychiatre, *« on pourrait imaginer créer des sas ambulatoires, un ambulatoire très spécifique, à partir des déterminants des pathologies psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, borderline (…) spécifier les parcours, pas forcément pour tous les patients, pas les grands précaires et les personnes sous contrainte, mais ça permettrait de renforcer l'ambulatoire, de travailler plus collectivement et de manière plus intense et donc réduire les passages aux urgences et les hospitalisations ».* Se dessine l'idée que créer des « clusters » thématiques qui permettraient de construire des coopérations entre professionnels, redonner du sens à une pratique de la psychiatrie de première ligne qu'elle perd actuellement face à la charge de travail et la complexité des situations.

Le regroupement des secteurs au sein de pôles est depuis plusieurs années formalisé au sein du CHGM. Si on met à part les services intersectoriels, les pôles n'ont pas vocation à s'inscrire dans telle ou telle spécialisation. D'ailleurs, de nombreux professionnels soulignent que la spécialisation de l'offre ambulatoire n'est pas effective aujourd'hui et interrogent sur sa possible réalisation. Une grande majorité considère toutefois que cela aiderait à soutenir l'attractivité professionnelle, et médicale en particulier.
Dans le corpus qualitatif, est décrite la mutualisation des moyens pour le fonctionnement d'hôpitaux de jour. Ces coopérations se réalisent sur un mode fonctionnel de partage de personnels administratifs et de mutualisation des bâtiments. Il est possible ici de faire l'hypothèse que des mutualisations pourraient se transformer en synergie de spécialisation afin de créer des espaces de référence.

Le second sujet de réflexion abordé par les professionnels de terrain pour l'amélioration des fonctionnements et le soutien de l'attractivité médicale est le débat autour de la continuité des soins.

Il est question ici du débat clinique entre deux modèles : la continuité des soins médicaux en ambulatoire et en hospitalisation assurés par les mêmes psychiatres face à une organisation selon le mode d'intervention entre les services ambulatoires et d'hospitalisation. Autrement dit, un patient est pris en charge par le même psychiatre que ce soit au CMP ou lors de ses passages en hospitalisation, ou à l'inverse, dans le second modèle, le patient change de psychiatre quand il est hospitalisé.
Le sujet met face à face des postulats cliniques et organisationnels. Pour ce psychiatre, *« la stratégie médicale a un intérêt, car ça génère de la continuité de soins, mais ça fragmente l'activité. Pour le paramédical, ils doivent s'adapter à différents modèles de prise en charge. C'est difficile de construire des objectifs harmonieux et un projet de service (…) c'est plus compliqué d'avoir un projet clinique ».*

Sur le territoire, les deux modes d'organisation sont à l'œuvre. Toutefois, les moyens d'intervention ne sont pas similaires et il est difficile de pouvoir définir de trancher le débat.
La tension sur les places d'hospitalisation et la pression sur l'ambulatoire mettent à mal la continuité des soins quels que soient les modèles. Il apparait toutefois opportun d'approfondir une réflexion sur ce sujet afin de l'envisager dans les systèmes de contraintes actuels quel modèle serait le plus favorables aux patients.

ELÉMENTS DE SYNTHÈSE

Le travail présenté ici a pour objectif de décrire de la manière la plus exhaustive que possible les systèmes de contraintes s'opposant à la fluidité des parcours des patients. L'enquête « une semaine donnée » et les entretiens auprès des acteurs sont en convergence sur de nombreux points.

Pour de nombreux observateurs, le phénomène est ancien. Les éléments décrits dans ce rapport confirment les travaux précédents.

Derrière les données brutes décrivant l'offre du territoire se dessinent des réalités contrastées. L'impossibilité des établissements du secteur privé d'accompagner les publics concernés par de grosses problématiques de précarité, d'accès aux droits, voire pour certains des comorbidités somatiques ; autrement dit, les patients aux besoins d'accompagnement élevés mettent en difficulté un service public sous-dimensionné tant sur les questions d'hospitalisation qu'en matière ambulatoire.

