

# Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne

DECEMBRE 2024  
2024-072R

• **RAPPORT**

Dr Anne-Carole  
**Bensadon**

Dominique  
**De Wilde**

Dr Philippe  
**Magne**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales

Avec la participation de Juliette **Berthe**, pôle DATA de l'IGAS



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

# SYNTHESE

[1] Par lettre de mission du 22 février 2024, la ministre du travail de la santé et des solidarités et le ministre délégué en charge de la santé et de la prévention ont chargé l'IGAS d'une mission d'inspection sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Elle s'inscrivait dans le contexte de trois événements graves survenus aux urgences du CHU de Toulouse sur le site de Purpan, les 10, 11 et 14 février 2024. Les événements survenus le 10 février au soir concernent des atteintes de nature sexuelle : l'une par une personne extérieure à l'établissement à l'encontre d'une patiente hospitalisée dans l'Unité spécialisée en toxicologie (UTOX) du service des urgences somatiques et survenu au rez-de-chaussée du bâtiment Urgences Réanimation Médecine (URM), l'autre par un autre patient, à l'encontre d'une patiente hospitalisée au sein de l'accueil médico-traumatique (AMT) du service d'urgence. Le troisième événement est le suicide d'un patient pris en charge depuis 10 jours à la consultation des urgences psychiatriques et dont il s'est avéré que les patients y dormaient, comme s'il s'agissait d'un service d'hospitalisation, dans l'attente d'admission ou de transfert en service de psychiatrie.

[2] Un premier rapport a eu pour objectif de faire toute la lumière, sans préjudice de l'enquête judiciaire, sur les circonstances dans lesquelles ces événements graves précités sont survenus<sup>1</sup>. Il a été principalement centré sur le fonctionnement du service d'urgence pour les patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie et a formulé une série de recommandations. Elles sont apparues à la mission comme des actions incontournables à réaliser pour sécuriser les prises en charge des patients et permettre aux soignants de travailler dans des conditions compatibles avec l'exercice de leur métier.

[3] Pour ce second rapport, la Dr Anne-Carole Bensadon, Dominique De Wilde et le Dr Philippe Magne, missionnés par l'IGAS, avaient à décrire et évaluer l'organisation du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, en prenant en compte les spécificités d'une offre territoriale assurée à 75% par des opérateurs privés.

[4] Le premier constat est celui d'une offre qui n'a pas évolué à la hauteur de l'augmentation majeure de la population en Haute-Garonne entre 2014 et 2020 (+1,2 % par an), concentrée sur Toulouse, avec des besoins croissants en psychiatrie.

[5] L'offre en structures ambulatoires est en densité très inférieure à la moyenne nationale (- 59,5 %). Les moyens dont disposent chacun des 8 secteurs de psychiatrie (7 rattachés au Centre hospitalier Gérard Marchant, établissement public de santé mentale, 1 rattaché au CHU de Toulouse) ne suffisent plus à répondre aux besoins de prises en charge ambulatoire des populations concernées. Les densités de populations et les facteurs de vulnérabilités de celles-ci sont en outre très hétérogènes entre les secteurs, aboutissant au fait que quatre des huit secteurs rassemblent ces difficultés : les secteurs 1, 3, 6 et 8. Les entretiens de la mission et les enquêtes

---

<sup>1</sup> Bensadon AC, Magne P, Maurice B, Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne : Rapport 1 : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan, rapport IGAS N°2024-018R1

réalisées par l'Observatoire régional de la santé mentale (ORSM) d'Occitanie (rapport de 2022) soulignent notamment les délais de prise en charge trop longs des CMP (un mois pour une consultation infirmière et entre un mois et demi et six mois pour une consultation avec un psychiatre), conduisant parfois à la décompensation d'une pathologie entraînant le recours aux urgences psychiatriques du CHU, voire l'absence de prise en charge par les CMP de nouveaux patients. Pour les professionnels, devoir faire une priorisation des patients pris en charge du fait manque de moyens humains est un facteur majeur de risque de sentiment de perte de sens de l'action. L'enquête montrait que l'insuffisance des moyens de certains secteurs, notamment en personnels médicaux, à accueillir les patients, induisait un risque d'autant plus fort, qu'il s'agissait pour 51% de patients non connus des CMP et non suivis par un psychiatre. A la suite des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, 24 postes ont été attribués la Haute-Garonne. Néanmoins, la redéfinition des secteurs et l'augmentation notable des ressources des CMP en particulier dans les secteurs en tension (1, 3, 6 et 8) apparaît incontournable.

[6] La mission a constaté que l'offre ambulatoire pour adulte témoigne d'une vraie capacité d'innovation mais ne peut suffire si l'offre de prise en charge est trop sous-dimensionnée pour répondre aux besoins des patients qui nécessitent une forte intensité de soins et/ou une surveillance accrue.

[7] La mise en place expérimentale d'un Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) dès 2017, renforcé par son intégration dans le cadre des expérimentations article 51 témoigne d'une réelle volonté de renforcement des coopérations entre les acteurs et de capacité d'innovation. Il permet d'appuyer le médecin traitant dans la prise en charge du patient qui présente un problème de santé mentale et d'améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres par des échanges collaboratifs avec notamment un accès facilité à une consultation avec un psychiatre pour le généraliste<sup>2</sup>. L'implémentation de cabinets d'infirmiers habitués aux prises en charge en psychiatrie et renforcés par des IPA permettrait de contribuer à ce maillage de premier niveau du territoire

[8] La mission a également abordé l'offre de soins pour les adolescents de quinze ans et plus car leur prise en charge aux urgences pour des motifs relevant de la psychiatrie est symptomatique des difficultés de cette filière. Elle a noté que l'offre ambulatoire en pédopsychiatrie cristallisait les difficultés en 2020 mais est en cours d'évolution. La Haute-Garonne a ainsi bénéficié de 21 postes de renforcement des ETP des CMP pour enfants et adolescents dans le cadre des assises de la santé mentale et de la psychiatrie (mesure 16).

[9] L'offre d'hospitalisation en psychiatrie repose sur huit établissements privés commerciaux, le Centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM), établissement public de santé spécialisé dans la prise en charge des pathologies de santé mentale, le CHU de Toulouse et le CH de Lavour, dans le Tarn, membres du GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest. Le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest a été constitué le 31 janvier 2017. Il est formé de sept établissements de santé, dont deux dans le Tarn<sup>3</sup>. Pour les trois seuls établissements du GHT autorisés en psychiatrie (le CH de Lavour, le CHGM et le CHU), la convention constitutive du GHT crée de manière concomitante une

---

<sup>2</sup> Rapport d'activité 2020, URPS Occitanie

<sup>3</sup> Les établissements du GHT sont le CH de Graulhet (81), le CH de Lavour (81), le CH Comminges-Pyrénées (31), les Hôpitaux de Luchon (31), le CHS Gérard Marchant (31), le CH de Muret (31) et le CHU de Toulouse, qui est son établissement support

communauté psychiatrique de territoire (CPT)<sup>4</sup> à laquelle est déléguée l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés pour la filière psychiatrie et santé mentale. Il y est précisé que l'animation et la coordination de cette filière relèvent de la CPT et de son établissement support, le CHGM. La densité de lits en hospitalisation à temps complet est nettement plus élevée (+ 26 %) que la densité nationale (133,3 pour 100 000 en Haute-Garonne, 131,2 pour 100 000 en Occitanie, et 105,8 pour 100 000 France entière). Les profils de patients pris en charge en Haute-Garonne dans les secteurs public et privé montrent une différence des pathologies prises en charge dans les deux secteurs d'hospitalisation. La patientèle du public se distingue de celle du privé par les profils et par le mode d'entrée.

[10] Mais la comparaison des effectifs en ETP de psychiatres, rapportés au nombre de lits et places montre des écarts majeurs, selon le statut des établissements. Il en est de même pour les ETP et pour les ETP IDE, cadres et les aides-soignants. Le CHU assure la permanence des soins (PDSSES) et le CHGM y participe, ce qui n'est pas le cas des cliniques privées. Cette différence de mission explique une partie de l'écart constaté mais avec de tels écarts, on comprend que les patients accueillis ne soient pas les mêmes même si des évolutions peuvent être apportées.

[11] L'insuffisance d'offre d'hospitalisation pour des patients en soins sans consentement conduit régulièrement à une saturation des services d'urgences du CHU de Toulouse. Quatre établissements, trois publics et un privé, assurent la prise en charge de patients dans les cadres réglementaires hors hospitalisation libre mais seuls les établissements publics assurent les prises en charge sur décision du représentant de l'État ou la prise en charge de personnes pénalement irresponsables. Le CHGM joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients de Haute-Garonne hospitalisés en soins sans consentement (SSC). Il est cependant très difficile de trouver un lit d'aval pour ces patients quand ils se présentent aux urgences. En effet, la clinique Beaupuy est le seul établissement privé de Haute-Garonne à prendre des patients en SSC mais elle ne dispose que d'une chambre d'isolement ce qui limite les possibilités de prise en charge. Cette clinique a ouvert 10 lits supplémentaires depuis mars 2024 et devrait ouvrir 10 autres lits supplémentaires. Cela suppose une adaptation concernant le nombre de chambres d'isolement. La mission recommande d'accompagner la clinique dans ce projet et dans celui d'aller vers une prise en charge par l'établissement des patients en SSC, quels que soient leurs profils. Le CHGM prend presque la totalité des patients hospitalisés sur décision d'un représentant de l'État et rencontre des difficultés à les faire sortir. La question de l'évaluation de la dangerosité des patients pèse lourdement sur les décisions de levée de mesures prononcées par le préfet. Il convient de procéder à une évaluation des situations et dangerosité des patients admis dans le cadre de l'ASDRE, au CHGM comme au CHU, pour élaborer une base de discussion avec les autorités préfectorales afin d'adapter les indications d'admission ainsi que les conditions de levée de ces mesures. Le nombre de lits de SSC doit évoluer régulièrement au cours des prochaines années afin de permettre de prendre en charge de façon inconditionnelle les patients en soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT), ce qui suppose de disposer d'une proportion de chambres d'isolement compatible avec cet objectif. **Compte tenu du rôle majeur du CHGM, il serait souhaitable qu'il puisse augmenter sa capacité en lits pour les patients en SSC et ce quelle qu'en soit la modalité, SDRE en particulier.** La réduction de la charge administrative liée aux

<sup>4</sup> Conformément à l'alinéa V de l'article L. 6132-1 du CSP

patients en soins sans consentement qui incombe aux psychiatres, en particulier lors des gardes et qui pèse fortement sur leur temps disponible auprès des patients constitue également un objectif majeur.

[12] La prise en charge des patients en situation de crise devrait s'améliorer. La mission a pu constater que l'ouverture des lits de post urgence dans le service d'urgence du CHU qui doit permettre d'améliorer le parcours de ces patients qui se présentent en situation de crise aux urgences et faisait l'objet de recommandations dans le volet 1 du rapport est effective. L'ouverture de 4 lits de crise à la clinique de Montberon (6 lits prévus à terme) est également un atout.

[13] La mission a constaté que le CHGM doit faire face à des prises en charge spécifiques pour lesquelles il s'organise mais rencontre des difficultés du point de vue financier (cf. rapport de la Chambre régionale des comptes) et va devoir gérer également une non-certification de l'établissement en novembre 2024 par la HAS. Les efforts importants réalisés par l'établissement, qui a réussi, dans ce contexte très lourd, à recruter des psychiatres, méritent cependant d'être soulignés. Une vraie évolution est également constatée dans les durées de séjour, là encore avec une mobilisation importante des acteurs du CHGM et de leurs correspondants. Les obstacles à la prise en charge des patients en situation de précarité par les établissements d'aval ne se limitent pas à la résolution des problèmes de solvabilisation or le CHGM fait face à une patientèle en situation précaire, à des patients en situations complexes dont certains ont une durée de séjour particulièrement longue et bloquent les admissions. Cette proportion est particulièrement élevée et s'explique par le peu d'offre alternative du même type dans le département. C'est pourquoi il convient de renforcer le CHGM. L'enquête de l'ORSM précitée montrait parmi les freins à la sortie du CHGM : 120 situations administratives bloquées ou complexes, 91 attentes de place en secteur médico-social, 80 pathologies trop lourdes pour permettre un projet d'orientation, et 75 absences de toit. Ces patients relèvent d'une offre inconditionnelle que seul le CHGM est à même d'offrir.

[14] L'amélioration de l'aval des urgences suppose un renforcement de l'offre publique et une organisation plus adaptée des établissements privés. En tout premier lieu le rapprochement des deux établissements publics est nécessaire. Le poste de directeur du CHGM n'est pas pourvu depuis une année et l'établissement fonctionne avec un intérim d'un directeur-adjoint du CHU qui assure par ailleurs la direction de l'Oncopole. Les qualités de cet intérim ne sont pas en cause mais il est difficile de conduire un établissement et un collectif de cette taille à temps partiel, particulièrement sur une filière majeure dans l'offre de soins du territoire, d'autant que l'établissement fait l'objet en novembre 2024 d'une non-certification par la HAS.

[15] Il est essentiel de mettre en place un pilotage commun de l'offre de soins de la filière publique avec des objectifs de synergie quant à l'attractivité des personnels, leurs conditions de travail, le développement des compétences, l'évolution de la durée moyenne de séjour en fonction des prises en charge et donc l'harmonisation des pratiques, un travail commun sur l'aval des urgences mais aussi l'aval des hospitalisations avec un chantier sur les liens et le développement indispensable de l'accès au médico-social.

[16] Pour mettre en place et atteindre ces nombreux objectifs qui concourent tous à une qualité de prise en charge du patient, la mission recommande une direction commune entre le CHGM et

le CHU, confiée à un DGA du CHU. Il ne s'agit pas d'une fusion et la convention de direction commune doit être approuvée par les conseils de surveillance de chaque établissement, et faire l'objet d'une approbation par l'ARS. L'objectif d'une direction commune, à travers notamment un projet médical partagé, est d'organiser des filières de soins territorialisées dans une approche orientée patient. Cette organisation doit s'accompagner d'une universitarisation du CHGM avec une participation non optionnelle à la prise des gardes en psychiatrie dans les deux établissements.

[17] De plus, l'universitarisation territoriale de la psychiatrie constitue une nécessité pour faire évoluer l'offre publique et la démographie médicale en psychiatres. La mission recommande la mise en place d'une conduite de projet réunissant les CH du territoire/Faculté/CHU pour construire ensemble une stratégie d'universitarisation pluriannuelle ayant des objectifs partagés qui peuvent être notamment l'augmentation du nombre d'internes en psychiatrie, la définition de critères de répartition des internes en psychiatrie sur le territoire, les critères de cette répartition et des postes universitaires de psychiatrie pouvant être positionnés sur le territoire à 5 ou 10 ans. L'universitarisation territoriale doit s'accompagner d'une politique de communication interne et externe concertée entre les parties prenantes territoriales, dans le respect du rôle de chacun.

[18] Un chantier sur l'analyse et la répartition de la démographie médicale en psychiatrie doit également s'engager entre Doyen, ARS et Conseil de l'Ordre. Dans ce cadre les perspectives de départ en retraite en activité libérale ou salariée seront examinées et mises en regard des possibles installations afin d'anticiper les difficultés et les crises. La dynamique d'universitarisation doit également servir de levier pour renforcer l'attractivité du CHGM avec l'appui de la faculté de médecine et du CHU. Il existe déjà sur le CHGM un seul poste de chef de clinique dont une partie de l'activité est dédiée à de la formation et de la recherche clinique. Ces axes peuvent être développés en associant davantage les médecins du CHGM à la formation des internes, et à la recherche. Un nombre significatif de postes de Chefs de clinique des Universités partagés pourraient être positionnés entre le CHGM et le CHU et contribuer à des projets médicaux communs. De même, les hospitalo-universitaires pourraient avoir une petite partie de leur exercice clinique à l'extérieur du CHU, assurant ainsi une meilleure connaissance mutuelle des écosystèmes. Par ailleurs, le contexte général d'organisation de la continuité des soins au sein du service public hospitalier nécessite la participation obligatoire à la PDSES : c'est un enjeu stratégique pour les établissements publics, et leur fondement même qui est d'accueillir les patients 24H sur 24 et toute l'année.

[19] La mission confirme que l'amélioration de la filière d'aval des urgences repose fortement sur le CHU et du CHGM et réitère sa préconisation de mise en place d'un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM. Elle considère en effet, compte tenu des missions des établissements et de leur organisation et des effectifs que la question d'une structuration de la filière en « offre inconditionnelle » leur appartient en premier lieu, en lien avec l'ARS. Les établissements privés ont également un rôle à jouer et de façon non optionnelle compte tenu de leur place sur le territoire mais le CHU et le CHGM doivent mettre en place une organisation pragmatique tenant compte des caractéristiques des différents types d'établissements.

[20] La poursuite de la collaboration étroite avec le secteur privé est à renforcer et pérenniser. Cela suppose notamment une professionnalisation de la cellule territoriale de régulation des urgences mise en place à l'issue de la crise de février 2024 afin de mieux organiser la sollicitation des établissements en fonction des besoins des patients et des lits disponibles avec une collaboration entre public et privé incarnée au plus près des équipes en nouant des liens d'abord pour se connaître, ensuite pour que la confiance s'installe. Cette démarche est un élément de la qualité de prise en charge des patients. Le transport sanitaire doit également être adapté pour permettre de ne pas retarder le départ du patient vers son lieu d'admission, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

[21] En outre, l'instauration d'un « tour de rôle » assuré par des établissements volontaires doit contribuer à fluidifier l'aval des urgences, à l'instar de ce qui a été réalisé par l'ARS d'Île-de-France. Ce dispositif éviterait de mettre sous tension tous les établissements privés de psychiatrie de Haute-Garonne chaque week-end et en particulier les psychiatres qui y exercent mais a contrario permettrait de s'appuyer vraiment, à tour de rôle, sur l'un ou deux d'entre eux.

[22] Par ailleurs, la gouvernance des différents segments qui participent à l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie en Haute-Garonne apparaît reposer sur de nombreuses structures dont l'éparpillement nuit probablement à l'efficacité de la démarche. Le projet territorial de santé mentale (PTSM) 2021-2025 doit être évalué et poursuivi sous une forme plus opérationnelle et simplifiée. La Communauté psychiatrique de territoire (CPT) doit associer davantage les établissements du secteur privé qui pourraient faire partie du bureau restreint de la CPT et pas seulement d'un bureau élargi.

[23] La concertation engagée par l'ARS d'Occitanie, dans le cadre d'un comité de suivi mis en place à la suite des événements survenus en février 2024, doit déboucher sur des mesures opérationnelles intégrant la question des recrutements. Ce comité réunit les différents acteurs concernés auquel les représentants des usagers participent de façon régulière. Cette organisation permet de renforcer le dialogue et fait naître une attente forte et légitime pour que des mesures concrètes soient prises afin d'améliorer la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne.

[24] Les forces de ce département méritent d'être soulignées parce qu'elles témoignent de l'énergie des professionnels de santé mais également des autres acteurs concernés pour trouver des solutions en vue d'améliorer le parcours des usagers, de proposer des dispositifs innovants, tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents.

[25] Les profils de patients décrits dans ce rapport sont très divers et recourent des situations différentes : patients qui présentent une dangerosité, une vulnérabilité sociale, une situation de risque extrême. En l'absence de solution pour ces patients, l'ensemble de la filière de psychiatrie se trouve pénalisée. Ils nécessitent une intensité de prise en charge soignante et médicale souvent peu compatible avec les effectifs présents dans les établissements privés qui jouent pourtant un rôle important pour des patients nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. La réforme récente du financement, prenant en compte pour partie la file active de patients, et celle des autorisations en psychiatrie devraient apporter des améliorations.

[26] Le renforcement d'une offre en psychiatrie susceptible d'accueillir les malades qui nécessitent une surveillance accrue ou une forte intensité de soins constitue une première nécessité. L'ensemble des dispositifs mis en place doit intégrer également les difficultés de recrutement de psychiatres et d'infirmiers pour ce type de prise en charge et ne pas exacerber la concurrence pour le recrutement entre structures publiques.

[27] Les mesures envisagées dans le « Pacte de refondation de l'organisation des soins psychiatriques en Haute-Garonne » regroupent pour partie les recommandations de la mission.