Il n'est pas question ici de spécifier l'offre selon son statut public ou privé, mais ce travail montre que le rôle dévolu sur le territoire au secteur public et au secteur privé n'est pas le même. Il est impossible pour les établissements du secteur privé de venir « compenser » cette carence d'offre du service public, car il serait nécessaire pour eux d'intervenir sur la totalité de la filière et pas seulement en aval d'une offre ambulatoire en crise majeure. Pour autant, inclure ces acteurs dans la réflexion de la politique publique du territoire en matière d'offre psychiatrique serait un atout. La mise en œuvre de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) a permis de construire des coopérations nouvelles entre secteur privé et secteur public, même si cette dynamique est à parfaire pour que tous puissent prendre une place opérationnelle.

Les besoins des territoires augmentent tant par la hausse de la démographie que du besoin en soins de populations aux déterminants de santé qui se dégradent. Les différences infra sectorielles sur ce point sont fortes et à prendre en considération. Actuellement, l'offre géopopulationnelle ne peut plus se satisfaire d'un ratio offre/nombre d'habitants. Elle nécessite une pondération en fonction des inégalités sociales de santé.

Les professionnels de terrain identifient de manière très convergente plusieurs types de profils mettant en difficulté les parcours des patients. Pour chaque profil, les difficultés sont différentes, mais globalement, ce sont des patients qui nécessitent beaucoup de temps d'accompagnement pour préparer les sorties, avec des contraintes de la préfecture ou de l'absence de places d'aval. Ici, la complexité des situations ne relève pas de la pathologie psychiatrique, mais des comorbidités somatiques ou addictives, des situations sociales, voire des niveaux de dépendance.

- **Les patients en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État** (SDRE) dont le nombre est important et ne cesse de progresser. Si des unités sont constituées pour leur majorité par des patients en soins sans consentement et/ou des personnes jugées pénalement irresponsables, la charge de travail demandée aux équipes est importante et les sorties, nécessaires à la fluidité du parcours de ces patients, mais aussi des autres, sont fortement conditionnées par des décisions qui n'appartiennent plus seulement aux soignants.

- **Les patients jugés pénalement irresponsables** (122-1) sont peu nombreux, mais leur orientation non-programmée surajoute des difficultés d'accueil à une filière déjà très tendue. Les professionnels soulignent que la durée de séjour de ces patients est extrêmement longue

et que pour beaucoup ces personnes ne sont pas issues du territoire haut-garonnais. Les transferts sont difficiles à réaliser.

- **Les patients n'ayant pas de solution de logement**. Ce sont des patients pour qui la pathologie psychiatrique est stabilisée, mais qui sont maintenus en hospitalisation, car aucune solution d'aval n'est trouvée. Ces publics peuvent correspondre à des personnes n'ayant pas de domicile, ou l'ayant perdu durant le temps de l'hospitalisation. Ils sont très représentés au sein du service public. Les services du secteur social priorisent rarement les situations présentées par les services de psychiatrie, car les personnes sont considérées par les équipes d'aval comme « à l'abri » à l'hôpital, autrement dit, « ne sont pas à la rue ». Le lien avec le SIAO[44] est par exemple considéré comme inexistant. Le travail des assistant(e)s de service social est en croissance au sein du CHGM avec des situations décrites comme « insolubles ». Les délais d'orientation sont considérés comme extrêmement longs. Agir de manière concrète sur ce public permettrait de libérer une quarantaine de places, autrement dit deux unités d'admission. Notons toutefois qu'un travail de sensibilisation ou de coopération avec le SIAO en particulier doit être mis en œuvre, car dans la durée cela permettrait à la filière de retrouver une fluidité.
- **Les patients relevant du médicosocial** sont des patients qui relèvent d'une prise en charge d'établissement de type Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Foyer de vie (FV) et plus rarement en Foyer d'hébergement (FH). Ces patients hospitalisés n'ont plus besoin d'accompagnement de la psychiatrie mais ne trouvent pas de place au sein des établissements locaux. Ces situations sont récurrentes dans les unités de soins de suite du CHGM. Là encore, de nouvelles coopérations avec les acteurs du secteur médicosocial permettraient de libérer de nombreuses places.
- **Les patients âgés**, au sein des unités d'admission et de soins de suite ou orientés aux urgences pour des troubles non psychiatriques. La part des personnes âgées au sein des unités d'hospitalisation est variable selon les unités. Les professionnels soulignent des niveaux de dépendance des publics très élevés et donc des besoins d'accompagnement importants. Ces situations sont aussi relevées dans le secteur privé. Les orientations en direction des EPHAD sont difficiles et ces personnes restent hospitalisées en psychiatrie pour de mauvaises raisons. Les professionnels soulignent aussi que des situations récurrentes de personnes âgées qui, soit pour des refus de soins somatiques, soit pour des troubles du comportement, sont orientées vers les services de la psychiatrie (urgences et/ou hospitalisation) en soins libres ou en soins contraints alors que leur trouble n'est pas de nature psychiatrique. Les réorientations vers les services adaptés (gérontologie, cancérologie, parfois soins palliatifs) sont considérées difficiles depuis le CHGM ; plutôt simples depuis les urgences.
  Ce phénomène est à mettre en parallèle avec un manque de solutions dans le domaine de la gérontopsychiatrie qui concerne ici des personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques et des pathologies du vieillissement.