[28] **La mission rappelle néanmoins que l'origine du comité de suivi et du Pacte impose de régler prioritairement les questions soulevées dans le premier rapport et qui avait conduit à une série de recommandations concernant notamment les urgences du CHU.**



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Augmenter le nombre et réorganiser les secteurs avec un accroissement notable des ressources des CMP en particulier dans les secteurs en tension (1, 3, 6 et 8)	1	ARS	1 an
2	Accompagner la clinique Beaupuy dans son projet d'ouverture de lits de soins sans consentement, en veillant à ce que ses conditions de fonctionnement permettent de prendre en charge la diversité des patients relevant de soins sans consentement	1	ARS	1 an
3	Procéder à une évaluation des situations et de la dangerosité des patients admis dans le cadre de l'ASDRE, au CHGM comme au CHU, pour élaborer, dans le respect du secret médical, une base de discussion avec les autorités préfectorales afin d'adapter les indications d'admission ainsi que les conditions de levée de ces mesures	1	CHGM, CHU, ARS, Préfet	6 mois
4	Simplifier et faciliter les démarches concernant les patients en soins sans consentement, en renforçant la formation des acteurs médicaux et non soignants impliqués dans la gestion des procédures administratives de façon à préserver au maximum le temps médical et fluidifier le parcours des patients	1	CHU, CHGM	6 mois
5	Poursuivre l'ouverture de lits de crise à la clinique de Montberon pour atteindre une capacité de 6 lits	1	ARS	1 an
6	Étudier l'augmentation de capacité de l'UHSA du CGHM de 20 places, et la création d'une seconde UHSA dans l'Hérault, pour prendre en compte le contexte de création de deux nouvelles maisons d'arrêt en Occitanie	2	ARS, DGOS	2 ans
7	Assurer en amont des hospitalisations, dans le service de post-urgence, une présence suffisante d'assistantes sociales pour permettre aux patients qui le nécessitent d'accéder à une couverture sociale complémentaire	1	CHU, CHGM	6 mois
8	Mettre en place des procédures pragmatiques en particulier concernant les transports, la fourniture de médicaments, l'adaptation des orientations au plateau technique de l'établissement receveur, afin de fluidifier les parcours en tenant de la réalité de fonctionnement des établissements et de l'impact sur leurs organisations	1	CPT	6 mois

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
9	Mettre en place une direction commune entre le Centre Hospitalier Gérard Marchant et le CHU assurée par un deuxième DGA du CHU	1	ARS, DGOS/ CNG	1 an
10	Pérenniser le doublement des gardes de psychiatrie en week-end tel qu'il a été mis en place à la suite des EIG et doubler les gardes de psychiatrie chaque jour de semaine pendant la période de 18h30 à minuit, en faisant appel à l'ensemble des psychiatres du CHU et du CHGM	1	CHU, CHGM ARS	Sans délai
11	Mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM	1	CHU, CHGM	Sans délai
12	Professionaliser le fonctionnement de la cellule de régulation territoriale, améliorer les processus d'échanges (connaissance des établissements et des interlocuteurs) et médicaliser les échanges avec les établissements receveurs	1	CHU, CHGM	Sans délai
13	Permettre les transferts de patients dans un délai maximal de 4 heures à compter de la déclaration de la disponibilité de la place dans la structure d'accueil, en dédiant des transports aux urgences psychiatriques	1	CHU	Sans délai
14	Poursuivre le déploiement du DSPP	1	ARS	1 an
15	Favoriser le déploiement de cabinets d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et l'articulation entre professionnels de santé	2	ARS	2 ans
16	Mettre en place une conduite de projet de l'universitarisation de la psychiatrie territoriale en écrivant un projet pluriannuel commun aux acteurs concernés	1	ARS, Doyen, CHU, CHGM	1 an
17	Simplifier et prioriser l'organisation opérationnelle du projet territorial de santé mentale (PTSM) de Haute-Garonne, en améliorant l'évaluation au plan scientifique en la confiant à un évaluateur externe, par exemple l'ORSM d'Occitanie	2	ARS	1 an
18	Inviter des représentants des établissements privés autorisés en psychiatrie (direction et médecins) au bureau restreint de la CPT	1	CPT	Sans délai

# SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION</b> .....	<b>9</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>14</b>
<b>1 LA POPULATION DE LA HAUTE-GARONNE, CONCENTREE SUR TOULOUSE ET SON AGGLOMERATION, EST EN AUGMENTATION AVEC DES BESOINS CROISSANTS EN PSYCHIATRIE</b> .....	<b>15</b>
1.1 UN DEPARTEMENT TRES URBANISE, DONT LA POPULATION EST CONCENTREE A TOULOUSE ET SON AGGLOMERATION ..	15
1.2 UNE CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE EXTREMEMENT IMPORTANTE QUI DEVRAIT PERSISTER DANS LES PROCHAINES DECENNIES .....	16
1.3 UN FORT DYNAMISME ECONOMIQUE MAIS AVEC DES DISPARITES TERRITORIALES ET SOCIALES .....	18
1.4 UNE INCIDENCE ET UNE PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE EN AUGMENTATION EN HAUTE-GARONNE.....	19
<b>2 L’OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN CMP DES PATIENTS ADULTES EN HAUTE-GARONNE DOIT ETRE RENFORCEE</b> .....	<b>20</b>
2.1 LES MOYENS DONT DISPOSENT CHACUN DES 8 SECTEURS DE PSYCHIATRIE NE SUFFISENT PLUS A REpondre AUX BESOINS DE PRISES EN CHARGE AMBULATOIRE DES POPULATIONS CONCERNEES .....	20
2.2 L’EVOLUTION DE LA POPULATION ET DES BESOINS CONDUIT A UNE SATURATION DES CMP EXISTANTS .....	23
2.3 LA SECTORISATION DE LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE DOIT EVOLUER .....	29
2.3.1 <i>La sectorisation existante</i> .....	29
2.3.2 <i>Les évolutions prévues afin de tenir compte de l’évolution de la démographie en Haute-Garonne</i> .....	31
<b>3 L’HOSPITALISATION DE CERTAINS PATIENTS RELEVE DE PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES ET L’OFFRE DOIT ETRE ADAPTEE EN CONSEQUENCE</b> .....	<b>32</b>
3.1 LES ETABLISSEMENTS D’HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE SONT MAJORITAIREMENT DE STATUT PRIVE .....	32
3.1.1 <i>Les profils de patients pris en charge en Haute-Garonne dans les secteurs public et privé montrent une diversité des pathologies des patients pris en charge dans les deux secteurs d’hospitalisation</i> .....	37
3.1.2 <i>L’offre hospitalière en psychiatrie adulte dans les départements contigus à la Haute-Garonne ne présente que peu de possibilités de recours</i> .....	41
3.2 L’INSUFFISANCE D’OFFRE D’HOSPITALISATION POUR DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT CONDUIT REGULIEREMENT A UNE SATURATION DES SERVICES D’URGENCES DU CHU DE TOULOUSE.....	44
3.2.1 <i>Le CHGM joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients de Haute-Garonne hospitalisés en soins sans consentement</i> .....	45
3.2.2 <i>La clinique Beaupuy est le seul établissement privé de Haute-Garonne à prendre des patients en SSC mais elle ne dispose que d’une chambre d’isolement</i> .....	46
3.2.3 <i>Le CHGM prend presque la totalité des patients hospitalisés sur décision d’un représentant de l’État et rencontre des difficultés à les faire sortir</i> .....	46
3.2.4 <i>Les psychiatres soulignent que leur charge administrative liée aux patients en soins sans consentement, en particulier lors des gardes, pèse fortement sur leur temps disponible auprès des patients</i> .....	48
3.3 LES PATIENTS EN SITUATION DE CRISE NECESSITENT DES HOSPITALISATIONS PARFOIS DE COURTE DUREE, MAIS ADAPTEES ET INDISPENSABLES POUR EVITER UNE DEGRADATION DE LEUR ETAT .....	48
3.4 LES BESOINS LIES A L’EVOLUTION DES CAPACITES DES CENTRES PENITENTIAIRES DOIVENT ETRE ANTICIPES .....	49

3.5	LES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE LES PATIENTS EN SITUATION DE PRECARITE PAR LES ACTEURS NE PEUVENT SE LIMITER A LA RESOLUTION DES PROBLEMES DE SOLVABILISATION .....	53
3.6	LES PATIENTS DOIVENT POUVOIR BENEFICIER D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ADAPTEE A LEUR ETAT CLINIQUE SUR LE PLAN PSYCHIATRIQUE ET SOMATIQUE.....	55
3.7	UNE ATTENTION PARTICULIERE DOIT ETRE APPORTEE POUR AIDER LE CHGM A RESOUDRE LES SITUATIONS COMPLEXES DE PATIENTS DONT LA DUREE DE SEJOUR EST PARTICULIEREMENT IMPORTANTE .....	55
3.8	LE RAPPORT DEFINITIF DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'OCCITANIE DE 2024 MET EN LUMIERE DES DIFFICULTES DE GESTION.....	57
3.9	LA CERTIFICATION DU CHGM CONSTITUE UN ENJEU MAJEUR.....	58
<b>4</b>	<b>AMELIORER L'AVAL DES URGENCES SUPPOSE UN RENFORCEMENT DE L'OFFRE PUBLIQUE ET UNE ORGANISATION ADAPTEE DES ETABLISSEMENTS PRIVES.....</b>	<b>60</b>
4.1	LE NECESSAIRE RAPPROCHEMENT DES DEUX ETABLISSEMENTS PUBLICS .....	60
4.1.1	<i>La mise en place d'une direction commune entre le CH Gérard Marchant et le CHU de Toulouse permettrait une forte synergie entre les deux établissements .....</i>	<i>61</i>
4.1.2	<i>Le maintien de deux directions distinctes avec une convention de partenariat axé sur un projet médico-soignant partagé apporterait une solution moins complète aux limites actuelles .....</i>	<i>62</i>
4.1.3	<i>Le rapprochement du public doit permettre de définir des priorités d'action et de moyens parmi les nombreux dispositifs de prise en charge.....</i>	<i>63</i>
4.2	LA MISSION CONFIRME QUE L'AMELIORATION DE LA FILIERE D'AVAL DES URGENCES REPOSE FORTEMENT SUR LE CHU ET LE CHGM.....	64
4.3	LA POURSUITE DE LA COLLABORATION ETROITE AVEC LE SECTEUR PRIVE EST A RENFORCER ET PERENNISER. ....	65
4.3.1	<i>La cellule de régulation des patients en aval des urgences mise en place à l'issue de la crise de février 2024 doit se professionnaliser.....</i>	<i>65</i>
4.3.2	<i>Un « tour de rôle » assuré par des établissements volontaires pourrait contribuer à fluidifier l'aval des urgences.....</i>	<i>67</i>
<b>5</b>	<b>L'OFFRE AMBULATOIRE POUR ADULTE TEMOIGNE D'UNE VRAIE CAPACITE D'INNOVATION MAIS NE PEUT SUFFIRE SI L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE POUR LES PATIENTS NECESSITANT UNE SURVEILLANCE ACCRUE ET UNE DENSITE DE SOINS EN PSYCHIATRIE ELEVEE EST TROP SOUS-DIMENSIONNEE POUR REpondre AUX BESOINS .....</b>	<b>68</b>
5.1	UNE OFFRE DE PSYCHIATRIE LIBERALE EXISTE MAIS POURRAIT ETRE DAVANTAGE MOBILISEE POUR RENFORCER LA SOUPLESSE DE L'AMONT .....	68
5.2	LA MISE EN PLACE EXPERIMENTALE D'UN DISPOSITIF DE SOINS PARTAGES EN PSYCHIATRIE (DSPP) DES 2017, RENFORCE PAR SON INTEGRATION DANS LE CADRE DES EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 TEMOIGNE D'UNE REELLE VOLONTE DE RENFORCEMENT DES COOPERATIONS ENTRE LES ACTEURS ET DE CAPACITE D'INNOVATION.....	69
5.3	L'IMPLEMENTATION DE CABINETS D'INFIRMIERS HABITUES AUX PRISES EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET RENFORCES PAR DES IPA PERMETTRAIT DE CONTRIBUER A CE MAILLAGE DE PREMIER NIVEAU DU TERRITOIRE .....	72
<b>6</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES DES ADOLESCENTS DE QUINZE ANS ET PLUS POUR DES MOTIFS RELEVANT DE LA PSYCHIATRIE EST SYMPTOMATIQUE DES DIFFICULTES DE CETTE FILIERE .....</b>	<b>73</b>
6.1	L'OFFRE HOSPITALIERE EN PEDOPSYCHIATRIE POUR LA HAUTE-GARONNE .....	73
6.2	L'OFFRE HOSPITALIERE EN PEDOPSYCHIATRIE DANS LES DEPARTEMENTS CONTIGUS A LA HAUTE-GARONNE NE PRESENTE PAS DE SOLUTION DE RECOURS .....	74
6.3	UNE OFFRE AMBULATOIRE EN PEDOPSYCHIATRIE QUI CRISTALLISE LES DIFFICULTES EN 2020 MAIS EST EN COURS D'EVOLUTION .....	77
<b>7</b>	<b>L'UNIVERSITARISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE CONSTITUE UNE NECESSITE POUR FAIRE EVOLUER L'OFFRE DE SOINS .....</b>	<b>79</b>
7.1	L'UNIVERSITARISATION DE LA PSYCHIATRIE EST AMORCEE MAIS DOIT ETRE ABORDEE COMME UN LEVIER POUR PILOTER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DES TERRITOIRES .....	79
7.2	LA DYNAMIQUE D'UNIVERSITARISATION DOIT EGALEMENT SERVIR DE LEVIER POUR RENFORCER L'ATTRACTIVITE DU CHGM AVEC L'APPUI DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DU CHU .....	81

7.3	L'UNIVERSITARISATION TERRITORIALE DOIT S'ACCOMPAGNER D'UNE POLITIQUE COMMUNE DES PARTIES PRENANTES TERRITORIALES DE COMMUNICATION INTERNE ET EXTERNE DE LA DEMARCHE, CHACUN SELON SON ROLE.....	81
<b>8</b>	<b>DES OUTILS DE PROGRAMMATION ET DE GOUVERNANCE A RENDRE PLUS OPERATIONNELS ET OUVERTS A L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES .....</b>	<b>82</b>
8.1	UN PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE (PTSM) 2021-2025 A EVALUER ET A POURSUIVRE SOUS UNE FORME PLUS OPERATIONNELLE.....	82
8.2	LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE (CPT) DOIT ASSOCIER DAVANTAGE LES ETABLISSEMENTS DU SECTEUR PRIVE .....	83
8.3	LA CONCERTATION ENGAGEE PAR L'ARS D'OCCITANIE AVEC LES DIFFERENTS ACTEURS CONCERNES ET EN PARTICULIER LES USAGERS DOIT DEBOUCHER SUR DES MESURES OPERATIONNELLES INTEGRANT LA QUESTION DES RECRUTEMENTS .....	84
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>86</b>
	<b>ANNEXE 1 : RECOMMANDATIONS DU RAPPORT N°1 SUR LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE : CONTROLE A LA SUITE DES EVENEMENTS GRAVES SURVENUS EN FEVRIER 2024 AUX URGENCES DU CHU DE TOULOUSE, SITE PURPAN .....</b>	<b>87</b>
	<b>ANNEXE 2 : EXEMPLE DE FEDERATION MEDICALE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE .....</b>	<b>89</b>
	<b>ANNEXE 3 : EXEMPLE DE CONVENTION DE DIRECTION COMMUNE .....</b>	<b>94</b>
	<b>ANNEXE 4 : LES DISPOSITIFS MEDICO-SOCIAUX CONTENUS DANS LE PACTE .....</b>	<b>97</b>
	<b>ANNEXE 5 : LES PROJETS EN PEDOPSYCHIATRIE .....</b>	<b>99</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES .....</b>	<b>106</b>
	<b>SIGLES UTILISES.....</b>	<b>111</b>
	<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>114</b>

# RAPPORT

## Introduction

[29] Par lettre de mission du 22 février 2024, la ministre du travail de la santé et des solidarités et le ministre délégué en charge de la santé et de la prévention ont chargé l'IGAS d'une mission d'inspection sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Elle s'inscrivait dans le contexte de trois événements graves survenus aux urgences du CHU de Toulouse sur le site de Purpan, les 10, 11 et 14 février 2024. Les événements survenus le 10 février au soir concernent des atteintes de nature sexuelle : l'une par une personne extérieure à l'établissement à l'encontre d'une patiente hospitalisée dans l'Unité spécialisée en toxicologie (UTOX) du service des urgences somatiques et survenu au rez-de-chaussée du bâtiment Urgences Réanimation Médecine (URM), l'autre par un autre patient, à l'encontre d'une patiente hospitalisée au sein de l'accueil médico-traumatique (AMT) du service d'urgence. Le troisième événement est le suicide d'un patient pris en charge depuis 10 jours à la consultation des urgences psychiatriques et dont il s'est avéré que les patients y dormaient, comme s'il s'agissait d'un service d'hospitalisation, dans l'attente d'admission ou de transfert en service de psychiatrie.

[30] Un premier rapport a eu pour objectif de faire toute la lumière, sans préjudice de l'enquête judiciaire, sur les circonstances dans lesquelles ces événements graves précités sont survenus<sup>5</sup>. Il a été principalement centré sur le fonctionnement du service d'urgence pour les patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie et a formulé une série de recommandations. Elles sont apparues à la mission comme des actions incontournables à réaliser pour sécuriser les prises en charge des patients et permettre aux soignants de travailler dans des conditions compatibles avec l'exercice de leur métier. Les recommandations du premier rapport figurent en annexe 1.

[31] Pour ce second rapport, le Dr Anne-Carole Bensadon, Dominique De Wilde et le Dr Philippe Magne ont été missionnés. La mission avait à décrire et évaluer l'organisation du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, en prenant en compte les spécificités d'une offre territoriale assurée à 75% par des opérateurs privés qui ne participent pas à la sectorisation et accueillent près de 30% de patients originaires d'autres départements. Plus précisément, la lettre de mission indiquait que la mission « *s'attachera ainsi à évaluer le rôle des différents opérateurs selon leur statut, par étape du parcours, de prise en charge de l'accueil en urgence à la prise en charge aval, selon les différentes modalités de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps complet).* » Il était également attendu de la mission qu'elle expertise en parallèle les modalités de répartition des moyens financiers alloués à la prise en charge des urgences psychiatriques en Haute-Garonne. La mission devait en outre interroger la répartition actuelle des rôles et responsabilités entre les établissements publics et privés de la filière sur le territoire et proposer des modalités de renforcement de leurs coopérations.

---

<sup>5</sup> Bensadon AC, Magne Ph, Maurice B, Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne : Rapport 1 : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan, rapport IGAS N°2024-018R1

[32] À la suite des événements graves survenus en février 2024, l'ARS a mis en place un comité de suivi réunissant les différents acteurs concernés auquel les représentants des usagers participent de façon régulière. Cette organisation permet de renforcer le dialogue. Elle fait naître une attente forte et légitime pour que des mesures concrètes soient prises afin d'améliorer la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne.

[33] Ce rapport ne vise pas à une évaluation de ce pacte mais les auteurs ont eu à cœur de prendre en compte les travaux réalisés dans ce cadre même s'ils n'ont pas vocation à être tous explorés par la mission.

## **1 La population de la Haute-Garonne, concentrée sur Toulouse et son agglomération, est en augmentation avec des besoins croissants en psychiatrie**

### **1.1 Un département très urbanisé, dont la population est concentrée à Toulouse et son agglomération**

[34] Avec 6 309 km<sup>2</sup>, le département de la Haute-Garonne s'étire sur un territoire de plus de 180 km du nord au sud. Les deux tiers nord du département sont occupés par de larges plaines et coteaux tandis qu'au sud, les Pyrénées forment une haute barrière montagneuse et frontalière avec l'Espagne. Au nord du département, Toulouse se situe au carrefour de grands axes routiers. Six départements entourent la Haute-Garonne : l'Aude, l'Ariège, le Gers, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne<sup>6</sup>.

[35] La Haute-Garonne est l'un des quatre départements de France métropolitaine où la population augmente le plus vite. Le pôle toulousain en particulier attire de nouvelles populations, notamment des jeunes. L'agglomération se densifie et s'accompagne d'un étalement urbain de plus en plus à distance de la ville-centre. L'emploi est dynamique et fortement spécialisé dans l'aérospatial. Les niveaux de vie sont élevés, surtout dans l'aire d'attraction de Toulouse, mais coexistent avec d'importantes inégalités, sous forme de poches de pauvreté, le plus souvent au sein des villes, mais aussi dans la partie sud du département, plus rurale.

---

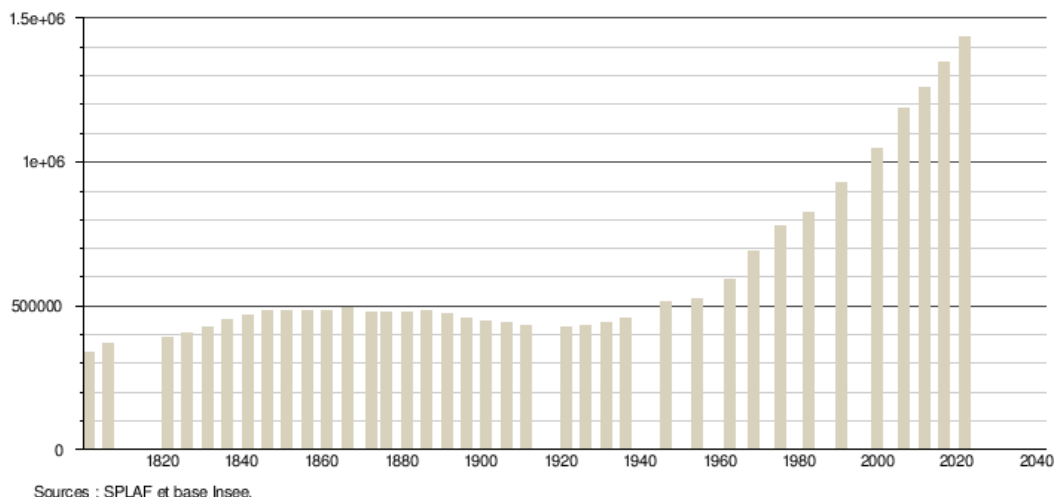
<sup>6</sup> Source : INSEE, Panorama de la Haute-Garonne - Dynamisme démographique et économique, 2016.





les 60 dernières années (+138 %)<sup>9</sup>. Sur les vingt dernières années, sa population a augmenté de 31 % (1 122 778 habitants en 2003, vs 1 470 355 en 2023)<sup>10</sup>.

Graphique 1 : Évolution démographique en Haute-Garonne, 1800-2021



Source : Insee

[40] Comme ailleurs en Occitanie, les arrivées sont plus nombreuses que les départs. Ces migrations contribuent à une croissance démographique de + 0,7 % par an. Mais à la différence de la plupart des départements de la région, les naissances sont plus nombreuses que les décès en Haute-Garonne. Ainsi, le solde naturel contribue aussi à la hausse de la population (+ 0,5 % chaque année).

[41] Selon les projections de l'INSEE<sup>11</sup> le solde naturel resterait largement positif, quoiqu'en diminution au fil du temps, la croissance démographique passant de 1,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2015 à 0,9 % en moyenne annuelle entre 2025 et 2030, et l'aire urbaine de Toulouse serait de loin la plus dynamique de la région aux côtés de celle de Montauban.

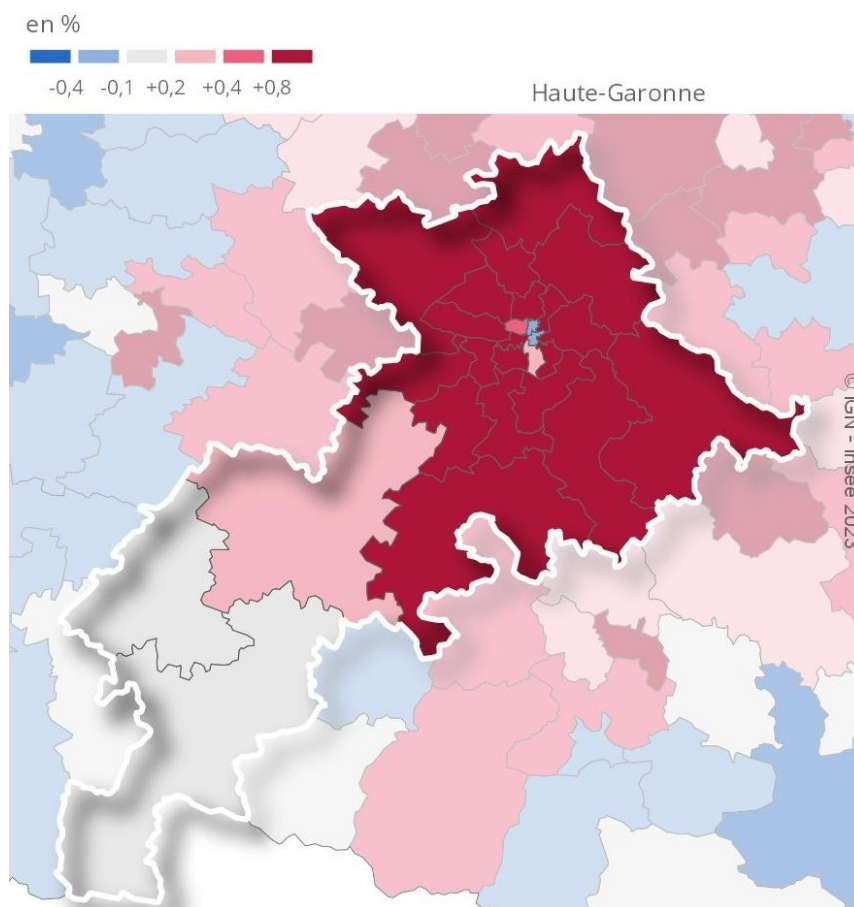
[42] Le territoire de l'aire urbaine de Toulouse déborde largement les limites du département de la Haute-Garonne. La population du département est passée de 1 217 850 habitants en 2009 à 1 487 804 habitants en 2024, soit + 22,16 % (+ 1,47 % par an), avec un contraste entre le pôle urbain et sa couronne, le nombre de ménages progressant beaucoup plus vite dans la couronne (+ 2,1 % en moyenne par an) que dans le pôle urbain (+ 1,1 %). Le scénario médian de l'INSEE prévoit 1 767 300 habitants en 2050 (+ 18,8 % par rapport à 2024).

Carte 2 : Taux de croissance annuel moyen de la population, Haute-Garonne, 2015-2021.

<sup>9</sup> Après celles de l'Essonne, de la Seine-et-Marne et de la Haute-Savoie

<sup>10</sup> Source : INSEE - Estimations de population - Ensemble - Haute-Garonne, mars 2024

<sup>11</sup> Insee, Dossier Midi-Pyrénées n°4, 2015, projections de ménages à l'horizon 2030 & Insee Analyses Occitanie n° 44 - Juin 2017



Source : Insee, recensements de la population 2015 et 2021.

### 1.3 Un fort dynamisme économique mais avec des disparités territoriales et sociales

[43] En Haute-Garonne, la moitié des logements sont des maisons individuelles. Sur la commune de Toulouse, les appartements sont majoritaires (83 % des logements). En banlieue de Toulouse, le logement collectif est également majoritaire dans certaines communes telles que Blagnac, Ramonville-Saint-Agne ou Castanet-Tolosan, mais le logement individuel domine dans le reste de l'unité urbaine. La Haute-Garonne se place en treizième position des départements de France de province où le prix au m<sup>2</sup> des appartements est le plus élevé sur la période 2015-2019. Les prix au m<sup>2</sup> des appartements dans la commune de Toulouse restent relativement modérés comparativement à Bordeaux, par exemple. Ils sont plus élevés dans les communes en périphérie que dans la ville-centre.

[44] Les déplacements domicile-travail s'allongent en raison de l'étalement des couronnes urbaines. En 2019, la moitié des personnes qui travaillent dans le département habitent à 9 km ou plus de leur lieu de travail, contre 7 km en 2009. Un cinquième des travailleurs habitent à plus de 20 km.

[45] Depuis 1975, le nombre d'emplois dans le département a augmenté plus vite que la population. Entre 2008 et 2019 (dernière année avant le Covid), il croît de 1,3 % par an en

moyenne, représentant la deuxième progression des départements français<sup>12</sup>. La moitié des 650 000 emplois occupés en 2019 en Haute-Garonne sont localisés dans la seule commune de Toulouse. La métropolisation des emplois est plus forte que celle des lieux de vie.

[46] L'économie est fortement spécialisée dans l'aéronautique et le spatial qui regroupent 15 % de l'emploi salarié marchand du département. En 2021, 590 établissements consacrent tout ou partie de leur activité à la filière aérospatiale et emploient 68 000 salariés. Les plus gros employeurs sont basés dans l'agglomération toulousaine.

[47] Ce sont les activités tertiaires qui ont le plus progressé, atteignant 81 % de l'emploi salarié en 2019. L'agriculture représente 1 % de l'emploi total et le secteur de la construction 6 %. La recherche scientifique représente 2 % de l'emploi contre 1 % en France métropolitaine. De gros employeurs sont présents dans ce domaine tels le CNRS, le Centre national d'études spatiales et l'Oncopole, pôle de recherche en cancérologie.

[48] En conséquence, ces établissements emploient des cadres et professions intellectuelles supérieures dans une proportion très supérieure à la moyenne France entière (26 % des emplois contre 18,5 % en France métropolitaine).

[49] Le niveau de vie des plus aisés place le département au 6<sup>ème</sup> rang des départements de province. Les inégalités sont fortes entre habitants de la Haute-Garonne puisque cette population aisée dispose d'un niveau de vie 3,4 fois supérieur aux 10 % les plus pauvres, dont le niveau de vie est inférieur à 12 200 € annuels. Le département est ainsi le 10<sup>ème</sup> département de province où les inégalités de niveaux de vie sont les plus fortes, le deuxième de la région après l'Hérault.

[50] Sur l'ensemble du département, le taux de pauvreté (13,3 % en 2020) est le plus faible de la région. Il est légèrement inférieur à la moyenne nationale (14 %). Cependant, plusieurs poches de pauvreté sont concentrées dans les villes du département, en particulier dans les 19 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) localisés en Haute-Garonne où la moitié des habitants vivent sous le seuil de pauvreté. La commune de Toulouse abrite 12 QPV qui regroupent 12 % de la population de la commune. Le quartier du Mirail est le plus peuplé avec 32 300 habitants. À Muret, 20 % de la population de la commune habite dans un QPV. Un seul QPV, situé à Saint-Gaudens, est hors de l'unité urbaine de Toulouse.

## 1.4 Une incidence et une prévalence des troubles psychiatriques et de santé mentale en augmentation en Haute-Garonne

[51] Dans ses travaux, l'Observatoire régional de santé mentale (ORSM) d'Occitanie a estimé en première approche l'incidence et/ou la prévalence des troubles psychiatriques par deux indicateurs schématiques : les admissions en affections psychiatriques de longue durée d'une part, et le taux de mortalité par suicide d'autre part.

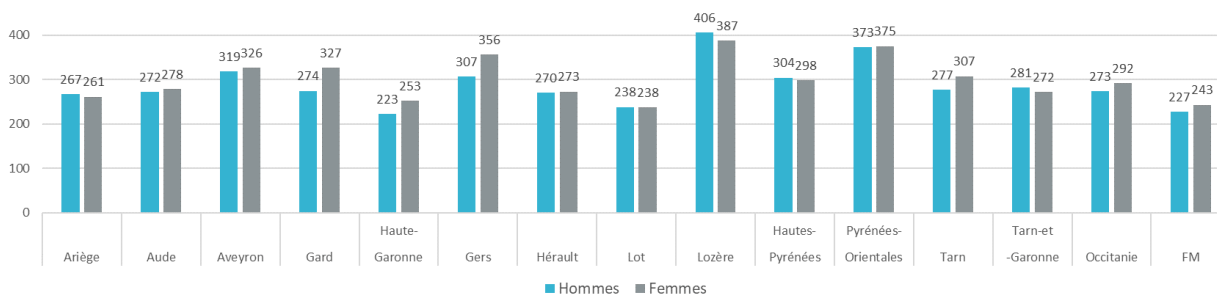
[52] Alors que la région Occitanie comporte davantage de patients admis en ALD « affections psychiatriques de longue durée dont dépression récurrente, troubles bipolaires », entre 2016 et

---

<sup>12</sup> Après la Haute-Corse mais où le volume d'emplois concerné est bien moins important

2020 par rapport à la moyenne pour la France métropolitaine, la Haute-Garonne se place à la moyenne nationale. .

Graphique 2 : Taux annuel standardisé en ALD pour affections psychiatriques (pour 100 000 habitants), 2016-2020



Source : Observatoire régional de la santé mentale d'Occitanie (ORSM), Version 26/09/2022 : FM = France métropolitaine

[53] En 2020, le taux de mortalité annuelle pour les hommes en Haute-Garonne était de de 15,1 pour 100 000 h pour les hommes, de 4,6 pour 100 000 h, le taux régional de 19,5 pour les hommes et de 5,3 pour 100 000 h pour les femmes<sup>13</sup>, le taux national respectivement de 20,6 et de 6,4. La Haute-Garonne se situait donc en dessous des taux régional et national pour le suicide.

## 2 L'offre de prise en charge en CMP des patients adultes en Haute-Garonne doit être renforcée

### 2.1 Les moyens dont disposent chacun des 8 secteurs de psychiatrie ne suffisent plus à répondre aux besoins de prises en charge ambulatoire des populations concernées

[54] Le rapport IGAS sur l'organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 publié en novembre 2017<sup>14</sup> décrivait la transformation de l'offre avec des prises en charge diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires. Il soulignait la capacité du dispositif de soins psychiatriques à innover et à se redéfinir mais évoquait déjà les problèmes d'organisation et de fonctionnement du dispositif existant avec de fortes inégalités d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Il notait « *La diversification toujours plus grande des types de soins et des modes de prise en charge, leurs références territoriales variables, la multiplicité des partenariats à organiser, forment une représentation complexe du dispositif de soins et, au total, rendent son pilotage difficile* ». Il

<sup>13</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001733622>, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001733369>, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001733432>, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001733655>

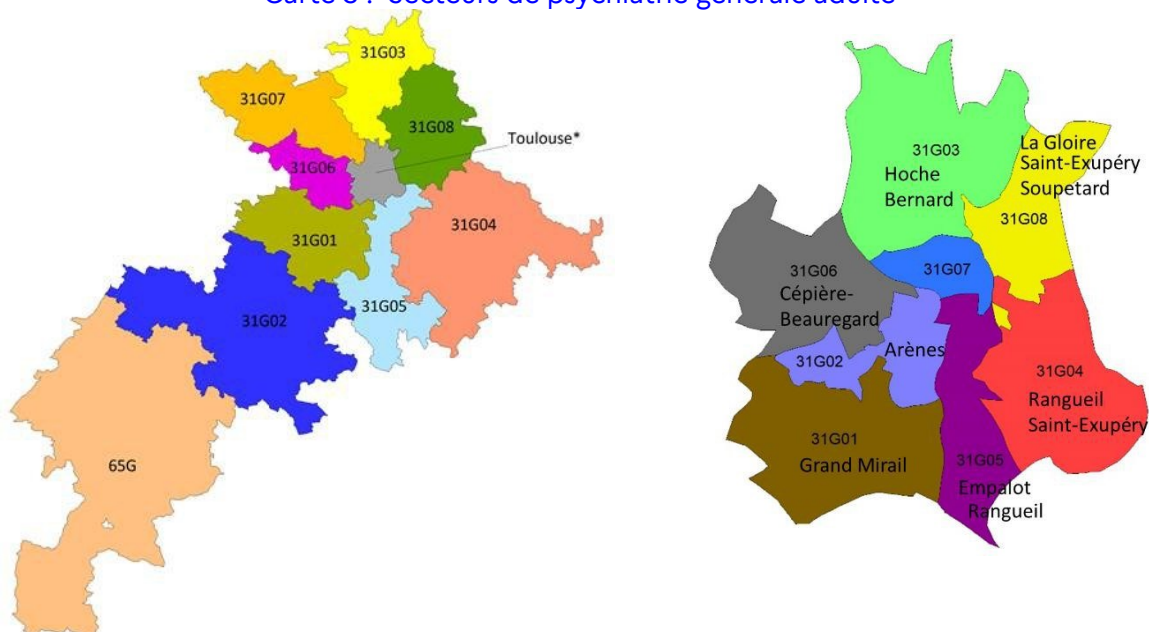
<sup>14</sup> Lopez A, Turan-Pelletier G, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017-064 R, rapport IGAS, novembre 2017

insistait également sur l’accentuation du contraste entre un dispositif public sectorisé dont les lits diminuent, offrant des soins de plus en plus diversifiés répartis dans la cité, et un dispositif privé à but lucratif, non sectorisé, dont les lits augmentent et disposant de peu de structures alternatives à l’hospitalisation temps plein.

[55] La réforme des autorisations et du financement de la psychiatrie devrait permettre une meilleure prise en compte des spécificités territoriales. Néanmoins, ce constat est particulièrement d’actualité s’agissant de la situation bien spécifique de la Haute-Garonne.

[56] Sur les huit secteurs de Haute-Garonne, sept secteurs de psychiatrie générale sont rattachés au CHGM (31G01, 31G02, 31G03, 31G04, 31G05, 31G06 et 31G08) et un secteur est rattaché au CHU de Toulouse Hôpital La Grave - Cité de la santé (31G07). L’arrondissement de Saint-Gaudens, au sud du département, est couvert par le G4 du CH de Lannemezan, en Hautes-Pyrénées. Le découpage actuel date de 2018.

Carte 3 : Secteurs de psychiatrie générale adulte

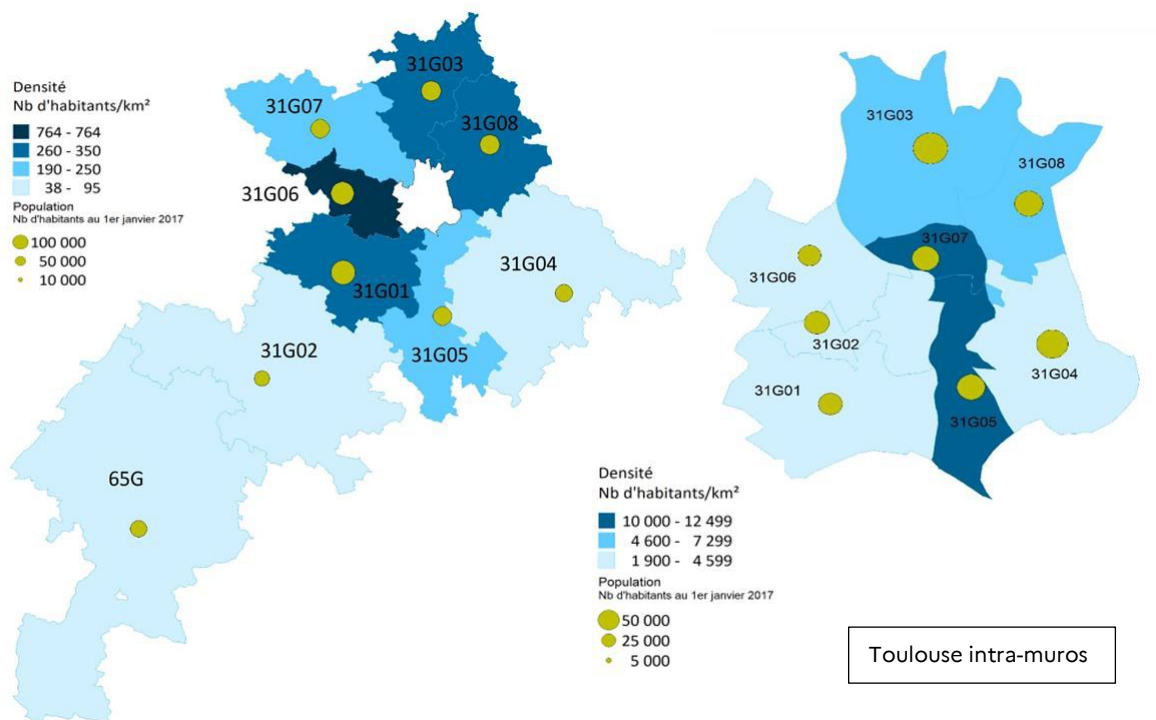


Source : CHGM Découpage fourni au niveau géographique IRIS selon les secteurs de la psychiatrie juin 2021 - Exploitation : ORSM Occitanie

[57] **La sectorisation adulte est hétérogène en termes de nombre de populations couvertes et de caractéristiques sociales.**

[58] Les densités de population sont présentées dans la carte ci-dessous.

Carte 4 : Nombre d’habitants et densité de population en 2017



Source : Insee RP IRIS 2017 - Exploitation : ORSM Occitanie

[59] Comme précisé dans le rapport de l'IGAS de 2017 précité, la densité populationnelle ne constitue pas un critère suffisant pour caractériser un secteur. Le rapport d'étude des parcours de soins des patients au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne publiée en 2022 utilisait différents indicateurs correspondant à des déterminants de santé mentale et concluait à des disparités de besoins sur les territoires.

[60] Les densités de populations et les facteurs de vulnérabilités de celles-ci sont très hétérogènes entre les secteurs, aboutissant au fait que quatre des huit secteurs rassemblent ces difficultés : les secteurs 1, 3, 6 et 8. Le secteur 1 présente une spécificité supplémentaire au regard du taux de familles nombreuses (10% des familles vs 5,7% en moyenne). En effet les éléments qualitatifs mentionnés ci-dessous impliquent une adaptation quantitative et qualitative des types de prises en charge des patients psychiatriques.

[61] Le rapport de l'Observatoire régional santé mentale d'Occitanie, dans son rapport de 2022<sup>15</sup>, collige les facteurs de vulnérabilité dans un tableau ci-dessous, sur les critères d'évolution démographique, de vieillissement, de familles monoparentales et familles nombreuses, les conditions de logement, et socio-économiques, et le taux d'allocataires adultes handicapés.

Tableau 1 : Spécificité des secteurs

TOULOUSE	31G01	31G02	31G03	31G04	31G05	31G06	31G07	31G08
----------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

<sup>15</sup> PPSY, étude des parcours de soins des patients adultes au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne, rapport final, avril 2022, Observatoire régional Santé Mentale Occitanie

Croissance population	+	+	+++	++	-	+++	-	+
Vit seul(e)	--	+	-	+	+++	-	+++	-
Indice de vieillissement								+++
Conditions de logement : locataire HLM et suroccupation	+++	++	++	---	---	+	--	--
Conditions économiques : chômage et RSA	+++	++	+++	---	---	---	---	+
Conditions familiales : monoparentales et de trois enfants et plus	+++	-	++	-	--	++	---	+
Emploi : employés-ouvriers	+++	++	+++	-	--	+	---	++
Emploi : cadres	---	-	---	+	+++	+	+++	-
Taux de pauvreté au seuil de 60 % (QPV)	+++							
Handicap (AAH)	+++	+	+++	+	-	++	-	+

Source : Rapport ORSM avril 2022 ; légende : Supérieur moyenne = +++ Inférieur moyenne = ---

## 2.2 L'évolution de la population et des besoins conduit à une saturation des CMP existants

[62] Lors de la journée organisée en 2020 par l'ARS Occitanie sur la santé mentale, l'offre de prise en charge publique en ambulatoire était déjà discutée. Cette offre était inférieure à la moyenne nationale et ce particulièrement pour la Haute-Garonne. **La densité des centres médico-psychologiques n'était alors que de 1,7 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne, versus 4 pour 100 000 habitants en Occitanie et 4,2 pour 100 000 habitants France entière<sup>16</sup>.**

Tableau 2 : Populations couvertes par les différents secteurs, psychiatrie générale, 2020

Secteurs adulte	Habitants
G01	149 582
G02	92 128
G03	158 632
G04	133 044
G05	125 804
G06	144 407
G07	122 783
G08	132 946
G04 de Lannemezan	60 091

Source : ARS Occitanie – DOSA / traitement mission

[63] Le rapport IGAS de 2021 sur les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient<sup>17</sup> qualifiait les CMP de fer de lance de la psychiatrie

<sup>16</sup> Journée Santé mentale en Occitanie, 3 mars 2020 à Toulouse, ARS Occitanie

<sup>17</sup> Dupays S, Emmanuelli J, Les centres médico-psychologiques (CMP) de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient, Rapport IGAS 2019-090R



ambulatoire et notait les disparités entre structures. Il recommandait de caractériser l'offre par d'autres indicateurs que le nombre de CMP : par l'activité (nombre d'actes ambulatoires par département pour 100 000 habitants) et par les moyens de la psychiatrie en termes de nombre de psychiatres et le nombre de personnels paramédicaux en établissement par département. Le rapport soulignait en outre l'intérêt de la réforme du financement de la psychiatrie, mise en œuvre depuis, qui allait prendre en compte l'activité.

[64] Le tableau ci-dessous présente le nombre et les jours d'ouverture des CMP en Haute-Garonne, le nombre de CMP, d'unité de consultation des services de psychiatrie ainsi que le nombre de Centres d'aide thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Tableau 3 : Structures d'accueil proposées par les établissements publics de santé en Haute-Garonne, psychiatrie adulte, 2022

Psychiatrie générale	CMP		Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP
	Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine		
CHGM	13	-	-	14
CH LAVAUUR	-	3	3	5
CHU	-	1	3	-

Source : SAE 2022 / traitement mission

[65] La mission a pu accéder aux données concernant les CMP gérés par le CHGM. Le tableau *infra* indique le nombre de patients pris en charge en 2023 par ces douze CMP sur ses sept secteurs.