Pour les acteurs, une procédure d'admission détaillant les étapes, les critères de priorisation par institution, les conditions de mise en liste d'attente et les délais, les conditions et les contraintes d'accueil donnerait une vision commune et opérationnelle utile.

[44] Le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO)

Concernant les difficultés pour les patients en soins sans consentement aux urgences sur une durée de plus de 72h, la situation est toujours aiguë, particulièrement pour les patients inconnus des services de la psychiatrie préalablement. Les difficultés sont structurelles, car la situation est décrite de la même manière lors des orientations des urgences sur les secteurs du CHGM que sur le secteur 7 porté par le CHU. L'absence de places d'hospitalisation au sein des unités est le principal problème. Ce problème est étroitement lié à l'absence de solutions d'aval et de soins des patients au sein même des unités. Pour accueillir de nouveaux patients, faut-il avoir la possibilité de libérer des « lits » et donc trouver des solutions aux patients accueillis au sein des unités. L'accroissement des situations complexes au sein des unités met en difficulté le « turnover » nécessaire. Cette difficulté autour des « 72h » exprime une embolisation de la filière dans son intégralité. L'absence de solutions d'aval s'exprime de manière « visible » ici, mais est l'expression d'un phénomène plus sourd d'absence de solutions pour des patients aux situations de vie complexes (précarité, soins sans consentement) de plus en plus nombreux au sein de toutes les unités d'hospitalisation du secteur public. Historiquement, le secteur 1 était plus engorgé que d'autres, début 2022, ce sont tous les secteurs qui sont en difficulté (CHGM / CHU).

Les unités du secteur public sont sous dimensionnées pour répondre aux besoins du territoire, car elles doivent faire face à des orientations sans priorisation : les patients SDRE venant des urgences, les patients SDRE connus de leur service, les patients non admissibles ou refusés par les cliniques, les patients reconnus comme pénalement irresponsables… L'absence de priorisation et l'absence de solutions alternatives mettent en difficulté l'accueil, le soin, la sortie, autrement dit l'ensemble du parcours. Notons que les unités qui accompagnent un public en soins sans consentement[45] en augmentation ont des durées de séjours plus longues, donc une mobilité moins forte, et une capacité d'accueil réduite.

Pour les acteurs, l'offre apparait sous dotée en lits « post urgences ». L'UHCD libre est pour l'heure fermée, et l'UHCD fermée joue un rôle tampon de pré-orientation qui l'écarte de ses objectifs initiaux. La reconstruction progressive de l'équipe médicale des urgences psychiatriques est un enjeu important. Les professionnels du secteur indiquent que les dispositifs de gestion de crise méritent un renforcement sur leur capacité d'ouverture et l'élargissement des publics qu'ils accueillent.

Le nombre des patients dont le transfert entre les urgences et les services d'hospitalisation pose des difficultés n'est pas important en volume. Un consensus entre les acteurs d'une dizaine de patients sur les moments les plus compliqués est assez clairement établi. Ceci signifie que l'offre n'est pas à reconsidérer dans son organisation, mais dans son ajustement. Toutefois, la crise de la psychiatrie publique toulousaine génère une situation de saturation permanente et de ce fait, ces quelques patients qui se surajoutent aux flux habituels mettent en difficulté tout le système, les patients en premier lieu et bien évidemment les professionnels.