Tableau 4 : Nombre de patients pris en charge par les CMP dépendant du CHGM et nombre d'actes, 2023

	Nombre de patients	Nombre d'actes
<b>Secteur 1 (S31A1)</b>		
<i>CMP de Muret</i>	340	10624
<i>CMP Villa Albert</i>	419	10795
<b>Secteur 2 (S31A2)</b>		
<i>CM Pôle Rive Gauche Carbonne</i>	386	10174
<i>CMP Arènes</i>	541	5906
<b>Secteur 3 (S31A3)</b>		
<i>CMP Pont des Minimes</i>	769	13661
<b>Secteur 4 (S31A4)</b>		
<i>CMP Nailloux</i>	193	5487
<i>CMP Saint Sauveur</i>	510	13304
<b>Secteur 5 (S31A5)</b>		
<i>CMP Saint Michel</i>	478	15187



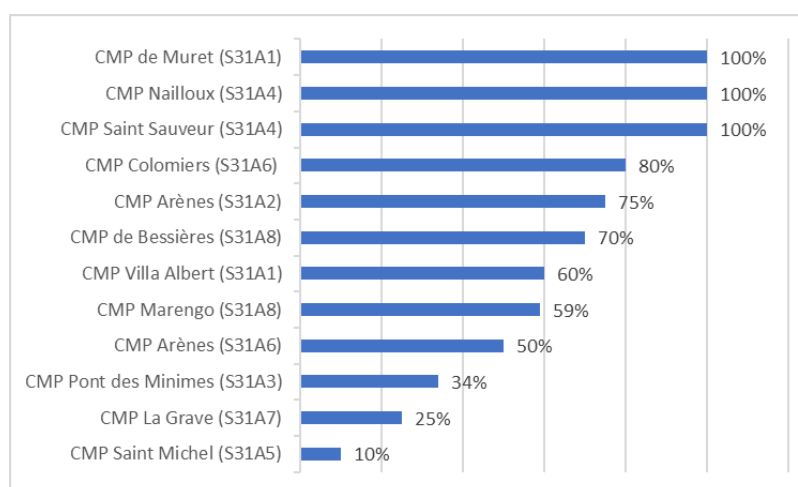
Secteur 6 (S31A6)		
CMP Colomiers	303	10991
CMP Arènes	485	11553
Secteur 8 (S31A8)		
CMP de Bessières	370	9934
CMP Marengo	924	16458

Source : ATIH / RIM-Psy, exploitation pôle DATA IGAS, traitement mission

[66] Dans son volet d'enquête qualitative<sup>18</sup> par entretiens et focus groupes avec des professionnels de la santé mentale, l'ORSM relève que tous les professionnels de terrain, du CHGM comme du CHU, mettent en évidence les difficultés des patients à être suivis dans un parcours adapté en raison des défaillances des CMP : les délais de prise en charge sont beaucoup trop longs, conduisant parfois à la décompensation d'une pathologie qui était auparavant bien contrôlée par la thérapeutique et induisent souvent de ce fait une prise en charge qui passe par les urgences psychiatriques du CHU, voire l'absence de prise en charge par les CMP de nouveaux patients.

[67] Le graphique suivant montre les faibles capacités de prise en charge des personnes en demandes de rendez-vous en CMP.

Graphique 3 : Personnes en demande de rendez-vous intégrées en file d'attente par le CMP concerné



Note : un CMP et le centre de soin intersectoriel Saint Sernin n'ont pas été en mesure de renseigner cet item ; Le CMP Arènes est commun aux deux secteurs 2 et 6

Source : CMP en Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 14 janvier 2022 / traitement mission

<sup>18</sup> Enquête menée du 10 au 14 janvier 2022

Tableau 5 : Équivalents temps-pleins médicaux et non-médicaux des CMP, par établissement, 2022

Établissements	CMP psychiatrie générale			CMP pédopsychiatriques		
	PM	Interne / étudiant	PNM	PM	Interne / étudiant	PNM
CHGM	16,23	0,17	110,25	4,22	1,02	33,81
CHU	2,46	1,66	11,17	2,88	1,17	32,03
ARSEAA PGI				4,61	0,25	52,61
<b>TOTAL Haute-Garonne</b>	<b>18,69</b>	<b>1,83</b>	<b>121,42</b>	<b>11,71</b>	<b>2,44</b>	<b>118,45</b>

Source : ARS Occitanie-DOSA / traitement mission ; PM : personnels médicaux ; PNM : personnels non médicaux

[68] Nombre de patients pris en charge présentent des situations complexes, et parfois nécessitent le recours à des interprètes qui soient formés aux aspects spécifiques de la santé mentale.

[69] Le manque de moyens humains, tant en psychiatres, qu'en psychologues et infirmiers, dus à de nombreux postes vacants, entraîne un ressenti chez les professionnels de devoir parer au plus pressé qui implique de facto une priorisation ou des délais excessifs dans la prise en charge des patients, avec un risque pour les professionnels de sentiment de perte de sens de l'action.

[70] Le rapport IGAS de 2021 sur les CMP insistait sur la variété des publics reçus dans les CMP tant par leur niveau de priorité que par leur niveau de ressources.

[71] La mission avait alors distingué « des besoins essentiels :

- Les urgences ;

- Le repérage des psychoses émergentes et autres troubles psychiques graves dont le repérage différé (voire le non-repérage) emporte des risques d'errance diagnostique, d'aggravation pronostique et de passage à l'acte mortifère

- Le dépistage et la prise en charge des comorbidités somatiques et addictives qui sont des facteurs d'aggravation de la maladie et de complexité de sa prise en charge

- La prise en compte des facteurs de vulnérabilité sociale (absence d'entourage, de ressources, de logement, de capacité à se repérer dans le dispositif et dans le monde ouvert...) supposant de faire le lien avec les partenaires des champs concernés sous peine de voir les prises en charge se compliquer. »

[72] Le graphique 3 ne traduit que l'inscription, déjà partielle, des patients en file d'attente. En effet, les critères d'inscription sur ces listes et la gestion des patients inscrits ne font pas l'objet de procédures<sup>19</sup>. Malgré des définitions variées entre les CMP, l'ORSM dans son enquête « une semaine donnée » a tenté de préciser les délais entre appel et consultation au sein des files

<sup>19</sup> Source : Étude des parcours de soins des patients au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne (PPSY), rapport final, avril 2022, p.43 et suivantes.

d'attente. Même cet indicateur est sous-estimé, car certains centres refusent l'inscription en liste d'attente en raison de l'absence de psychiatre, d'autres considèrent ce délai uniquement à partir de la première consultation et non du premier appel.

[73] Si la réponse dans certains CMP est satisfaisante, avec une consultation organisée dans la semaine de l'appel, **le délai habituel pour les autres CMP est de l'ordre du mois pour une consultation infirmière et entre un mois et demi 180 jours, soit six mois pour une consultation avec un psychiatre** comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 6 : Délai moyen (en jours) entre la demande de prise en charge et une première consultation par CMP pour les personnes inscrites sur liste d'attente

	Nouveaux patients inconnus au CMP		Patients connus et reprenant contact au CMP	
	Infirmier	Psychiatre	Infirmier	Psychiatre
<b>CHGM</b>				
<b>Secteur 1 (S31A1)</b>				
<i>CMP de Muret</i>	30	60	30	60
<i>CMP Villa Albert</i>	20	21	7	20
<b>Secteur 2 (S31A2)</b>				
<i>CM Pôle Rive Gauche</i>	180	180	30	90
<i>CMP Arènes</i>	8	60	8	60
<b>Secteur 3 (S31A3)</b>				
<i>CMP Pont des Minimes</i>	16	58	6	16
<b>Secteur 4 (S31A4)</b>				
<i>CMP Nailloux</i>	3	60	3	60
<i>CMP Saint Sauveur</i>	28	45	28	45
<b>Secteur 5 (S31A5)</b>				
<i>CMP Saint Michel</i>	30	77	30	77
<b>Secteur 6 (S31A6)</b>				
<i>CMP Colomiers</i>	4	180	4	180
<i>CMP Arènes</i>	30	90	30	90
<b>Secteur 8 (S31A8)</b>				
<i>CMP de Bessières</i>	23	85	7	69
<i>CMP Marengo</i>	31	90	15	70
<b>CHU</b>				
<b>Secteur 7 (S31A7)</b>				
<i>CMP La Grave</i>	7	28		

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

[74] En termes quantitatifs, l'ORSM au moment de son enquête « une semaine donnée », met également en évidence un grand nombre de demandes de nouveaux patients, parfois concentrées sur certains secteurs, notamment les secteurs 1, 3 et 8

Tableau 7 : Nombre demandes reçues en CMP par secteur de la psychiatrie adultes

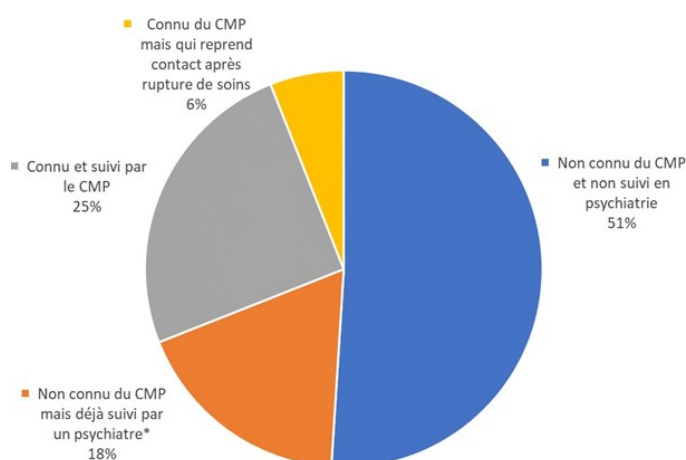
Secteurs	Nombre	%
1	25	11,1
2	12	5,3
3	49	21,7
4	9	4,0
5	14	6,2
6	10	4,4
7	11	4,9
8	63	27,9
Intersectoriel	33	14,6
Ensemble	226	100,0

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

L'insuffisance des moyens de certains secteurs, notamment en personnels médicaux, à accueillir les patients, présente un risque d'autant plus fort, qu'il s'agit pour **51% de patients non connus des CMP et non suivis par un psychiatre**. 18% des demandes concernent des patients non connus du CMP mais déjà suivis par un psychiatre, ce qui peut traduire une évolution de la situation, de la pathologie ou de son suivi thérapeutique qui ne peut plus être efficacement pris en charge par les seules consultations en cabinet de ville.

[75] La répartition des demandes reçues en fonction du parcours de soins du patient est présentée dans le graphique ci-dessous.

Graphique 4 : Demandes reçues en CMP selon le parcours de soins du patient



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

[76] Pour les patients en demande de soins en ville, la situation pose un double problème. D'une part les délais trop longs risquent de faire naître le besoin de se rendre aux urgences psychiatriques du CHU à l'occasion d'une décompensation de la situation psychique. D'autre part, à l'inverse, les équipes des urgences sont dans l'incapacité de trouver des relais en ville vers qui adresser les patients.

[77] Le rapport IGAS de 2021 sur les CMP notait les écarts de moyens rapportés à la population entre départements variant d'un facteur 15 pour les médecins et d'un facteur 22 pour le personnel non-médical.

[78] Ce rapport précisait qu'en 2018, le nombre d'actes ambulatoires en CMP varie selon les départements de 4 700 à 38 300 pour 100 000 habitants, avec une médiane de 15 800. La part des CMP dans l'activité ambulatoire varie entre 44,8 % et 77,7 % selon les départements.

[79] Les assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues les 27 et 28 septembre 2021 comportaient parmi les mesures l'augmentation sur 3 ans de 400 ETP concernant les effectifs des CMP en 2022-2024 (mesure 19). 39 postes ont été attribués à l'Occitanie dont 24 à la Haute-Garonne sur les 39 ciblés en Occitanie par ce plan.

[80] Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre de postes entre 2022 et 2024 pour le CHGM (7 secteurs) auquel sont rattachés 13 CMP le CHU (1 secteur) auquel est rattaché 1 CMP

Tableau 8 : Évolution des effectifs entre 2022 et 2024 dans les CMP rattachés au CHGM et au CHU

	2022	2023	2024	TOTAL
TOTAL	8	8	8	24
CHGM (7S)	7	7	7	21
CHU T (1S)	1	1	1	3

Source : ARS Occitanie

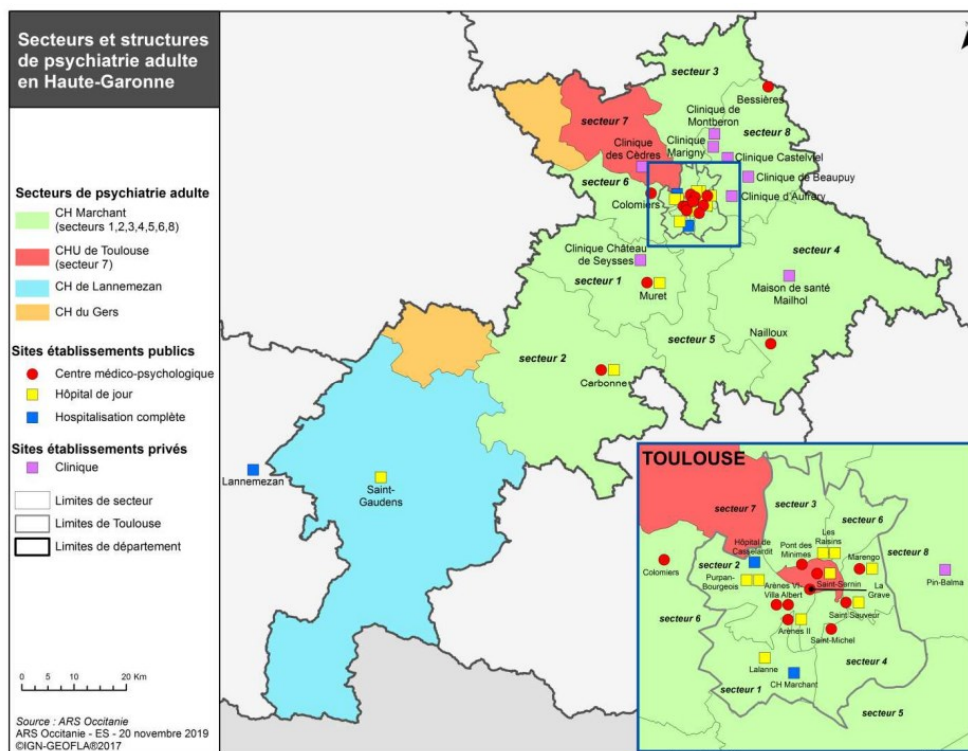
## 2.3 La sectorisation de la psychiatrie en Haute-Garonne doit évoluer

### 2.3.1 La sectorisation existante

[81] **En psychiatrie adulte**, le secteur public comprend depuis 2018 huit secteurs :

- Sept secteurs de psychiatrie (31G01, 31G02, 31G03, 31G04, 31G05, 31G06, 31G08) rattachés au CHGM, ce dernier ayant également en charge un secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Un secteur de psychiatrie rattaché au CHU de Toulouse (31G07)
- La partie sud du territoire qui est gérée par le CH de Lannemezan (65)

Graphique 5 : Sectorisation psychiatrie adulte de la Haute-Garonne

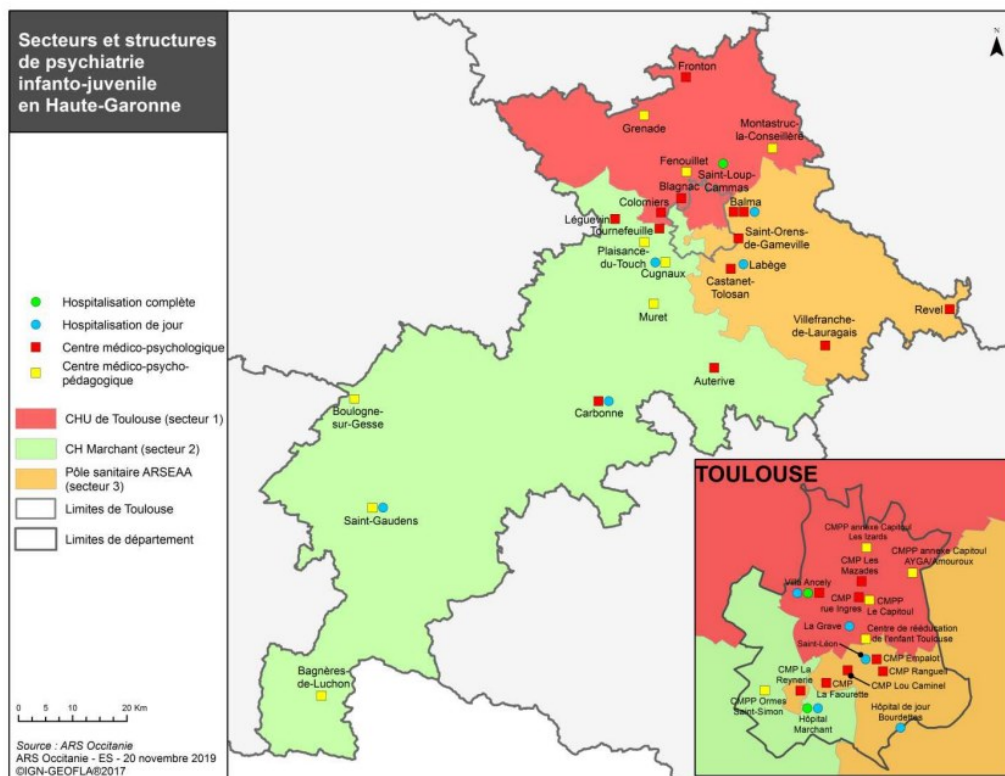


Source : ARS Occitanie, 2019

[82] En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 3 secteurs existent :

- Le CHU secteur 1
- Le CH Georges Marchant secteur 2
- L'ARSEAA secteur 3 (Association régionale pour la sauvegarde de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : elle accueille près de 17000 personnes, et ses établissements couvrent pratiquement toutes les catégories des secteurs médico-social, sanitaire et social)

Graphique 6 : Sectorisation pédopsychiatrique de la Haute-Garonne



Source : ARS Occitanie, 2019

### 2.3.2 Les évolutions prévues afin de tenir compte de l'évolution de la démographie en Haute-Garonne

[83] La mission a évoqué les travaux conduits par l'ARS au sein d'un comité de suivi, à la suite des tensions sur les urgences psychiatriques du CHU de Toulouse et de la situation de crise de février 2024, avec l'élaboration d'un « Pacte de refondation de l'organisation des soins psychiatriques en Haute-Garonne ». Il a pour ambition d'associer tous les acteurs de la psychiatrie à une réorganisation optimisée de la gestion des parcours patients.

[84] Il réaffirme notamment la nécessité de développer l'ambulatoire dans une logique de parcours.

[85] Ainsi, dans ce document l'ARS souhaite engager une démarche de concertation en 2025 pour réviser les secteurs et sur la base d'une évaluation de l'organisation actuelle, proposer une nouvelle sectorisation sur la base des principes suivants auxquels souscrit pleinement la mission :

- Tendre vers une meilleure cohérence des secteurs adultes et enfants/adolescents pour éviter les ruptures de parcours
- Assurer la cohérence avec la dynamique des bassins de populations
- Tenir compte des logiques et travaux du PRS et du PTSM
- Tenir compte des découpages et enjeux GHT

[86] L'ARS, dans ce même document prévoit la création d'un nouveau secteur de psychiatrie adulte porté par le Centre Hospitalier Gérard Marchant.

[87] Aujourd'hui, les moyens associés à chacun des secteurs de psychiatrie adulte existants sont à réévaluer pour répondre aux besoins du territoire au vu de son évolution démographique.

[88] Le sous dimensionnement de l'offre publique sur le département, qui, lié au principe de responsabilité géopopulationnelle reste garante de l'inconditionnalité de l'accès aux soins, amène à une saturation de l'ensemble de ses dispositifs avec pour conséquence des délais de plusieurs mois d'attente dans les centres médico-psychologiques et des difficultés de réponse majeures sur le versant de l'hospitalisation, particulièrement sur le versant des soins sans consentement.

[89] La création de ce nouveau secteur se fera par découpage des secteurs existants dans le département, et comprendra une unité d'hospitalisation complète (hospitalisation libre et hospitalisation en soins sans consentement), et une offre ambulatoire comprenant CMP/CATTP, et de l'hospitalisation de jour.

[90] Un autre axe de travail concernera la possibilité de l'engagement du CH de Lavaur dans le Tarn dans la responsabilité géopopulationnelle de la Haute-Garonne. Cet établissement porte deux secteurs de psychiatrie adulte et un secteur de l'enfant et de l'adolescent.

[91] Ce CH et ses secteurs pourraient intervenir en complément des établissements de Haute-Garonne. Dans ce cadre, une proposition de partenariat entre le CH de Lavaur et la clinique de Beaupuy pourrait être travaillée.

[92] Le lancement de cette réflexion est prévu fin 2024.

**Recommandation n°1** Augmenter le nombre et réorganiser les secteurs avec un accroissement notable des ressources des CMP en particulier dans les secteurs en tension (1, 3, 6 et 8).

### **3 L'hospitalisation de certains patients relève de prises en charge spécifiques et l'offre doit être adaptée en conséquence**

#### **3.1 Les établissements d'hospitalisation en psychiatrie en Haute-Garonne sont majoritairement de statut privé**

[93] L'offre d'hospitalisation en psychiatrie repose sur huit établissements privés commerciaux, le CHS Gérard Marchant, le CHU de Toulouse et le CH de Lavaur, dans le Tarn, membres du GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest.

[94] 75% des lits d'hospitalisation appartiennent au secteur commercial.

[95] L'encadré ci-dessous présente le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest et la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)



### **GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest et Communauté psychiatrique de territoire**

Le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest a été constitué le 31 janvier 2017. Il est formé de sept établissements de santé, dont deux dans le Tarn. Ces établissements sont les suivants : le CH de Graulhet (81), le CH de Lavaur (81), le CH Comminges-Pyrénées (31), les Hôpitaux de Luchon (31), le CHS Gérard Marchant (31), le CH de Muret (31) et le CHU de Toulouse, qui est son établissement support.

Son projet médical est initialement concentré sur six filières retenues comme prioritaires :

- Urgences et soins critiques dont la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ;
- Soins de suite et de réadaptation ;
- Personnes âgées et le vieillissement ;
- Filière mère-enfants ;
- Cancérologie et soins de support ;
- Psychiatrie et santé mentale.

Pour les trois seuls établissements du GHT autorisés en psychiatrie (le CH de Lavaur, le CHGM et le CHU), la convention constitutive du GHT crée de manière concomitante une communauté psychiatrique de territoire (CPT)<sup>20</sup> à laquelle est déléguée l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés pour la filière psychiatrie et santé mentale. Il y est précisé que l'animation et la coordination de cette filière relèvent de la CPT et de son établissement support, le centre hospitalier Gérard MARCHANT.

L'annexe 3 de la convention constitutive relative à la CPT précise notamment :

« La CPT associera les autres établissements de santé qui assurent une activité de psychiatrie dans le territoire dans le cadre du service public hospitalier.

« La communauté psychiatrique de territoire associera également les autres établissements et acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale du territoire : structures médico-sociales et sociales, professionnels de ville, associations représentant les usagers (...).

« La CPT s'attachera à promouvoir la consolidation et la formalisation des liens de partenariat entre les membres du GHT et de la CPT, dans le respect des spécificités de chacun. Il est ainsi de la responsabilité de chacun des établissements de santé, pour le compte de la CPT, de concerter et de coordonner ses partenaires de proximité. Le conseil local de santé mentale en représente le cadre de concertation privilégié.

« Un projet médical de psychiatrie partagé s'appuyant sur certains acquis fondamentaux :

Une gouvernance par pôle développée depuis la loi HPST, dont la finalité est de favoriser une organisation décloisonnée et efficiente du point de vue des services à rendre au malade ;

- La place importante des établissements de santé dans le domaine des soins de proximité ;
- Le développement des unités de liaison et des équipes mobiles en lien avec les partenaires du secteur social et médico-social ;
- Le développement et la gestion de structures alternatives à l'hospitalisation complète ;
- La recherche d'une cohérence institutionnelle s'appuyant sur la proximité entre les pôles cliniques et médico-techniques et les fonctions support (formation, système d'information, démarche qualité...).