Notons qu'au-delà de la question de l'hospitalisation, la crise des CMP est profonde. Les délais de rendez-vous varient de 15 jours à un mois avec un infirmier, 3 à 6 mois avec un psychiatre. Les professionnels d'accueil au sein des CMP sont dans l'obligation de « trier » les patients sur le principe qu'ils « doivent accueillir les patients qui ne trouveraient pas leur place ailleurs ». L'inertie entre les demandes des populations et la capacité d'accueil est à l'origine de la dégradation des situations qui in fine, deviennent des urgences à traiter, et des hospitalisations. S'ajoute à cela le poids important des patients en programme de soins et dont les mesures sont rarement levées (alors que la loi le permet). Sur ce point, une sensibilisation sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS serait un atout.

[45] Et ceci s'aggrave si la part des personnes reconnues comme irresponsables pénalement est importante au sein du service

Il apparaît que le déficit ambulatoire, la réorganisation actuelle après une crise importante du service des urgences, des profils de patients aux problématiques sociales et somatiques en augmentation, des services d'hospitalisation public et privé dont le champ d'intervention est contraint sur les publics les plus vulnérables (précarité sociale, soins sans consentement…) est au centre de ruptures de parcours de soins. La filière est aujourd'hui est en grande difficulté pour répondre aux besoins du territoire, ce qui est à l'origine de la dégradation des situations et augmente plus encore les besoins.

« Injecter » des lits, même si cela parait inévitable, ne sera pas suffisant pour pallier les blocages de patients sans logement ou en attente de place au sein du secteur médicosocial. Agir pour améliorer le fonctionnement ambulatoire, renforcer les urgences, faire des ponts entre les services sectorisés et intersectoriels, créer des partenariats avec le secteur social et médicosocial sont indispensables pour l'ensemble des professionnels interrogés.

Un des grands enjeux est l'amélioration de l'attractivité médicale et paramédicale du secteur public pour que l'offre d'accompagnement soit plus efficiente et les parcours moins chaotiques.

Même si le travail présenté ne revendique pas une forme d'exhaustivité, il serait incomplet s'il n'évoquait pas deux publics particuliers.

Les patients détenus sont dans « l'angle mort » de la filière. La rencontre avec le soin psychiatrique se passe pour nombre de situations au SMPR[46]. Les coopérations entre les professionnels de la ville et de la psychiatrie en détention sont rares, comme si le parcours de soin se suspendait lors de l'incarcération. Un sujet apparait alors, car les personnes concernées qui sortent de prison, souvent de façon subite, n'ont aucun « passe-droit » pour un rendez-vous très rapide au sein de leur CMP. Pour les plus engagés dans le soin, ils sont dans l'obligation d'attendre une consultation selon les modalités des CMP, de quelques jours à plusieurs mois.

Autre public, les jeunes de 16 à 18 ans dans leur transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Pour ce pédopsychiatre, *« il y a un double phénomène. À 18 ans, il y a une rupture du côté des jeunes qui quittent la pédopsy parce que 18 ans pour eux c'est la feuille blanche, mais il y a aussi un changement de paradigme entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte qui intègre par exemple moins les familles ».* Soulignons ici aussi qu'à 16 ans, les urgences pédiatriques n'accueillent plus ces mineurs qui relèvent des urgences adultes, pour les soins somatiques comme psychiatriques. Cette organisation des soins pose des difficultés pour initier ou soutenir les parcours de ces jeunes. Des liens entre ces deux univers de la psychiatrie, enfant et adulte, tentent de se construire au travers de coopérations entre les 3 secteurs de pédopsychiatrie et les 8 secteurs de psychiatrie adulte. L'enjeu est important car comme le souligne ce même professionnel, *« la grande majorité des pathologies adultes apparaissent à l'enfance ».*

[46] Service Médico-Psychologique Régional

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PRÉSENTATION DU CORPUS QUALITATIF 7

TABLEAU 2 : SPÉCIFICITÉS EN FONCTION DES SECTEURS 14

TABLEAU 3 : RÉPARTITION DU NOMBRE DE LITS HOSPITALISATION COMPLÈTE (Y COMPRIS EN HAD) DÉCLARÉE DISPONIBLE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE* 16

TABLEAU 4 : RÉPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISÉS ET DES NOUVELLES DEMANDES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE. 17

TABLEAU 5 : ESTIMATION DU NOMBRE DE JOURNÉES D'HOSPITALISATION OCCUPÉES À LA FIN DE LA SEMAINE ET DU TAUX D'OCCUPATION : 21

TABLEAU 6 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR LIEU DE DOMICILE – HOSPITALISATION COMPLÈTE (Y COMPRIS HAD) . 25

TABLEAU 7 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR COMPLÉMENTAIRE SANTÉ – HOSPITALISATION COMPLÈTE 26

TABLEAU 8 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR MODE D'HOSPITALISATION (NOMBRE) 29

TABLEAU 9 : PART DES PATIENTS JUGÉS PÉNALEMENT IRRESPONSABLE PARMI LES PATIENTS PRISE EN CHARGE EN SOIN SANS CONSENTEMENT 31

TABLEAU 10 : RÉPARTITION DES PATIENTS SELON LA MODALITÉ DE PRISE EN CHARGE EN SOIN SANS CONSENTEMENT PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE 31

TABLEAU 11: PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE ET SORTANTS DANS LA MÊME SEMAINE SELON LEUR DURÉE D'HOSPITALISATION – HOSPITALISATION COMPLÈTE 34

TABLEAU 12 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UNE SCHIZOPHRÉNIE, UN TROUBLE SCHIZOTYPIQUE OU DES TROUBLES DÉLIRANTS – HOSPITALISATION COMPLÈTE 35

TABLEAU 13 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UN TROUBLE DE L'HUMEUR – HOSPITALISATION COMPLÈTE 37

TABLEAU 14 : FACTEURS ASSOCIÉS AU FAIT D'ÊTRE UN PATIENT HOSPITALISÉ AU MOMENT DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UN TROUBLE LIE AUX ADDICTIONS – HOSPITALISATION COMPLÈTE 38

TABLEAU 15 : PERSONNES ACTUELLEMENT INTÉGRÉES SUR LISTE D'ATTENTE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LEURS PARCOURS DE SOINS (NOUVEAUX PATIENTS INCONNUS/PATIENTS CONNUS) PAR SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTES 44

TABLEAU 16 : PERSONNES ACTUELLEMENT INTÉGRÉES SUR LISTE D'ATTENTE AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LE DÉLAI MOYEN ACTUEL (EN JOURS) ENTRE LA DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ET UNE PREMIÈRE CONSULTATION PAR CMP ET SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTES . 45

TABLEAU 17 : DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE PAR SECTEUR DE LA PSYCHIATRIE ADULTES – HAUTE-GARONNE 46

TABLEAU 18 : NOMBRE DES DEMANDES SELON LE SECTEUR 47

LES FIGURES

FIGURE 1 : DISPARITÉS DE LA COMPOSITION DES FAMILLES 11

FIGURE 2 : CONDITIONS LOGEMENT : DISPARITÉ D'OCCUPATION 12

FIGURE 3 : DES POPULATIONS PLUS TOUCHÉES PAR LE CHÔMAGE 12

FIGURE 4 : PART DES PATIENTS ENTRANTS SUR LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE – ENTRANTS OUI/NON (%) 18

FIGURE 5 : RÉPARTITION DES ENTRANTS SELON L'HEURE D'ENTRÉE EN HOSPITALISATION (%) 18

FIGURE 6 : PART DES PATIENTS SORTANTS SUR LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE - SORTANTS OUI/NON (%) 19

FIGURE 7 : FLUX DES PATIENTS SUR LA SEMAINE DONNÉE 20

FIGURE 8 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR ÂGE ET LEUR SEXE (% PARMI LES PATIENTS DE MÊME SEXE) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 23

FIGURE 9 : RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DES PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 24

FIGURE 10 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SANS LIEU DE DOMICILE CONNU (%) 25

FIGURE 11 : RÉPARTITION DES PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LE LIEU DE PROVENANCE DE LA PERSONNE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 27

FIGURE 12 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LE PROFESSIONNEL QUI LES A ADRESSÉ (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 27

FIGURE 13 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR ANNÉE DE DÉBUT D'HOSPITALISATION (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 28

FIGURE 14 : PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR PARCOURS DE SOIN (% PARMI L'ENSEMBLE DES PATIENTS PAR ÉTABLISSEMENT) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 29

FIGURE 15 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LEUR MODE D'HOSPITALISATION (%) 30

FIGURE 16 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC DES SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA MODALITE DE LA CONTRAINTE (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 30

FIGURE 17 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE EN HOSPITALISATION LONGUE DURÉE (OUI/NON) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE (HORS HAD) 32

FIGURE 18 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE AVEC UNE PRISE EN CHARGE OU UN PARCOURS COMPLEXE (OUI/NON) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE (HORS HAD) 33