« Les missions de recherche en psychiatrie et santé mentale des membres de la communauté psychiatrique de territoire sont promues et fédérées dans le cadre de la FERREPSY.

---

<sup>20</sup> Conformément à l'alinéa V de l'article L. 6132-1 du CSP

« La communauté psychiatrique de territoire est une instance de pilotage de la psychiatrie publique au sein du groupement hospitalier de territoire. Elle est le lieu de déclinaison du contrat territorial de santé mentale.

« Elle est chargée de :

- Préparer, en lien avec l'ARS, le projet territorial de santé mentale et le contrat territorial de santé mentale (...);
- Définir et élaborer le projet médical et le projet de soins partagés, dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, (...) en renforçant la cohérence de l'offre de soins publique et de résoudre les points critiques constatés dans la prise en charge des patients, en particulier: l'accueil et l'orientation des patients aux urgences somatiques et psychiatriques, l'accès facilité au plateau technique du CHU et la prise en compte des patients hospitalisés au long cours dans les établissements psychiatriques;
- Renforcer les liens de collaboration entre les pôles de psychiatrie des établissements publics membres du GHT afin d'offrir des soins de qualité à la population du territoire ;
- Garantir que les ressources budgétaires dédiées à la psychiatrie publique soient sécurisées et fléchées ;
- Être une force de proposition, dans le cadre des missions du groupement hospitalier de territoire, dans le domaine de la gestion de la démographie médicale de psychiatrie ;
- Être une force de proposition pour les établissements médico-sociaux et sociaux et pour les professionnels de ville ».

[96] À l'inverse de l'offre en structures ambulatoires qui est en densité très inférieure à la moyenne nationale (- 59,5 %), la densité de lits en hospitalisation à temps complet est nettement plus élevée (+ 26 %) que la densité nationale (133,3 pour 100 000 en Haute-Garonne, 131,2 pour 100 000 en Occitanie, et 105,8 pour 100 000 France entière).

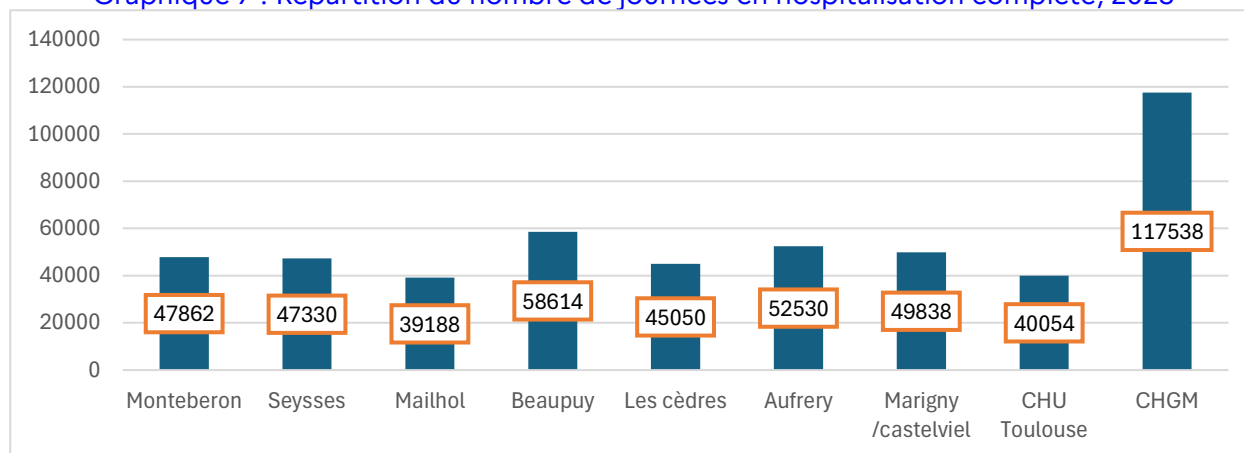
[97] L'activité 2019-2022 se décompose ainsi :

Tableau 9 : Activité d'hospitalisation en psychiatrie à temps plein adultes dans les différents établissements de Haute-Garonne et de Lavaur, 2019-2023

	Lits	Nb séjours adultes 2019	Nb séjours adultes 2023	Δ% 2023 / 2019 séjours	Δ% 2023 / 2019 journées HC	DMS (jr)	TO des lits (2023)	Nombre moyen lits libres (2023)
CH GERARD MARCHANT	212	1 436	1 413	-1,60%	-14,04%	46,32	85,96%	30
CLINIQUE CASTELVIEL	188	1 666	1 523	-8,58%	-24,77%	30,99	75,23%	47
CLINIQUE DU CHATEAU DE SEYSSES	188	1 320	1 523	15,38%	-0,81%	66,37	99,19%	2
CLINIQUE DE BEAUPUY	168	1 510	1 349	-10,66%	-18,12%	35,83	81,88%	30
CLINIQUE AUFRERY	150	1 435	1 671	16,45%	-3,41%	36,85	96,59%	5
CLINIQUE DE MONTBERON	141	976	1 321	35,35%	-11,94%	46,44	88,06%	17
CLINIQUE DES CEDRES	125	1 442	1 164	-19,28%	-1,64%	31,12	98,36%	2
CLINIQUE MARIGNY *	117	1 089	1 090	0,09%	-0,85%	38,88	99,15%	1
CH LAVAU	110	1 561	1 050	-32,74%	-22,00%	20,06	78,00%	24
MAISON DE SANTE MAILHOL	100	1 410	1 322	-6,24%	-1,71%	25,44	98,29%	2
CHU TOULOUSE	88	817	1 108	35,62%	-9,09%	35,72	90,91%	8
Total		14 662	14 534	-0,87%	-10,28%	36,94	89,72%	167

Source : SAE 2019, 2023 / traitement mission ; avec calcul du nombre moyen quotidien de lits libres =  $(TO - 1) \times$  Nombre de lits ; \* données 2023 (en 2023, la SAE a regroupé les cliniques de Marigny et château de Seysses).

Graphique 7 : Répartition du nombre de journées en hospitalisation complète, 2023



Source : ATIH/RIM-Psy ; traitement pôle DATA IGAS

[98] L'estimation réalisée du nombre moyen de lits libres doit être pondérée par nombre de lits fermés ou « fermables », qui ne sont pas pris en compte dans la SAE. Ces fermetures qui grèvent le nombre moyen théorique de lits libres sont généralement dues à des absences non remplacées de personnels paramédicaux et / ou médicaux.

[99] Dans son enquête « une semaine donnée », l'ORSM estimait en 2022 le nombre de nouvelles demandes d'hospitalisation à 280 sur une semaine, soit une moyenne de 40 demandes quotidiennes, avec des taux d'occupation de 99,9 % pour le secteur public et 91,5 % pour le secteur privé.

Tableau 10 : Capacités d'hospitalisation en psychiatrie adulte et effectifs

Établissement	Type d'établissement / Groupe de cliniques	Nombre de lits	Nombre de places	ETP psychiatriques	Ratio ETP psy / lits	ETP salariés	Ratio ETP salariés / lits	ETP IDE et cadres	ratio ETP IDE et cadres / lits	ETP AS	ratio ETP AS / lits
CH GERARD MARCHANT	CHS	208	93	35,0	0,17	474,1	2,3	278,3	1,3	79,8	0,4
CH LAVAUR	CH général Tarn (GHT)	123	86	1,6	0,01	153,8	1,3	84,0	0,7	24,7	0,2
CLINIQUE CASTELVIEL	Clinique psychiatrique, groupe Emeis	188	5	8,0	0,04	74,6	0,4	41,4	0,2	8,6	0,0
CLINIQUE DE BEAUPUY	Clinique psychiatrique, groupe Ramsay	168	0	6,0	0,04	113,1	0,7	73,4	0,4	17,6	0,1

CLINIQUE AUFRERY	Clinique psychiatrique Indépendante / Clinavenir	150	15	10,0	0,07	81,1	0,5	53,3	0,4	2,9	0,0
CLINIQUE DE MONTBERON	Clinique psychiatrique Indépendante / Clinavenir	141	12	18,0	0,13	62,0	0,4	40,8	0,3	14,8	0,1
CLINIQUE DU CHATEAU DE SEYSSES	Clinique psychiatrique, groupe Emeis	125	16	6,1	0,05	54,4	0,4	31,1	0,2	6,1	0,0
CLINIQUE MARNIGNY	Clinique psychiatrique, groupe Emeis	130	10	9,3	0,07	79,6	0,6	37,8	0,3	14,0	0,1
CLINIQUE DES CEDRES	Clinique polyvalente, groupe Ramsay	125	5	8,0	0,06	69,7	0,6	49,0	0,4	15,9	0,1
CHU TOULOUSE	CHU	88	25	31,9	0,36	137,0	1,6	73,1	0,8	56,1	0,6
MAISON DE SANTE MAILHOL	Clinique psychiatrique Indépendante	100	6	5,0	0,05	43,4	0,4	27,9	0,3	11,8	0,1
Total		1546	273	138,9	0,09	1342,8	0,9	790,1	0,5	252,4	0,2

Source : SAE 2022 / traitement mission + légende AS : aides-soignants ; ratios : ETP affectés à l'hospitalisation temps plein / nombre de lits, d'après SAE 2022<sup>21</sup>

**NB les effectifs soignants sont dans la SAE ceux affectés à l'ensemble des activités de psychiatrie, adulte et pédopsychiatrie, tous modes d'hospitalisation et structures ambulatoires confondus**

[100] La comparaison des effectifs en ETP de psychiatrie, rapportés au nombre de lits et places montre des écarts majeurs. Il en est de même pour les ETP IDE, cadres et les aides-soignants : la différence entre les secteurs public et privé apparaît clairement.

[101] Le CHU assure la permanence des soins (PDSSES) et le CHGM y participe, ce qui n'est pas le cas des cliniques privées. Cette différence explique une partie de l'écart constaté.

[102] Avec de tels écarts, on peut penser que les patients accueillis ne sont pas les mêmes. Ce point est étudié ci-dessous.

<sup>21</sup> La SAE 2023 n'indique plus les ETP affectés à l'hospitalisation temps plein

### 3.1.1 Les profils de patients pris en charge en Haute-Garonne dans les secteurs public et privé montrent une diversité des pathologies des patients pris en charge dans les deux secteurs d'hospitalisation.

[103] Le rapport du CREA-ORSM de 2022 précise que « Certaines cliniques de psychiatrie présentent une offre spécialisée en alcoologie avec des lits dédiés au sevrage. Elles accueillent à plusieurs reprises les mêmes patients pour des réhospitalisations régulières. Ainsi « de nombreux parcours sont profondément ancrés dans le privé, les patients ayant peu de contacts avec les hôpitaux publics, y compris dans le cas où ils ont fréquenté plusieurs établissements ».

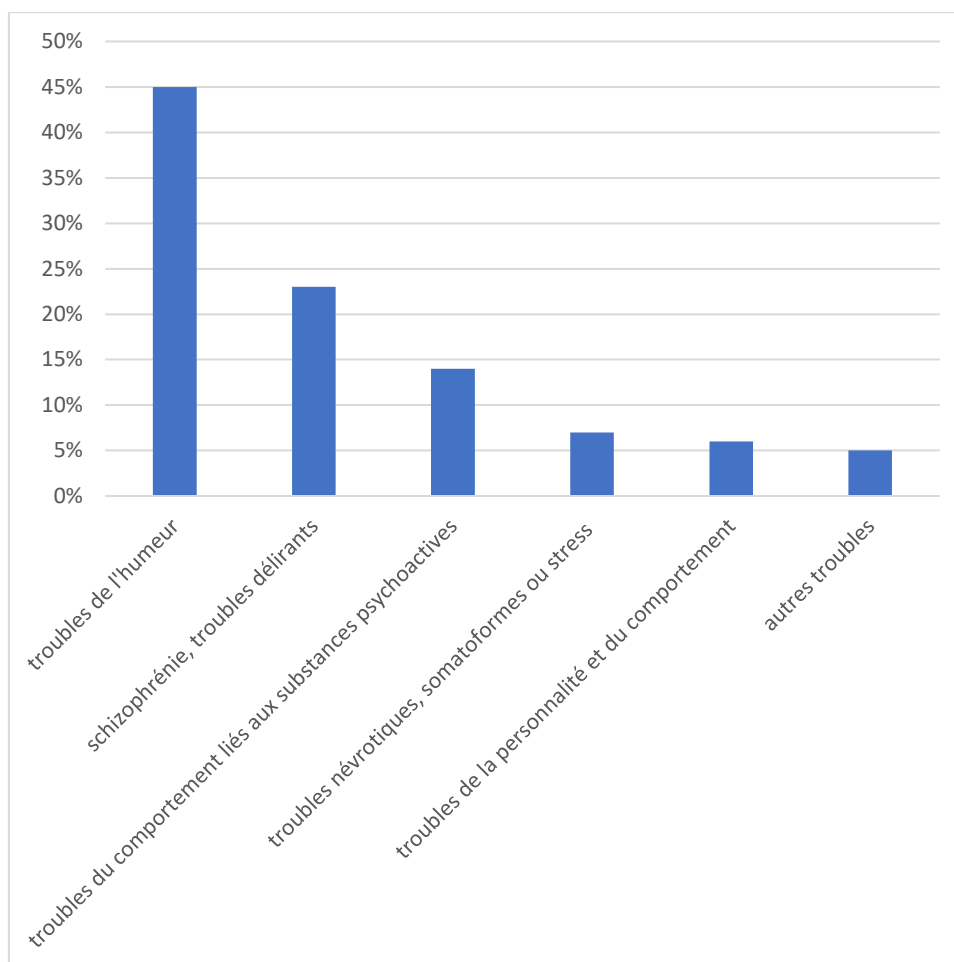
[104] Le rapport note que certains patients ne souhaitent pas retourner dans la clinique où ils sont suivis. Cela s'explique pour des raisons financières ou du fait d'une insatisfaction vis-à-vis des services proposés ou de la prise en charge. Il peut également ne pas y avoir de place dans l'établissement ou pas de possibilité d'être pris en charge pour des hospitalisations sous contrainte. Le rapport note en outre des cas de rejet de patients de la part de cliniques par suite de problèmes de comportement ou de consommations de produits dans l'enceinte de l'établissement. Ces patients, alors interdits d'accès dans une ou plusieurs cliniques, n'auraient d'autre choix que de se tourner vers un établissement public, généralement via les urgences.

[105] Le profil des patients hospitalisés diffère entre les deux secteurs, notamment en lien avec les pathologies prises en charge.

[106] Dans les établissements publics, les hommes sont majoritaires (58%), alors que le sex-ratio est inverse dans les établissements privés (femmes 59 %). La moyenne d'âge est plus élevée dans le secteur privé que dans le secteur public ( $51 \pm 17$  ans vs  $40 \pm 15$  ans).

[107] Sur l'ensemble des patients hospitalisés, en Haute-Garonne, près de la moitié d'entre eux présente des troubles de l'humeur (45%), et près d'un quart (23%) des pathologies du groupe des schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants.

Graphique 8 : Diagnostic principal des patients hospitalisés



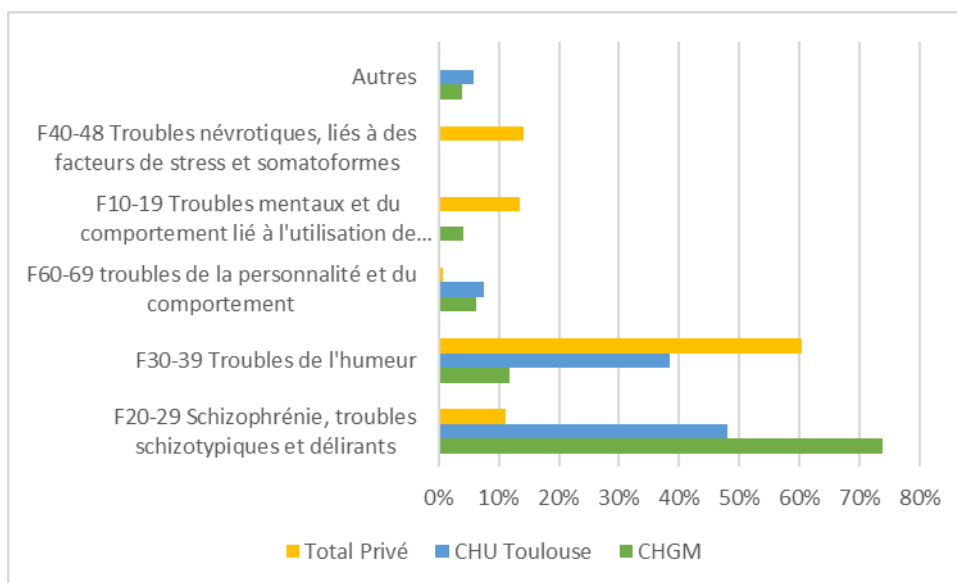
Source : ORSM, Rapport 2022 / traitement mission

[108] Toutefois, les établissements publics et privés ne prennent pas en charge les mêmes patients.

[109] Au CHGM, 70% des patients présentent des schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants. Au CHU, les patients présentent ces types de troubles dans 38 % des cas, mais les troubles de l'humeur (25%) et les troubles de personnalité et du comportement de l'adulte (19%) sont plus représentés qu'au CHGM.

[110] Dans les établissements privés, prédominent les troubles de l'humeur (53%). Les autres principales pathologies sont les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (17%) et seulement 13% de troubles schizoïdes ou délirants.

Graphique 9 : Répartition des diagnostics principaux selon le type d'établissements, patients en hospitalisation complète, journées, 2023



Source : ATIH / RIM-Psy/ exploitation pôle data IGAS / traitement mission

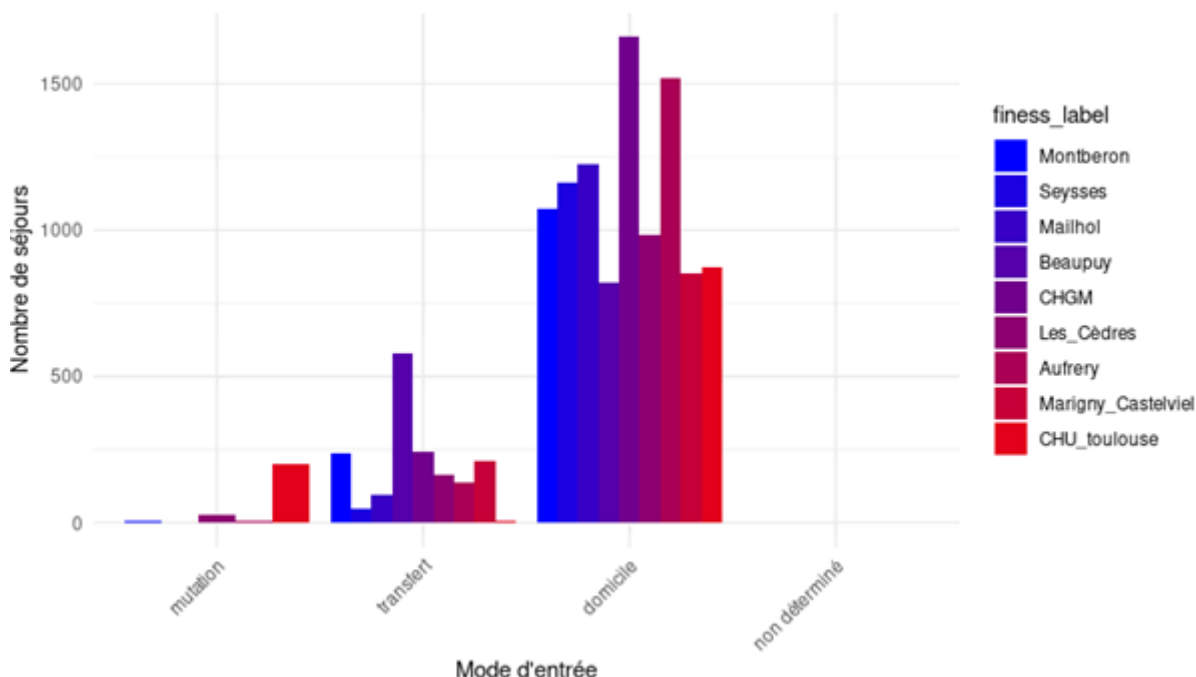
[111] Les établissements privés ont un recrutement local assez voisin de celui des établissements publics (37% de Toulouse, 31% en Haute-Garonne hors Toulouse), ils ont notamment un recrutement en dehors de la Haute-Garonne (31%), dans les départements contigus (Tarn 37 %, Ariège 20% et Tarn-et-Garonne pour 10%).

[112] Les établissements publics ont un recrutement principalement local (39% de Toulouse, 35% en Haute-Garonne hors Toulouse), ainsi que de personnes sans domicile (23%).

[113] Ces patients étaient adressés dans 34% des cas par un psychiatre du secteur public, 30 % par des psychiatres exerçant en établissements privés, 25 % par un médecin généraliste ou autre spécialiste, 9 % par un psychiatre exerçant en cabinet libéral.

[114] En termes d'origine, l'enquête de l'ORSM relevait que 60% des patients hospitalisés venaient de leur lieu de vie et 20% étaient passés par les urgences psychiatriques. Pour les établissements privés, les proportions s'élevaient à 72% de patients venant directement de leur lieu de vie, alors qu'au CHU, 43% passaient par les urgences psychiatriques, traduisant les modes différents de recrutement médicaux des deux types d'établissement.

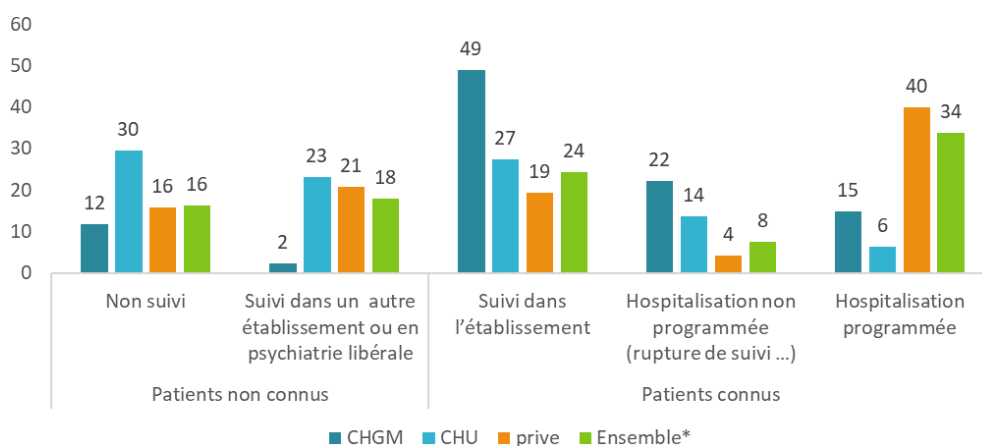
Graphique 10 : Mode d'entrée des patients en hospitalisation complète, nombre de séjours, 2023



Source : ATIH / RIM-Psy / traitement pôle data IGAS

[115] En termes de parcours de soins, 47% des patients hospitalisés au CHU étaient déjà connus de l'établissement, 63 % pour les cliniques privées et 86 % au CHGM.

Graphique 11 : Patients hospitalisés selon leur parcours de soins



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

[116]

[117] La patientèle du public se distingue de celle du privé par les profils (schizophrénie vs. Trouble de l'humeur) et par le mode d'entrée en hospitalisation (programmé à 6-15% dans le public vs 40% dans le privé)



### 3.1.2 L'offre hospitalière en psychiatrie adulte dans les départements contigus à la Haute-Garonne ne présente que peu de possibilités de recours

[118] Six départements entourent la Haute-Garonne : l'Aude, l'Ariège, le Gers, les Hautes-Pyrénées, le Tarn et le Tarn-et-Garonne. Alors que les établissements privés de Haute-Garonne recrutent leur patientèle pour plus de 30% en dehors du département, une offre de soins autorisés en psychiatrie dans ces départements limitrophe pourrait-elle apporter des solutions d'hospitalisation ?

[119] Sur les six départements, l'offre hospitalière propose 1511 lits et 560 places adultes (en intégrant les accueils familiaux thérapeutiques, les accueils en appartements thérapeutiques et l'accueil en centre de post cure), pour 11 624 séjours en 2022.

[120] Les établissements publics et ESPIC (sauf la Fondation John Bost à Montauban) permettent la prise en charge des patients en hospitalisation libre (HL), soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Les établissements privés lucratifs, de petite taille, ne proposent qu'une offre de soins en hospitalisation libre.

Tableau 11 : Offre de soins en psychiatrie adulte dans les départements limitrophes de la Haute-Garonne

Départ <sup>t</sup>	Établissement	Statut de l'ES	Distance km/tps	Nb lits adulte	Nb places adulte	Nb séjours adultes 2023	TO des lits adulte (2023)	Nombre moyen lits libres (2023)	Modes	Urgences et crise
<u>Ariège</u>	<u>CC Ariège Couserans site St Lizier</u>	<u>CHG départemental</u>	<u>102 km 1h20</u>	<u>75</u>	<u>30</u>	<u>979</u>	<u>89,96%</u>	<u>8</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Aude</u>	<u>Clinique de Miremont (Badens)</u>	<u>Clinique psychiatrique groupe Cap Santé</u>	<u>116 km 1h30</u>	<u>74</u>	<u>0</u>	<u>452</u>	<u>98,15%</u>	<u>1</u>	<u>HL</u>	<u>non</u>
<u>Aude</u>	<u>Clinique via domitia Narbonne USSAP</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>152 km 1h45</u>	<u>25</u>	<u>*</u>	<u>*</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>*</u>	<u>*</u>
<u>Aude</u>	<u>CH Narbonne</u>	<u>CHG</u>	<u>152 km 1h45</u>	<u>49</u>	<u>20</u>	<u>381</u>	<u>52,96%</u>	<u>23</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Aude</u>	<u>CHS Limoux - USSAP</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>107 km 1h30</u>	<u>200</u>	<u>52</u>	<u>1 702</u>	<u>78,11%</u>	<u>44</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Gers</u>	<u>Clinique d'Embats</u>	<u>Clinique psychiatrique groupe VP Santé</u>	<u>86 km 1h15</u>	<u>68</u>	<u>20</u>	<u>397</u>	<u>82,10%</u>	<u>12</u>	<u>HL</u>	<u>non</u>

RAPPORT IGAS N°2024-072R

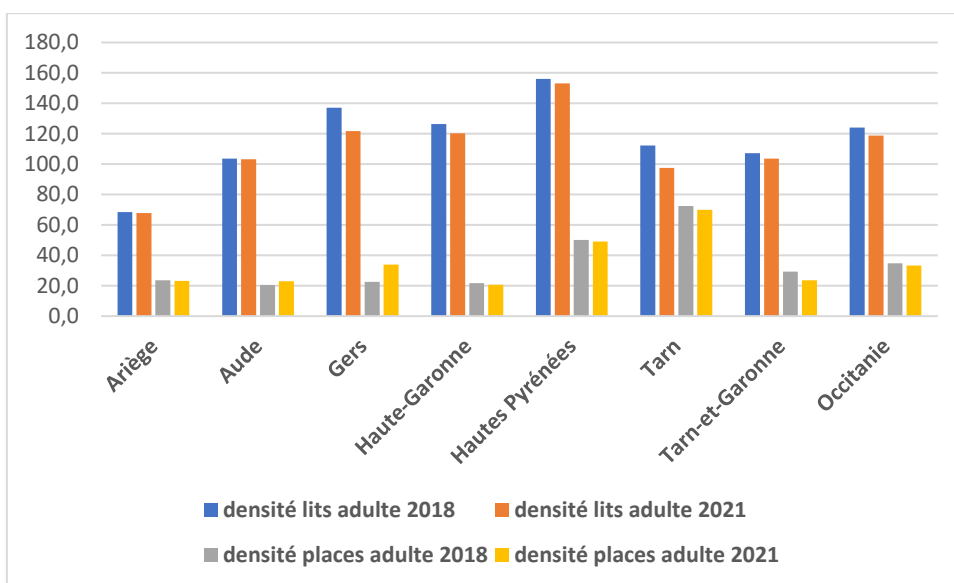
<u>Gers</u>	<u>CH Gers (Auch)</u>	<u>CHS départemental</u>	<u>80 km 1h15</u>	<u>117</u>	<u>35</u>	979	<u>87,94%</u>	<u>14</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Hautes-Pyrénées</u>	<u>Clinique république (Séméac)</u>	<u>Clinique psychiatrique indépendante (Groupe familial)</u>	<u>154 km 1h40</u>	<u>49</u>	<u>12</u>	335	<u>79,23%</u>	<u>10</u>	<u>HL</u>	<u>non</u>
<u>Hautes-Pyrénées</u>	<u>Clinique de Pietà (Barbazan)</u>	<u>Clinique psychiatrique groupe Médica France</u>	<u>114 km 1h20</u>	<u>43</u>	<u>0</u>	381	<u>89,05%</u>	<u>5</u>	<u>HL</u>	<u>non</u>
<u>Hautes-Pyrénées</u>	<u>Hôpitaux de Lannemezan</u>	<u>CHG</u>	<u>125 km 1h25</u>	<u>201</u>	<u>84</u>	1 954	<u>81,46%</u>	<u>37</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Tarn</u>	<u>CH Lavour</u>	<u>CHG</u>	<u>84 km 1h00</u>	<u>110</u>	<u>81</u>	1 050	<u>78,00%</u>	<u>24</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Tarn</u>	<u>Fondation bon sauveur d'Alby (Albi)</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>84 km 1h00</u>	<u>194</u>	<u>102</u>	1 352	<u>82,04%</u>	<u>35</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>oui</u>
<u>Tarn-et-Garonne</u>	<u>CH Montauban</u>	<u>CHG</u>	<u>54 km 50 mn</u>	<u>182</u>	<u>47</u>	1 030	<u>87,96%</u>	<u>22</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Tarn-et-Garonne</u>	<u>Fondation John Bost pavillon Lou Camin (Montauban)</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>54 km 50 mn</u>	<u>30</u>	<u>3</u>	129	<u>100,00%</u>	<u>0</u>	<u>HL</u>	<u>non</u>
-	<u>Total</u>	-	-	<u>1 417</u>	<u>486</u>	<u>11 121</u>	-	<u>235</u>	-	-

Source : SAE 2022, traitement mission ; \* établissement non enregistré dans la SAE

[121] Les densités de lits et places en psychiatrie adulte sont très différentes d'un département à l'autre, allant en 2021 de 67,9 lits pour 100 000 habitants en Ariège à 153 (pour 100 000 habitants) en Hautes-Pyrénées. Leur évolution entre 2018 et 2021 connaît une baisse générale dans tous les départements, jusqu'à - 13 % dans le Tarn, et en moyenne de - 4,3 % dans la région Occitanie.

[122] Pour la densité de places et leur évolution entre 2018 et 2021, la tendance est la même, à l'exception de l'Aude (+ 12%) et du Gers (+50%), mais sur des densités relativement faibles.

Graphique 12 : Densités de lits et places en psychiatrie adulte, Haute-Garonne et départements limitrophes, 2018-2021



Source : ORSM Occitanie / CartoPsy consulté le 11 octobre 2024, traitement mission

Tableau 12 : Densités de lits et places en psychiatrie adulte, Haute-Garonne et départements limitrophes, et évolution 2018-2021

Département	Densité lits adulte		Δ % lits	Densité places adulte		Δ % places
	2018	2021	2018 / 2021	2018	2021	2018 / 2021
Ariège	68,5	67,9	- 0,9%	23,6	23,2	- 1,7%
Aude	103,7	103,2	- 0,5%	20,5	23,0	12,2%
Gers	137,0	121,7	- 11,2%	22,6	34,0	50,4%
Haute-Garonne	126,4	120,3	- 4,8%	21,8	20,6	- 5,5%
Hautes Pyrénées	156,0	153,0	- 1,9%	50,1	49,1	- 2,0%
Tarn	112,2	97,6	- 13,0%	72,5	70,0	- 3,4%
Tarn-et-Garonne	107,2	103,7	- 3,3%	29,2	23,6	- 19,2%
<b>Occitanie</b>	<b>124,0</b>	<b>118,7</b>	<b>- 4,3%</b>	<b>34,7</b>	<b>33,2</b>	<b>- 4,3%</b>

Source : ORSM Occitanie / CartoPsy consulté le 11 octobre 2024, traitement mission

[123] Les densités de lits en psychiatrie adulte dans les départements limitrophes à la Haute-Garonne, n’offrent donc que peu de possibilité de recours. Le seul département dont la densité est la plus élevée, les Hautes-Pyrénées, assure déjà la prestation de secteur psychiatrique sur la partie sud du département de la Haute-Garonne (Arrondissement de Saint-Gaudens).

### 3.2 L'insuffisance d'offre d'hospitalisation pour des patients en soins sans consentement conduit régulièrement à une saturation des services d'urgences du CHU de Toulouse

[124] Quatre établissements, trois publics et un privé, assurent la prise en charge de patients dans les cadres réglementaires hors hospitalisation libre mais seuls les établissements publics assurent les prises en charge sur décision du représentant de l'État (SDRE) ou la prise en charge de personnes pénalement irresponsables.

Tableau 13 : Prise en charge de patients par établissement selon les cadres réglementaires en hospitalisation libre et en Soins sans consentement 2023

	Soins libres 2023	SDRE 2019	SDRE 2023	Δ% annuel SDRE 2019-2023	Personnes pénalement irresponsables	SPDT 2019	SPDT 2023	Δ% annuel SPDT 2019-2023	Péril imminent (2023)
CLINIQUE DE BEAUPUY	1 126	-	-	-	-	268	346	+ 5,8%	28
CH GERARD MARCHANT	1 428	328	211	- 7,1%	65	465	394	- 3,1%	59
CHU TOULOUSE	5 727	8	13	+ 12,5%	5	165	161	- 0,5%	16
CH LAVAUUR	6 499	16	26	+ 12,5%	0	114	97	- 3,0%	28

Source : SAE 2023 / traitement mission ; SDRE : soins sur décision du représentant de l'État ; SPDT : soins sur demande d'un tiers

[125] La HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques sur les soins sans consentement<sup>22</sup>. Elle rappelle que le recours aux soins sans consentement en psychiatrie peut être indiqué lorsque la conscience des troubles ou la reconnaissance du besoin de soins sont altérées. Les soins psychiatriques dispensés au patient sous une autre forme que l'hospitalisation complète qui peuvent, en pratique, associer, en plus d'un suivi ambulatoire, diverses mesures d'accompagnement extrahospitalier, n'ont pas fait l'objet d'analyses par la mission. Seuls sont abordés dans ce rapport les soins sans consentement pour des patients en hospitalisation complète.

<sup>22</sup> Programme de soins psychiatriques sans consentement. Mise en œuvre, Guide de recommandations de bonnes pratiques, mars 2021

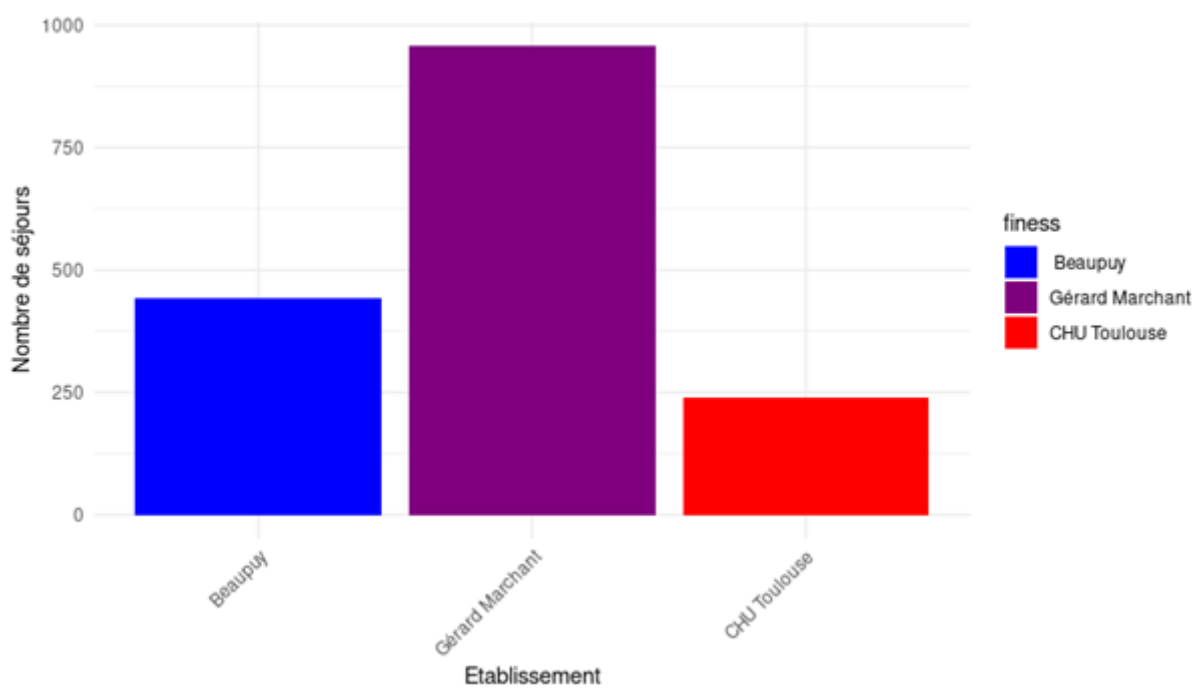
### 3.2.1 Le CHGM joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients de Haute-Garonne hospitalisés en soins sans consentement

[126] Le volet 1 du rapport sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne souligne les difficultés pour trouver des lits permettant l’hospitalisation de patients en soins sans consentement qui attendent dans les services d’urgence parfois plusieurs jours.

[127] Les modes d’hospitalisation (soins libres vs sous contrainte) sont en rapport avec les pathologies prises en charge. Globalement 85% des patients sont hospitalisés (en hospitalisation complète) en soins libres pour 15 % en soins sans consentement mais l’attente parfois nécessaire pour trouver une place à ces patients orientés vers les urgences désorganise les prises en charge et l’UHCD fermée se trouve vite embolisée avec des durées de séjours montrant qu’elle finit par jouer un rôle de service d’hospitalisation à temps complet.

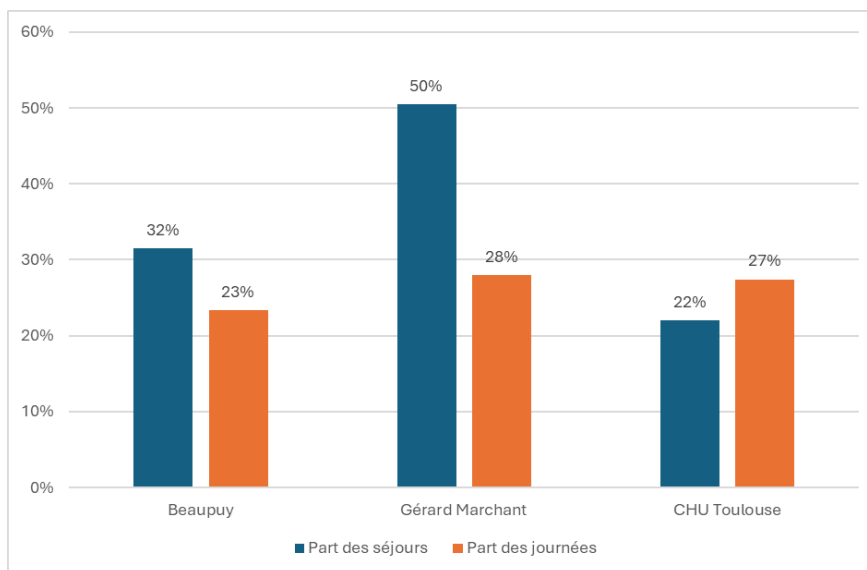
[128] Les proportions sont très différentes entre types d’établissements : au CHGM, 67,7 % des patients sont en soins sans consentement, pour 30,9% au CHU et seulement 3,6% dans la seule clinique privée autorisée pour ce mode d’hospitalisation.

Tableau 14 : Répartition des hospitalisations en soins sans consentement, séjours 2023



Source : ATIH / RIM-Psy ; traitement pôle DATA IGAS

Graphique 13 : Part des séjours en soins sans consentement, journées et séjours, 2023



Source : ATIH / RIM-Psy ; traitement pôle DATA IGAS

### 3.2.2 La clinique Beauputy est le seul établissement privé de Haute-Garonne à prendre des patients en SSC mais elle ne dispose que d’une chambre d’isolement

[129] LA HAS dans les recommandations de bonnes pratiques précitées souligne que seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés

[130] La clinique Beauputy a ouvert 10 lits supplémentaires depuis mars 2024 et devraient ouvrir 10 autres lits supplémentaires. Cela nécessite une adaptation concernant le nombre de chambres d’isolement.

**Recommandation n°2** Accompagner la clinique Beauputy dans son projet d’ouverture de lits de soins sans consentement, en veillant à ce que ses conditions de fonctionnement permettent de prendre en charge la diversité des patients relevant de soins sans consentement.

### 3.2.3 Le CHGM prend presque la totalité des patients hospitalisés sur décision d’un représentant de l’État et rencontre des difficultés à les faire sortir

[131] La note ARS du 26 novembre 2024 précise qu’entre 2022 et 2023, les mesures de SDRE ont progressé globalement de 11 % en Occitanie et que les départements du Tarn, de la **Haute-Garonne** et du Gard ont la plus forte augmentation avec respectivement + 82,5 %, **+32,8 %** et +30,3 %<sup>23</sup>.

<sup>23</sup> Note ARS à l’IGAS sur les Soins sans consentement, 19 juin 2024

[132] Parmi les patients hospitalisés sans consentement, 64 % le sont à la demande d'un tiers (SPDT), 18 % sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE), et 10% pour avoir été jugés pénalement irresponsables. Le CHGM prend très majoritairement en charge ce type de patients.

[133] Pour la Haute-Garonne, à date, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, 134 nouvelles mesures sont intervenues, regroupant les mesures d'admission directes préfet (75), les mesures sur arrêté provisoire d'un maire (22), irresponsabilités pénales (5) et détenus (32). Pendant la même période, seules 121 mesures ont été levées, portant le nombre de patients avec mesure en cours à 190, dont 118 depuis plus d'un an.

Tableau 15 : Répartition des patients selon la modalité de prise en charge en soin 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
Jugés pénalement irresponsables	20	0	0	0	20
Pour péril imminent	12	3	3	0	18
Autre statut ou non précisé	4	1	4	0	9
Total	151	30	40	5	226

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

[134] L'ARS dans la note précitée souligne que le recours quasi systématique aux demandes de 2<sup>ème</sup> avis au moment de la levée d'une mesure mobilise du temps de psychiatre supplémentaire et bloque les places parfois pendant plusieurs jours. Elle constate que dans l'Hérault, ces demandes de 2<sup>ème</sup> avis ne sont formulées qu'au cas par cas.

[135] La question de l'évaluation de la dangerosité des patients pèse lourdement sur les décisions de levée de mesure prononcées par le préfet.

**Recommandation n°3** Procéder à une évaluation des situations et de la dangerosité des patients admis dans le cadre de l'ASDRE, au CHGM comme au CHU, pour élaborer, dans le respect du secret médical, une base de discussion avec les autorités préfectorales afin d'adapter les indications d'admission ainsi que les conditions de levée de ces mesures.

[136] Le nombre de lits de SSC doit évoluer régulièrement au cours des prochaines années et être à même de prendre en charge de façon inconditionnelle les patients en SPDT, ce qui suppose de disposer d'une proportion de chambre d'isolement compatible avec cet objectif.

[137] En outre, l'évolution des mesures de SDRE nécessite une augmentation des capacités d'accueil en SDRE en Haute-Garonne, le CHGM et le CHU étant les seuls établissements à les accueillir.

[138] La clinique Beaupuy possède déjà une expérience dans ce domaine mais il est souhaitable qu'elle puisse prendre les patients en SSC, au minimum ceux en SPDT quelle que soit leur situation clinique.

[139] Compte tenu du rôle majeur du CHGM, il serait souhaitable qu'il puisse augmenter sa capacité en lits pour les patients en SSC et ce quelle qu'en soit la modalité, SDRE en particulier.

### 3.2.4 Les psychiatres soulignent que leur charge administrative liée aux patients en soins sans consentement, en particulier lors des gardes, pèse fortement sur leur temps disponible auprès des patients

[140] Les entretiens menés aux urgences du CHU ont montré que les psychiatres, en particulier pendant les gardes où la charge de travail peut être particulièrement lourde, consacraient un temps important à des démarches administratives en particulier pour des patients relevant de soins sans consentement, pesant fortement sur leur temps disponible auprès des patients.