FIGURE 19 : PATIENTS HOSPITALISÉS PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE SELON LES FREINS À LA SORTIE IDENTIFIÉS (PLUSIEURS FREINS IDENTIFIÉS POSSIBLES) (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 33

FIGURE 20 : PATIENTS HOSPITALISES PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE EN HAUTE-GARONNE ET SORTANTS LA MEME SEMAINE SELON LE LIEU D'ORIENTATION (%) – HOSPITALISATION COMPLÈTE 34

FIGURE 21 : ESTIMATION DU POURCENTAGE DE PERSONNES QUI DEMANDENT UN RDV ET QUE LE CMP CONCERNÉ EST EN MESURE D'INTÉGRER EN FILE D'ATTENTE À L'HEURE ACTUELLE PENDANT LA SEMAINE DE L'ENQUÊTE (%) – AMBULATOIRE 42

FIGURE 22 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENTS (CONNUS DU CMP OU NON CONNUS) (%) – HAUTE-GARONNE 47

FIGURE 23 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LA PROVENANCE (% PARMI LES 208 DEMANDES AYANT L'ITEM RENSEIGNÉ) 48

FIGURE 24 : RÉPARTITION DES DEMANDES REÇUES EN CMP AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON LES RÉPONSES APPORTÉES (% PARMI LES 187 DEMANDES DONT L'ITEM A ÉTÉ COMPLÉTÉ) 49

LES CARTES

CARTE 1 : DÉCOUPAGE DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE SELON LE DÉCOUPAGE DES SECTEURS DE LA PSYCHIATRIE GÉNÉRALE ADULTES EFFECTIF AU 30 JUIN 2021. 2

CARTE 2 : IMPLANTATION DES LITS D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN 3

CARTE 3 : NOMBRE D'HABITANTS ET DENSITÉ DE LA POPULATION EN 2017 9

CARTE 4 : DISPARITÉ DE LA RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH 13

CARTE 5 : LOCALISATION DES CMP RATTACHES AU SERVICE PUBLIC DU CHGM ET DU CHU DE TOULOUSE (HORS ANTENNES/PERMANENCES) 41

ANNEXES

ANNEXE 1 : RÉPARTITION DU NOMBRE DECLARÉ DE LITS DISPONIBLES AU MOMENT DE L'ENQUÊTE SELON L'UNITÉ ET L'ÉTABLISSEMENT

ANNEXE 2 : TAUX D'ÉQUIPEMENTS DES DÉPARTEMENTS AYANT UNE POPULATION ÂGÉE DE 17 ANS ET PLUS PROCHE DE CELLE DU DÉPARTEMENT DE LA HAUTE-GARONNE (TAUX POUR 1000 HABITANTS DU MÊME ÂGE)

ANNEXE 3 : DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR – UNITÉS D'ADMISSION

ANNEXE 4 : RÉPARTITION DU NOMBRE D'ADMISSIONS DÉCLARÉ ET DU NOMBRE DE NOUVELLES DEMANDES

Annexe 1 : Répartition du nombre déclaré de lits disponibles au moment de l'enquête selon l'unité et l'établissement

Psychiatrie adultes	Nombre déclaré de lits pendant la semaine du 10 au 16 janvier 2022			
	Ouverts	Fermés ou fermables	Total lits disponibles (ouverts & fermés)	Dédiés à l'isolement
Secteur Public				
CHGM	**171**	**35**	**206**	**18**
7 unités d'admission (UA) :	**105**	**35**	**140**	**14**
UA A. Artaud	*15*	*5*	*20*	*2*
UA Cervantès	*15*	*5*	*20*	*2*
UA CLAUDEL	*15*	*5*	*20*	*2*
UA Gérard de Nerval	*15*	*5*	*20*	*2*
UA Prigogine	*15*	*5*	*20*	*2*
UA Van Gogh	*15*	*5*	*20*	*2*
UA Verlaine	*15*	*5*	*20*	*2*
1 Pavillon jeunes adultes (PAJA)	**12**		**12**	**2**
3 Unités de soin de suite et de réhabilitation	**54**		**54**	**2**
USR Bonafé, 1 lit non disponible	*18*			*1*
USR Maupassant	*20*			
USR Laborit	*16*			*1*
CHU Toulouse	**83**	**5**	**88**	**8**
->4 unités d'admission (UA) :	**83**	**5**	**88**	**8**
UA UF1	*17*	*5*		*2*
UA UF2	*22*			*2*
UA UF3	*22*			*2*
UA UF4	*22*			*2*
Total Secteur Public	**254**	**40**	**294**	**26**
Secteur Privé				
Clinique Aufrery	**150**		**150**	**6**
Clinique Beaupuy - *Groupe Ramsay Santé* *24 lits fermés*	**144**	**21**	**166**	**1**
Clinique Castelviel	**151**		**151**	
Clinique Château de Seysses - *Groupe ORPEA-Clinéa*	**138**		**138**	
UA 100 – Orientation psychiatrie du sujet âgés	*34*			
UA 200/300/400/500- Orientation psychiatrie adulte	*104*			
Clinique des Cèdres - *Groupe Ramsay Santé*	**134**		**134**	
Clinique Maison de santé Mailhol	**100**		**100**	**1**
Clinique Marigny - *Groupe ORPEA-Clinéa*	**117**		**117**	
Andromède	*24*			
Boréale	*24*			
Cassiopée	*47*			
Pégase	*22*			
Clinique Montberon	**135**	**3**	**135**	
Total Secteur Privé	**1069**	**24**	**1093**	**8**
GLOBAL	**1323**	**64**	**1387**	**34**