[141] En outre, les modes de communications entre les urgences du CHU et d'une part le bureau des entrées (délais de transmission pouvant dépasser 12 heures), et d'autre part le CHGM qui travaille encore par un système de fax et d'intermédiaires papier entre bureau des entrées et les différentes unités) doivent être simplifiés et si possible numérisés.

[142] Ces constats sont d'autant plus importants à prendre en compte que le nombre de patients en soins sans consentement va en augmentant.

[143] Il apparaît indispensable de simplifier et faciliter les démarches tant pour les soignants que pour les patients eux-mêmes en incitant à une analyse entre professionnels concernés, des mesures visant à satisfaire cet objectif.

**Recommandation n°4** Simplifier et faciliter les démarches concernant les patients en soins sans consentement, en renforçant la formation des acteurs médicaux et non soignants impliqués dans la gestion des procédures administratives de façon à préserver au maximum le temps médical et fluidifier le parcours des patients.

### 3.3 Les patients en situation de crise nécessitent des hospitalisations parfois de courte durée, mais adaptées et indispensables pour éviter une dégradation de leur état

[144] Le projet territorial de santé mentale laisse une large place à la prévention et prise en charge des situations de crise, avec notamment l'ouverture de consultations réactives dans les cliniques privées du 31 et dans les CPTS expérimentatrices, la réalisation de consultations réactives par le renforcement des CMP de secteur. Le dispositif de régulation psychiatrique au SAMU 31 (DIRPS), mis en place depuis juillet 2019, permet qu'un infirmier accompagne la régulation pour les appels concernant la psychiatrie, en lien avec le médecin régulateur.



[145] Le premier bilan du DIRPS montre l'intérêt de renforcer ce dispositif pour éviter le recours systématique aux urgences. Les conditions de ce renforcement (horaires, effectifs) doivent être envisagées dans le cadre du projet global d'amélioration de la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne

[146] L'ouverture des lits de post urgence dans le service d'urgence du CHU avec filiarisation des urgences psychiatriques doit permettre d'améliorer le parcours de ces patients qui se présentent en situation de crise aux urgences.

[147] **Ces points faisaient l'objets de recommandations dans le volet 1 du rapport et sont en cours de mise en œuvre.**

[148] L'ouverture de 4 lits de crise à la clinique de Montberon est également un atout. Elle ne répond pas à la question des soins sans consentement mais à celle de la fluidification de la filière des patients admis aux urgences en situation de crise qui nécessitent une hospitalisation libre mais dont l'état suppose, pour une prise en charge adaptée et sécurisée, des moyens en personnels différents des unités d'hospitalisation classiques.

[149] L'objectif d'ouverture de 2 lits supplémentaires devrait permettre de fluidifier encore l'aval des urgences.

**Recommandation n°5** Poursuivre l'ouverture de lits de crise à la clinique de Montberon pour atteindre une capacité de 6 lits.

### 3.4 Les besoins liés à l'évolution des capacités des centres pénitentiaires doivent être anticipés

[150] Les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002. Elles ont pour objectif de permettre l'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux, au sein d'un établissement de santé<sup>24</sup>. Ces unités accueillent des personnes détenues des deux sexes, mineures et majeures souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation avec ou sans consentement. Il peut s'agir de personnes détenues en maisons centrales, en centres de détention, ou en centres de semi-liberté. Les UHSA sont des unités de soins en continu, sous garde pénitentiaire externe, mais dont le soin est le cœur d'activité.

[151] La région Occitanie ne compte actuellement qu'une seule UHSA, de 40 places, installée au CHGM.

[152] L'absence d'adaptation de l'offre risque de peser sur l'UHSA du CHGM.

[153] Au 1<sup>er</sup> janvier 2024, la situation des différentes structures de détention en Occitanie est la suivante : 6337 personnes (hommes, femmes et mineurs), sont détenues dans 4676 places, soit un

---

<sup>24</sup> Article L. 3214-1 du code de la santé publique.

surnombre estimé entre 1661 et 1811 personnes (compte-tenu d'une valeur d'occupation manquante).

Tableau 16 : Occupation des structures de détention d'Occitanie, 2024

Département	Ville	Type d'établissement	Source	Nombre de places	Nombre de détenus	Surnombre	Taux d'occupation
Ariège	Foix	Maison d'arrêt (MA)	OIP	65	135	70	207,69%
Aude	Carcassonne	Maison d'arrêt	OIP	64	136	72	212,50%
Aveyron	Rodez	Maison d'arrêt	OIP	99	178	79	179,80%
Gard	Nîmes	Maison d'arrêt	OIP	200	430	230	215,00%
Haute-Garonne	Muret	Centre de détention (CD)	OIP	620	591	-29	95,30%
Haute-Garonne	Toulouse-Seysse	Maison d'arrêt	OIP	679	1120	441	164,95%
Hérault	Béziers	Centre pénitentiaire (MA/CD)	OIP	829	1115	286	134,50%
Hérault	Montpellier	Structure d'accompagnement vers la sortie	APIJ	150	NC	NC	NC
Hérault	Villeneuve-lès-Maguelone	Centre pénitentiaire (MA/EPM)	OIP	784	1066	282	135,97%
Lozère	Mende	Maison d'arrêt	OIP	49	71	22	144,90%
Hautes-Pyrénées	Lannemezan	Centre pénitentiaire (MC/CD)	CGLPL	140	142	2	101,43%
Hautes-Pyrénées	Tarbes	Maison d'arrêt	CGLPL	70	130	60	185,71%
Pyrénées Orientales	Perpignan	Centre pénitentiaire (MA/CD)	OIP	519	714	195	137,57%
Tarn	Albi	Maison d'arrêt	OIP	105	179	74	170,48%
Tarn	Lavaur	Établissement pénitentiaire pour mineurs	OIP	62	44	-18	70,97%
Tarn	Saint-Sulpice-la-Pointe	Centre de détention	CGLPL	99	66	-33	66,67%
Tarn-et-Garonne	Montauban	Maison d'arrêt	OIP	142	220	78	154,93%
<b>Totaux</b>				<b>4676</b>	<b>6337</b>	<b>1661 - 1811</b>	

Source : Observatoire international des prisons – section française (OIP) 2024, Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) / traitement mission

[154] Deux nouvelles maisons d'arrêt devraient ouvrir en Occitanie dans un proche avenir : à Muret (31), d'une capacité de 615 places (mise en service initialement prévue en 2024) et à Nîmes-Sud-Général (30) d'une capacité de 700 places et qui devrait ouvrir en 2027. Ces deux établissements ont vocation à absorber une partie de la surpopulation carcérale de la région, mais d'après les estimations actuelles n'y suffiront pas (1315 places pour une surpopulation actuelle d'environ 1740 détenus).

[155] Au plan épidémiologique, les pathologies des détenus prises en charge en UHSA sont généralement des pathologies sévères, avec des durées moyennes de séjour plus longues qu'en psychiatrie générale pour le même diagnostic.

Tableau 17 : Prévalence de troubles psychiatriques à l'admission en UHSA et durées moyennes de séjour (en jours)

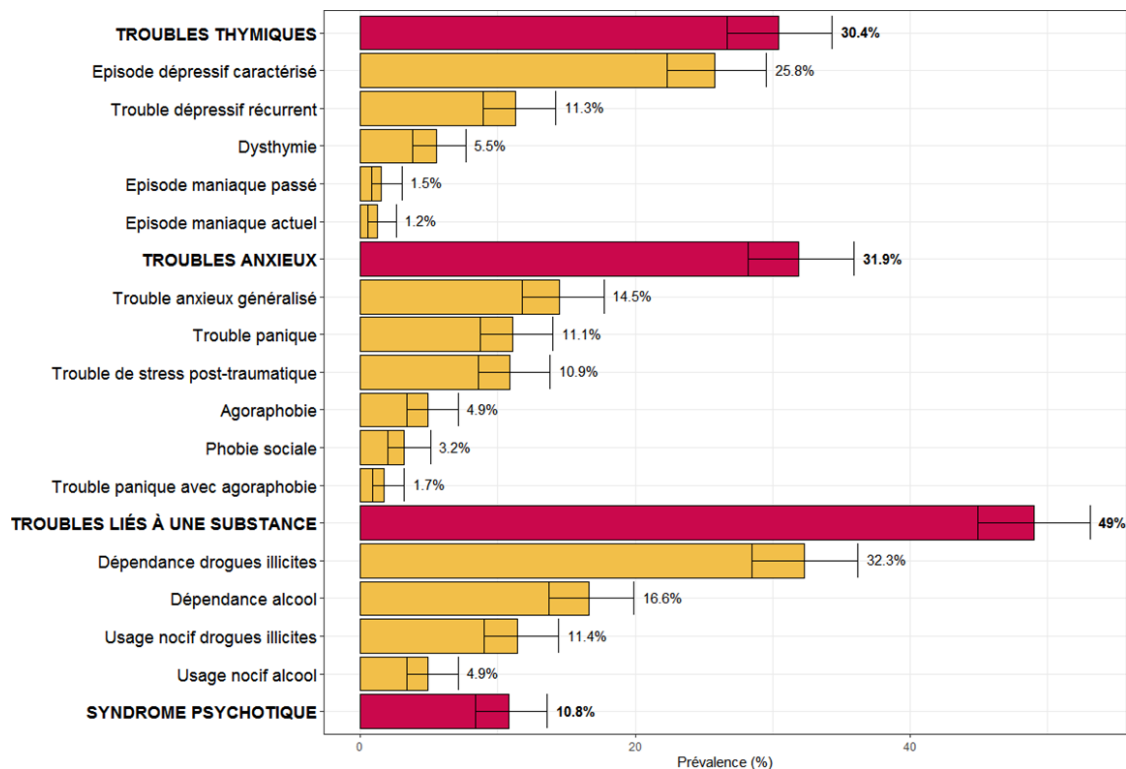
Diagnostic	Prévalence à l'admission en UHSA	Durée moyenne de séjour	
		En UHSA	En population générale
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	38%	39	29
Troubles de la personnalité	21%	29	27
Troubles de l'humeur (dépression, bipolarité...)	16%	29	23,5
Troubles névrotiques	13%	23,5	21,6
Troubles mentaux et du comportement liés à des substances psychoactives	5%		
Autres	7%		

Source : *Rapport d'évaluation des unités hospitalière spécialement aménagées (UHSA) pour le personnes détenues, IGJ N°061-18 & IGAS N°2018\_072R, décembre 2018, Annexe 4, page 26.*

[156] Par ailleurs, le rapport « La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale »<sup>25</sup> indique que la santé mentale de la population carcérale apparaît altérée par rapport à la population générale. Il précise qu'un « travail mené dans les maisons d'arrêt du Nord et du Pas-de-Calais a ainsi pu montrer que, toutes choses égales par ailleurs, les troubles psychiatriques sont en moyenne trois fois plus fréquents à l'entrée en détention, par rapport à la population générale. Les conduites addictives sont également fréquentes en milieu pénitentiaire : troubles de l'usage d'alcool (un détenu sur quatre à l'entrée en détention) et usage de drogues illicites (30 % des hommes et plus de 50 % des femmes incarcérées). Les pathologies duales sont courantes. De plus, la surmortalité des personnes récemment libérées de prison est documentée (multipliée par 3,6 par rapport à la population générale dans les cinq ans suivant la sortie de prison (par overdose, maladies cardiovasculaires, homicide et suicide) ».

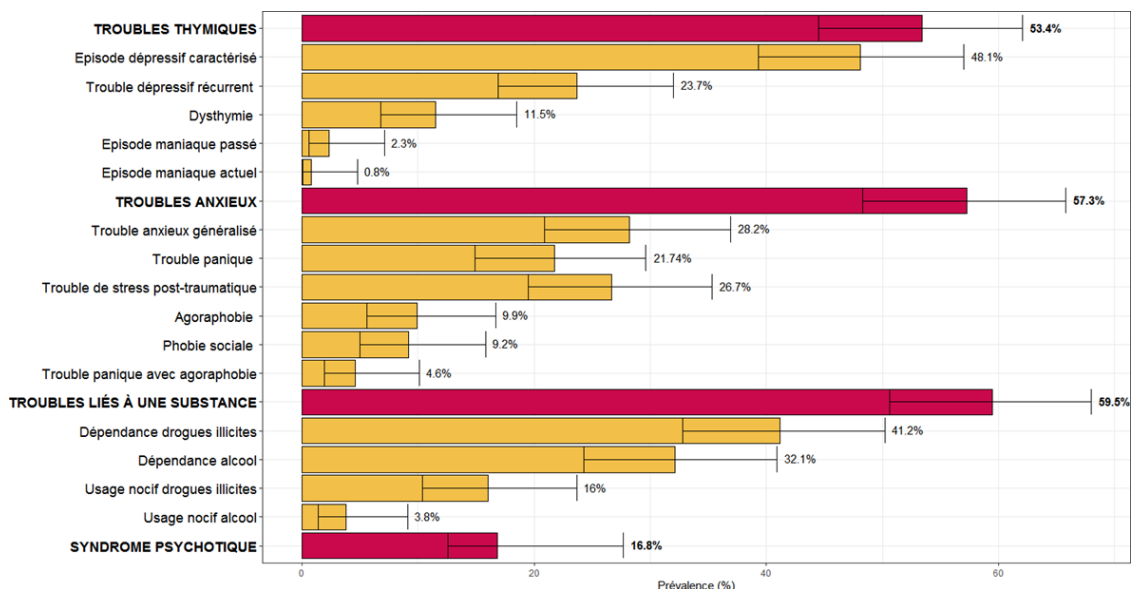
<sup>25</sup> T. Fovet, C. Lancelevée, M. Wathelet, O. El Qaoubii, P. Thomas, F2RSM Psy fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, décembre 2022

Graphique 14 : Prévalence des troubles de santé mentale et addictions en détention, hommes



Source : Rapport « La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale », P.29 ; échantillon aléatoire de 586 hommes détenus en maisons d'arrêt, France métropolitaine

Graphique 15 : Prévalence des troubles de santé mentale et addictions en détention, femmes



Source : Rapport « La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale », P.49 ; échantillon aléatoire de 131 femmes détenues en maisons d'arrêt, France métropolitaine

[157] Ce travail identifie aussi un risque suicidaire chez 28 % des hommes et 60 % des femmes ayant répondu à l'enquête, ce risque s'étant concrétisé pendant la détention pour 10 % d'entre eux.

[158] De plus, dans cette population, 74 % des hommes et 86 % des femmes ont déjà été exposés à au moins un traumatisme dans l'enfance, qui peuvent avoir été sévères (31 % chez les hommes, et 67% chez les femmes) : négligence émotionnelle, négligence physique, abus émotionnels, physiques et sexuels.

[159] Ces données épidémiologiques relevées auprès de détenus avant leur libération de maison d'arrêt (en non hospitalisés en UHSA) soulèvent donc plusieurs problématiques de santé publique.

[160] Cette possibilité de voir le nombre de détenus s'accroître dans la région Occitanie, nécessite, comme le recommandait déjà le rapport conjoint de l'Inspection générale de la justice et de l'IGAS en 2018<sup>26</sup>, une augmentation de capacité de l'UHSA de Toulouse de 20 lits. Il discutait de plus plusieurs alternatives portant sur la création d'une seconde UHSA dans l'aire de Montpellier et indiquait, en 2017, « le nombre actuel de personnes écrouées sur le ressort de l'UHSA de Toulouse, rapporté au nombre de lits est de 145 détenus par lit. Ce ratio déjà élevé, ajouté au taux d'occupation de 96% de l'unité et aux 1900 places prévues par le plan pénitentiaire, justifient d'ores et déjà, la création de nouveaux lits d'hospitalisation accessibles aux détenus de la Direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) ».

[161] Ces différents éléments indiquent que la création de deux nouvelles maisons d'arrêt en Occitanie dont une en Haute-Garonne et donc du nombre prévisible de patients psychiatriques nécessitent d'une part l'augmentation de capacité de l'UHSA de Toulouse, mais également de prévoir une adaptation de capacité de suivi psychiatrique ultérieur pour ces anciens détenus à risques de décompensations psychiatriques, comme le fait l'équipe mobile transitionnelle (EMoT) du CHGM.

**Recommandation n°6** Étudier l'augmentation de capacité de l'UHSA du CGHM de 20 places, et la création d'une seconde UHSA dans l'Hérault, pour prendre en compte le contexte de création de deux nouvelles maisons d'arrêt en Occitanie.

### 3.5 Les obstacles à la prise en charge les patients en situation de précarité par les acteurs ne peuvent se limiter à la résolution des problèmes de solvabilisation

[162] La solvabilisation des patients présentant une couverture sociale insuffisante, en les aidant à accéder à la complémentaire santé solidaire, afin par exemple de leur permettre d'être hospitalisés en chambre seule s'ils le souhaitent sans reste à charge constitue une étape importante.

---

<sup>26</sup> V. Delbos, A. Danel, S. Durand-Mouysset, J. Emmanuelli, F. Schechter, « évaluation des unités hospitalière spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues », IGJ N°061-18 & IGAS N°2018\_072R, décembre 2018

**Recommandation n°7** Assurer en amont des hospitalisations, dans le service de post-urgence, une présence suffisante d'assistantes sociales pour permettre aux patients qui le nécessitent d'accéder à une couverture sociale complémentaire.

[163] La Haute autorité de santé (HAS) a publié en novembre 2023 une recommandation sur l'intervention auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques<sup>27</sup>. Le marqueur de la grande précarité était le logement. Étaient englobées les personnes adultes ne disposant pas de logement personnel, qu'elles soient sans-abri, hébergées dans des établissements et dispositifs d'hébergement sociaux, ou chez des tiers et également celles en difficulté dans leur logement et risquant de le perdre. La question des troubles psychiques était appréhendée ici de façon large, recouvrant à la fois les troubles psychiques caractérisés et les manifestations de souffrance psychique. Les auteurs notent que les personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ont des besoins sociaux et de santé complexes, avec intrication de vulnérabilités multiples et profondes (précarité sociale, problèmes de santé somatique, situation administrative, problèmes de santé mentale, souffrance psychique, addictions...). Ils soulignent également que certaines situations individuelles peuvent être particulièrement dégradées, appelant des mesures d'urgence et qu'elles ont parfois des comportements (agitation, violences...) pouvant mettre en tension des institutions déjà saturées de demandes.

[164] Ces recommandations ne s'adressent pas seulement aux professionnels de santé. Pour l'accès aux soins psychologiques et psychiatrique, il est notamment recommandé : « *de proposer sur chaque territoire de santé une organisation des parcours en santé mentale prenant en compte les spécificités des personnes sans chez soi* ». Le rôle des secteurs de psychiatrie et des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) est également souligné.

[165] Compte tenu de l'ensemble des vulnérabilités qui peuvent affecter ces patients et les grandes difficultés de retour à domicile notamment en l'absence de logement, il apparaît plus efficace que le secteur public renforce ses interfaces avec des établissements médico-sociaux et s'organise pour les prendre en charge. Le dispositif innovant « Un chez soi d'abord<sup>28</sup> » développé dans le cadre d'un Groupement de coopération social et médico-social dont le CHGM et est l'un des membres fondateurs va dans ce sens. Il est décrit en annexe 4 qui présente les initiatives réalisées dans ce domaine de fluidification des parcours des patients entre les champs sanitaire, médico-social et social.

<sup>27</sup> Grande précarité et troubles psychique. Intervenir auprès des personnes en grande précarité présentant des troubles psychiques, Recommander les bonnes pratiques, 30 novembre 2023, HAS

<sup>28</sup> Le dispositif « Un chez soi d'abord » est la transposition française du projet « *Housing First* », initié à New York dans les années 1990. Le dispositif permet aux personnes sans abri les plus fragiles, qui souffrent de troubles psychiques et cumulent les plus grandes difficultés, d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être ainsi accompagnées vers la réinsertion. En France, ce type de dispositif a été lancé par les ministères en charge de la santé et du logement en 2011, à Marseille, Lille, Toulouse et Paris. Il est le précurseur du plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme, dit plan Logement d'abord.

### 3.6 Les patients doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale adaptée à leur état clinique sur le plan psychiatrique et somatique

[166] Parmi les difficultés rencontrées en aval des urgences psychiatriques pour trouver un lit d'hospitalisation figurait la nécessité d'une prise en charge somatique. Dans certains cas, le besoin d'un accès à des soins somatiques, avec un plateau technique adapté, peut expliquer que seuls certains établissements, bénéficiant d'une autorisation d'activité d'urgence comme c'est le cas par exemple pour la clinique des Cèdres ou le CHU de Toulouse seront à même de recevoir ces patients. Cela limite effectivement les possibilités d'accueil en filière d'aval.

[167] Dans d'autres situations, les hospitalisations d'aval pourraient être facilitées, par exemple, en fournissant le traitement pour un patient arrivant tardivement. Pour les établissements privés qui ont parmi leurs effectifs un médecin généraliste qui peut intervenir, soit en tant que salarié de l'établissement, soit dans le cadre d'une convention, l'horaire d'arrivée peut rendre impossible l'examen clinique à l'arrivée du patient dans l'établissement.

[168] Le volet 1 du rapport notait que pour les établissements privés, compte tenu du régime spécifique de fourniture des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation, qui est généralement confié à une officine par voie de convention, l'heure tardive d'arrivée risque de priver le patient des traitements nécessaires à la prise en charge de ses comorbidités.

[169] C'est la recherche de solutions pragmatiques à des difficultés récurrentes qui doit permettre une fluidification des parcours. Ce qui précède ne signifie pas que dans certaines situations, les établissements n'aient pas à s'adapter en modifiant leur organisation habituelle pour aider à hospitaliser un patient. Cela suppose, de part et d'autre, une compréhension des modes respectifs de fonctionnement.

**Recommandation n°8** Mettre en place des procédures pragmatiques en particulier concernant les transports, la fourniture de médicaments, l'adaptation des orientations au plateau technique de l'établissement receveur, afin de fluidifier les parcours en tenant de la réalité de fonctionnement des établissements et de l'impact sur leurs organisations.

### 3.7 Une attention particulière doit être apportée pour aider le CHGM à résoudre les situations complexes de patients dont la durée de séjour est particulièrement importante

[170] Définie par une durée d'hospitalisation de plus de 292 jours dans l'année, en continu ou non, l'hospitalisation en longue durée ne concerne au total que 12 % des patients, avec une répartition, là encore due aux pathologies prises en charge : 39 % des patients du CHGM, pour 7 % seulement des patients de cliniques.