Source : Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 –
Exploitation : ORSM Occitanie

Annexe 2 : Taux d'équipements des départements ayant une population âgée de 17 ans et plus proche de celle du département de la Haute-Garonne (taux pour 1000 habitants du même âge)

Départements	Nombre d'habitants âgés de 17 ans ou plus au 1er janvier 2018	Nombre de lits installés* au 31/12/2020	Taux d'équipements
Gironde	1290744	1437	1,11
Hauts-de-Seine	1272797	1183	0,93
Seine-Saint-Denis	1220884	836	0,68
Pas-de-Calais	1144251	1215	1,06
Yvelines	1107414	864	0,78
Haute-Garonne	1106956	1 445**	1,31
Loire-Atlantique	1106873	963	0,87
Val-de-Marne	1090020	1293	1,19
Seine-et-Marne	1075591	860	0,80
Seine-Maritime	995532	1044	1,05
Essonne	992434	1186	1,20

**Somme des lits installés en hospitalisations temps plein, en AFT, AAT, CPC, CPC urgences et HAD
* Pour le département de la Haute-Garonne, le nombre de lits installés correspond au nombre obtenu en tenant des capacités déclarées par les établissements pendant la semaine d'enquête

Sources : Insee, RP 2018, SAE Enquête 2020 – Exploitation : ORSM Occitanie

Annexe 3 : Durée moyenne de séjour – Unités d'admission

Privé	
Clinique Château de Seysses	
100 Orientation psychiatrie du sujet âgé	63
200/300/400/500 Orientation psychiatre adulte	42
Clinique des Cèdres	43
Clinique Montberon	58
Public	
CH G. Marchant	
A. Artaud	58
CLAUDEL	40
Gérard de Nerval	59
Prigogine	58
Verlaine	47
CHU Toulouse	
UF1	41
UF2	30

	DMS déclarée
CHGM	
USR Maupassant	49
PAJA	32
HAD	36

Annexe 4 : Répartition du nombre d'admissions déclaré et du nombre de nouvelles demandes

	Nombre d'admission en hospitalisation du jour	Nombre de nouvelles demandes d'hospitalisation	Parmi les nouvelles demandes			
			Nombre de patients hospitalisés le jour de la demande	Nombre de patients avec hospitalisation programmée (avec date fixée)	Nb de patients mis en liste attente	Nombre de patients réorientés
Secteur 1	0	12	10	3	5	2
Secteur 2	3	7	1	0	0	0
Secteur 3	1	5	0	1	3	1
Secteur 4	2	4	1	0	2	0
Secteurs 4 et 5[47]	1	2				1
Secteur 5	7	13	1	3	7	2
Secteur 6	5	4	14	2	5	1
Secteur 7	14	24	3	3	3	16
Secteur 8	4	8	1	0	7	0
Cliniques privées	161	209	92	46	51	20
HAD	4	2	0	0	2	0
Total	**202**	**290**	**123**	**58**	**85**	**43**

[47] Cela concerne le pavillon d'accueil des jeunes adolescents (PAJA) du CHGM qui accompagne des patients à la fois du secteur 4 et du 5.