[171] Certaines de ces situations ont été décrites précédemment. En effet, les prises en charge complexes regroupent les patients présentant des comorbidités ou des situations administratives

rendant les séjours hospitaliers longs et mobilisant plus de ressources humaines que pour les autres patients. Elles sont représentées par les patients en précarité sociale, présentant des comorbidités somatiques, d'addictions aux drogues, en particulier, des troubles de la personnalité, du spectre autistique ou du développement avec troubles du comportement justifiant souvent des indications de mise en chambre d'isolement. Ces patients représentent au total 37 % des patients, avec une proportion variée selon les types d'établissement, d'un tiers des patients des établissements privés à 69 % des patients du CHGM<sup>29</sup>.

[172] L'enquête de l'ORSM retrouvait, tous établissements confondus une durée moyenne de séjour de 44 jours, avec une large variation : les durées d'hospitalisation observées variaient de 0 à 976 jours, avec une durée médiane de trois semaines.

[173] Dans 92 % des cas, les patients sortants étaient orientés vers leur lieu de vie, pour 8 % qui étaient transférés au sein du même établissement (7%) ou d'un autre établissement psychiatrique (1%).

Tableau 18 : Durée d'hospitalisation des patients sortants pendant la semaine d'enquête

	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 %

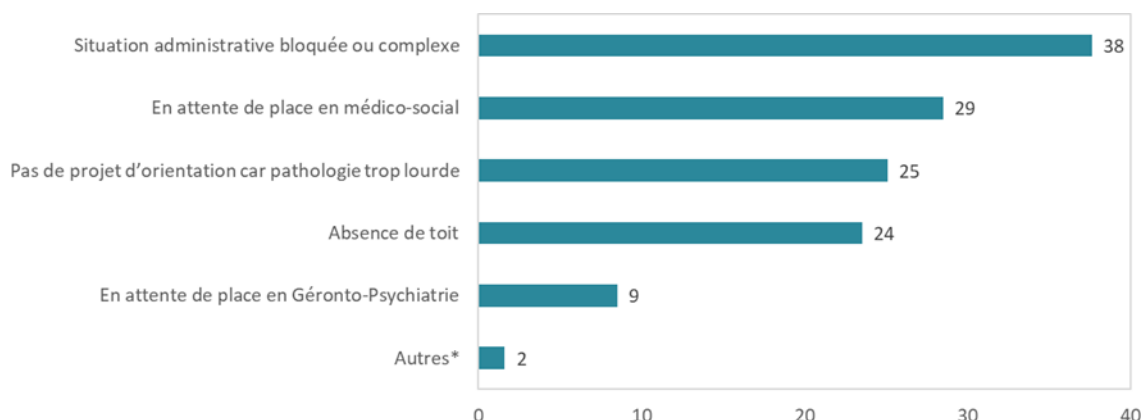
Source : *Établissements Haute-Garonne, ORSM Occitanie Enquête du 10 au 16 janvier 2022 – Exploitation : ORSM Occitanie*

[174] Cette même enquête mettait en évidence que 22 % des patients (soit 319) présentaient des freins à la sortie : 120 situations administratives bloquées ou complexes, 91 attentes de place en secteur médico-social, 80 pathologies trop lourdes pour permettre un projet d'orientation, et 75 absences de toit (plusieurs situations possibles).

<sup>29</sup> Source : PPSY, étude des parcours de soins des patients adultes au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne, rapport final, avril 2022, Observatoire régional Santé Mentale Occitanie, p.32



Graphique 16 : Freins à la sortie identifiés (plusieurs possibles) pour les patients hospitalisés pendant la semaine de l'enquête



\*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

### 3.8 Le rapport définitif de la Chambre régionale des comptes d'Occitanie de 2024 met en lumière des difficultés de gestion

[175] Les observations définitives de la Chambre régionale des comptes (CRC) d'Occitanie en date du 24 mai 2024 portent sur les exercices 2018 et jusqu'en 2022 en exécution.

[176] Elle fait le constat « d'un atypisme du secteur psychiatrique qui pèse sur le parcours de soins », relevant notamment des durées de séjours recouvrant des réalités disparates, longues et laissant peu de lits disponibles pour les nouvelles entrées.

[177] Elle note aussi une offre ambulatoire des CMP de l'établissement inadaptée et recommande d'en renforcer l'efficacité.

[178] Elle observe que le projet d'établissement (article L.6143-2 du code de la santé publique) actuel du CHGM couvre la période 2020-2024. Elle pointe le risque, en l'absence de démarche engagée pour préparer le prochain projet d'établissement pour les années suivantes, déjà rencontré entre 2018 et 2020, d'absence de document stratégique de référence.

[179] Elle relève une collaboration avec le CHU qui devrait se développer. Membre du GHT dont le CHU de Toulouse est l'établissement support, les deux établissements ont mutualisé uniquement les fonctions supports obligatoires (formation, achat et système d'information). Une mutualisation plus poussée (l'activité de pharmacie est citée en exemple) pourrait certainement contribuer directement à réduire les charges d'exploitation et faciliter le retour à l'équilibre financier.

[180] La CRC considère que le temps de travail commun entre le CHGM et le CHU concernant l'harmonisation des pratiques médicales, et recommande la mise en place d'une fédération médicale interhospitalière de psychiatrie.

[181] Par ailleurs, le codage de l'activité de psychiatrie (RIM-P) du CHGM pourrait être plus précis et le codage des pathologies somatiques devrait être réalisé. Le dossier médical devrait contenir l'orientation des patients en aval d'une hospitalisation.

[182] La sécurisation du site concernant l'ensemble de l'établissement doit être engagée, et la traçabilité des sorties sans autorisation doivent faire l'objet d'EI, recensé dans le bilan annuel qualité et gestion des risques de l'hôpital.

[183] Enfin, la chambre précise que la situation financière du CHGM reste très fragile compte tenu notamment de l'accroissement des charges de personnel, et d'une capacité d'autofinancement (CAF) nette négative depuis 2019, bien que la CAF non structurelle soit meilleure car alimentée par la réserve historique dégagée lors de l'indemnisation des conséquences de la catastrophe AZF en 2001.

[184] L'activité du CHGM depuis 2018 a connu une baisse régulière, tant sur le nombre d'entrées que sur le nombre de journées, ainsi que sur le taux d'occupation, alors que les charges de personnel ont augmenté en raison d'une croissance des effectifs médicaux et non médicaux, et des mesures de revalorisation salariales mises en place dans le cadre du Ségur.

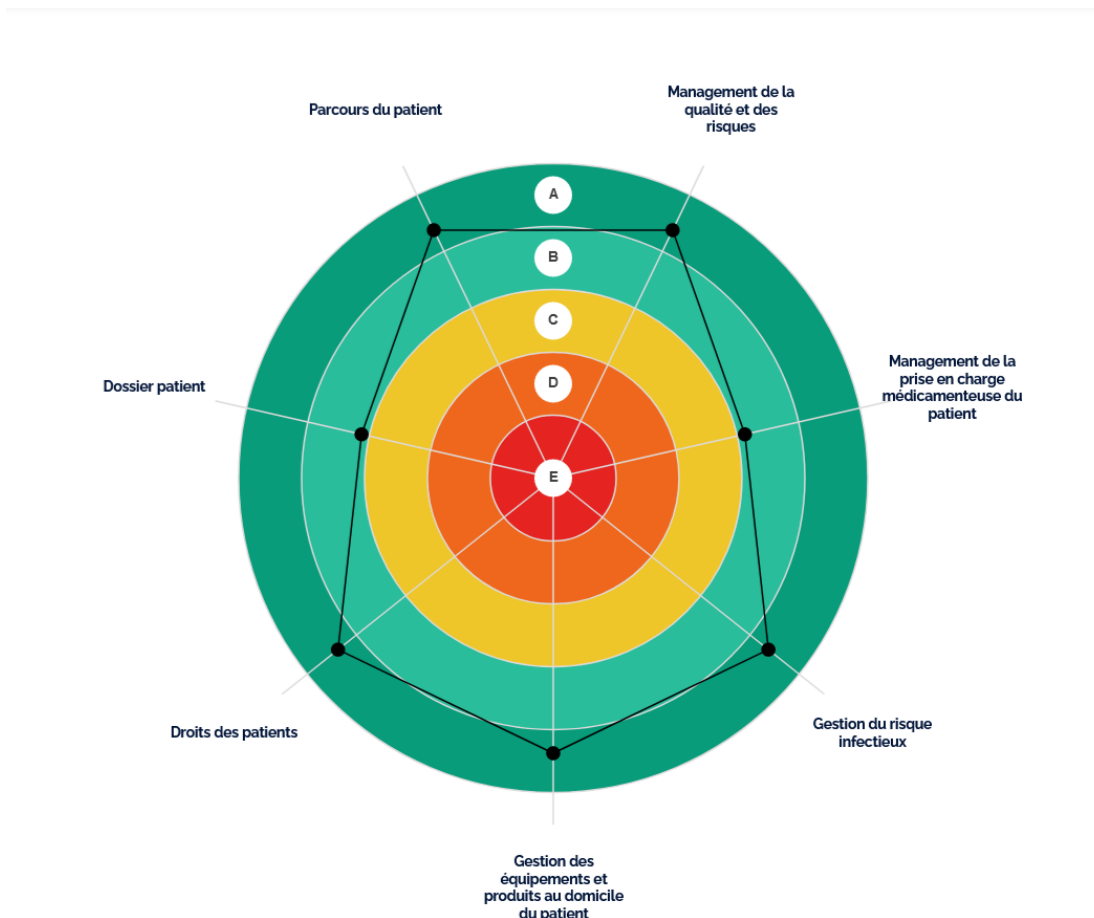
[185] Par ailleurs, la CRC note en 2022 une masse salariale de contractuels de 20% de la rémunération des personnels médicaux, et de 16% pour les personnels non médicaux. Elle constate cette même année une forte progression du volume des indemnités pour heures supplémentaires des PNM titulaires.

### 3.9 La certification du CHGM constitue un enjeu majeur

[186] Le CHGM avait été précédemment évalué sous la version V2014 de certification, qui appréciait principalement le système de pilotage de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans son secteur d'activité, ainsi que les résultats obtenus en matière de niveau de qualité et de sécurité sur des critères essentiels, « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

[187] La HAS avait décidé en juin 2018, de certifier le CHGM en niveau B, c'est-à-dire, une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration sur les thématiques investiguées en visite que résume le graphique ci-dessous.

Graphique 17 : Radar global des niveaux de certification selon les sept axes prioritaires



Source : [https://www.has-sante.fr/jcms/915\\_FicheEtablissement/fr/ch-gerard-marchant-toulouse](https://www.has-sante.fr/jcms/915_FicheEtablissement/fr/ch-gerard-marchant-toulouse)

[188] Une nouvelle visite de certification a eu lieu en 2024 sur la base de la V 2020. La HAS a pris une décision de non-certification ce qu'elle a confirmé à la mission.

[189] Toutes les unités de l'établissement ont été prises en compte, ainsi que les structures avancées, comme les CMP par exemple.

[190] Le rapport définitif indique que le score global de satisfaction aux attendus du référentiel est de 89.34%. Toutefois, existent des insuffisances sur les résultats des critères avancés, qui sont les suivantes :

Critères	Résultats des critères avancés	Score
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	33%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	43%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%

Source : *Rapport détaillé de certification du Centre hospitalier spécialisé Gérard Marchant, HAS, novembre 2024*

[191] L'établissement dispose d'un délai maximal de 24 mois avant la prochaine visite de certification, pour corriger ces insuffisances.

## 4 Améliorer l'aval des urgences suppose un renforcement de l'offre publique et une organisation adaptée des établissements privés

[192] Le « Pacte de refondation de l'organisation des soins psychiatriques en Haute-Garonne » s'attache notamment à structurer et renforcer le fonctionnement des urgences psychiatriques situées au CHU sur le site de Purpan dans une logique de parcours, avec en particulier, une modification de la configurations des locaux du service des urgences avec un redimensionnement de l'accueil pour les urgences concernant des malades de psychiatrie, une unité d'hospitalisation de courte durée fermée portée de 9 lits à 12 lits, une unité de crise et de post-urgence qui sera portée à 15 lits (8 lits ouverts à date), l'ensemble de ces locaux étant désormais contigus. Il s'agissait d'une recommandation majeure du volet 1 du rapport IGAS. D'autres points concernent une structuration de l'amont et de l'aval des urgences dont certains recourent les préconisations de la mission. Néanmoins, certaines recommandations du volet 1 du rapport IGAS n'ont toujours pas été mises en œuvre ce qui explique qu'elles soient à nouveau formulées.

### 4.1 Le nécessaire rapprochement des deux établissements publics

[193] L'offre de psychiatrie publique en Haute-Garonne se caractérise par un nombre de lits représentant seulement 25% de l'offre totale, et par une organisation actuelle qui n'a pas développé de coopérations stratégiques public/public.

[194] Si la récente crise liée aux événements indésirables graves du début 2024 a obligé les différents établissements publics et privés à se mettre autour de la table notamment pour désengorger l'aval des urgences du CHU, il n'existe pas de tradition de collaboration authentique quant à l'organisation de l'offre de soins dans le public.

[195] Des lits (20 environ) sont fermés au CHGM depuis le printemps 2024 faute de pouvoir des postes médicaux. Ils font cruellement défaut à l'aval de la filière.

[196] Le poste de directeur du CH Gérard Marchant n'est pas pourvu depuis une année et fonctionne avec un intérim d'un directeur-adjoint du CHU qui assure par ailleurs la direction de l'Oncopole. Les qualités de cet intérim ne sont pas en cause mais il est difficile de conduire un établissement et un collectif de cette taille à temps partiel, particulièrement sur une filière majeure dans l'offre de soins du territoire.

[197] Il est essentiel de mettre en place un pilotage commun de l'offre de soins de la filière publique avec des objectifs de synergie quant à l'attractivité des personnels, leurs conditions de travail, le développement des compétences, l'évolution de la durée moyenne de séjour en fonction des prises en charge et donc l'harmonisation des pratiques, un travail commun sur l'aval

des urgences mais aussi l'aval des hospitalisations avec un chantier sur les liens et le développement indispensable de l'accès au médico-social.

[198] Pour mettre en place et atteindre ces nombreux objectifs qui concourent tous à une qualité de prise en charge du patient, la mission recommande une direction commune entre le CH Gérard Marchant et le CHU.

#### 4.1.1 La mise en place d'une direction commune entre le CH Gérard Marchant et le CHU de Toulouse permettrait une forte synergie entre les deux établissements

[199] Une direction commune est une forme de coopération entre deux établissements, de santé par exemple, qui souhaitent engager une coopération active sur leur territoire, notamment pour développer ou optimiser l'organisation de leur offre de soins.

[200] Elle se traduit par une convention de direction commune (cf. Annexe 2 : Exemple de convention de direction commune) approuvée par les conseils de surveillance de chaque établissement, et faisant l'objet d'une approbation par l'ARS.

[201] Une direction commune n'est pas une fusion. Chaque établissement conserve sa personnalité morale autonome, ses instances (CSE, CME, Commission des soins infirmiers et médico-technique, Commission des usagers ...) et son budget propre. Juridiquement le directeur de l'un des deux sites devient le directeur de la direction commune. Sur l'autre site, un directeur délégué exerce la direction du site avec une équipe de direction en proximité.

[202] L'objectif d'une direction commune, à travers notamment un projet médical partagé, est d'organiser des filières de soins territorialisées dans une approche orientée patients. Elle a vocation à faciliter les prises de décision, partager des outils (informatique, achats, logistique...) et des compétences.

[203] La mission recommande, compte tenu de la taille du CHGM et des nombreux projets à poursuivre ou à mettre en œuvre, de maintenir une équipe de direction locale assurant la proximité de la gestion pour les équipes : c'est un élément managérial clé de réussite du projet.

[204] Elle recommande aussi que l'objectif de direction commune fasse l'objet d'un appui spécifique en termes de moyens : le CHU de Toulouse pourrait bénéficier d'un deuxième poste de DGA dédié sur ce domaine pour superviser non seulement la mise en place d'une direction commune mais aussi en garantir le positionnement à un niveau politique dans la gouvernance du CHU.

Le CHGM pourrait bénéficier d'un poste de directeur-adjoint en charge notamment de la mise en place de la direction commune.

[205] La concomitance d'une direction commune et de l'universitarisation du CHGM, apporterait, du point de vue de la mission, une cohérence en impulsant une dynamique de territoire même si les deux projets ne se situent pas dans le même tempo.

**Recommandation n°9** Mettre en place une direction commune entre le Centre Hospitalier Gérard Marchant et le CHU assurée par un deuxième DGA du CHU

#### 4.1.2 Le maintien de deux directions distinctes avec une convention de partenariat axé sur un projet médico-soignant partagé apporterait une solution moins complète aux limites actuelles

[206] D'autres formes de coopérations entre deux établissements hospitaliers publics peuvent être envisagées (hors le cadre du GHT) : la convention de coopération (article L.6134-1 du CSP), et la Fédération Médicale Inter hospitalière (FMIH), la première pouvant définir la mise en place d'une ou plusieurs FMIH.

[207] La convention est une forme simple reposant sur le libre accord des parties qui définissent les objectifs de la coopération, ses conditions de mise en œuvre, les résultats attendus. Elle prévoit une gouvernance de la collaboration chargée du suivi et/ou de sa mise en œuvre.

[208] Elle ne dispose pas de la personnalité morale, et peut atteindre rapidement ses limites quant aux possibilités offertes aux acteurs. Elle ne dispose pas de budget, de personnels ou de patrimoine.

[209] Les différents objectifs stratégiques d'une convention de coopération peuvent prévoir la mise en place de plusieurs FMIH.

[210] La FMIH (art. L.6135-1 du CSP) est un rapprochement d'activités médicales entre deux ou plusieurs centres hospitaliers qui, par décision conjointe de leurs directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité social de chacun des établissements concernés, peuvent décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées.

[211] Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif.

[212] Dans la situation du CHGM et du CHU, une convention de coopération pluriannuelle sur 5 à 7 années, pourrait définir un travail conjoint d'une part sur la filière de la psychiatrie adulte, d'autre part sur la pédopsychiatrie et les adolescents, faisant l'objet pour chacune des filières d'une ou plusieurs FMIH.

[213] Chaque FMIH devrait définir ensemble (le CHGM et le CHU) un projet médico-soignant partagé identifiant les principaux freins et les principales solutions à mettre en œuvre, avec la gouvernance des deux établissements, et en associant l'ARS. Parmi les sujets à traiter on peut citer l'harmonisation des pratiques communes médicales et soignantes, des formations communes, des postes médicaux à temps partagés ...

[214] Les rencontres entre équipes sont en soi un mode de management visant à construire une culture commune permettant de développer sur un périmètre plus large des projets communs. Une politique commune de qualité des soins et de gestion des risques est un axe important qui renvoie aux situations concrètes de travail pour les équipes.

#### 4.1.3 Le rapprochement du public doit permettre de définir des priorités d'action et de moyens parmi les nombreux dispositifs de prise en charge

[215] Quelles que soient les modalités de rapprochement des deux établissements publics, des priorités d'actions communes sont à définir et à mettre en œuvre très concrètement avec un pilotage conjoint.

##### 4.1.3.1 Une participation non optionnelle à la prise des gardes en psychiatrie dans les deux établissements

[216] La mise en œuvre de la recommandation formulée dans le volet 1 sur la prise de gardes obligatoires pour le CHU mais aussi le CHGM constitue un enjeu majeur. La fréquence de ces gardes resterait raisonnable (de l'ordre d'une par mois), permettrait de faire face aux pics d'activité et d'améliorer les conditions de travail des psychiatres pendant leurs gardes, en termes notamment de nombre de patients à prendre en charge. La mission réitère cette recommandation. Elle s'accompagne d'autres mesures qui figureraient dans les recommandations du volet 1 visant à les rendre plus attractives d'abord par leurs conditions de travail qui constitue un motif majeur de réticence et également en améliorant les conditions de rémunération, en restant dans le cadre prévu par les textes.

**Recommandation n°10** Pérenniser le doublement des gardes de psychiatrie en week-end tel qu'il a été mis en place à la suite des EIG et doubler les gardes de psychiatrie chaque jour de semaine pendant la période de 18h30 à minuit, en faisant appel à l'ensemble des psychiatres du CHU et du CHGM.

##### 4.1.3.2 Une priorité donnée au recrutement et notamment dans les CMP

[217] La diversité des dispositifs existant sur le territoire traduit le désir d'investissement des acteurs dans la santé mentale. Il est malgré tout important à ce stade de renforcer le recrutement médical et paramédical dans les CMP.

[218] Les processus de recrutement en psychiatrie des deux établissements gagneraient à se rapprocher, voire à être mutualisés, dans l'objectif d'être unifiés (conditions de recrutement où figure systématiquement la participation à la PDES par exemple, ...), et de développer une attractivité conjointe et non concurrente, avec une politique de communication conjointe.

#### 4.1.3.3 La fluidité de l'aval des patients en prise en charge sociale ou médico-sociale est du point de vue de la mission un autre axe prioritaire.

[219] L'association des structures médico-sociales et sociales est indispensable pour d'une part identifier les mesures concrètes permettant de fluidifier à iso périmètre les parcours, et d'autre part proposer à l'ARS les mesures qui permettraient de débloquer significativement et structurellement cette filière d'aval.

[220] Le premier bénéfice attendu mesurable est l'admission de plus de patients en hospitalisation et en attente de sortie après 200 à 250 jours d'hospitalisation. L'objectif serait de trouver une solution d'aval après une durée moyenne de séjour standard.

[221] L'une des populations concernées est les personnes âgées en attente de place en EHPAD. Des places d'EHPAD pourraient être « dédiées » à cette population, et une organisation des modalités définie : formation des personnels à la prise en charge de cette population, temps dédié d'un psychiatre à définir et faisant l'objet d'une contractualisation entre l'EHPAD et les structures publiques de psychiatrie, supervision de la mise en place de cette filière par une IPA intervenant au titre des structures psychiatriques publiques.

#### 4.2 La mission confirme que l'amélioration de la filière d'aval des urgences repose fortement sur le CHU et le CHGM

[222] Dans le volet 1, la mission préconisait de mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM.

[223] Elle considère en effet, compte tenu des missions des établissements et de leur organisation et des effectifs que la question d'une structuration de la filière en « offre inconditionnelle » leur appartient en premier lieu, en lien avec l'ARS. Les établissements privés ont également un rôle à jouer et de façon non optionnelle compte tenu de leur place sur le territoire mais le CHU et le CHGM doivent mettre en place une organisation pragmatique. La mission n'est pas favorable à la création d'un GCS et réitère sa recommandation.

**Recommandation n°11** Mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM



### 4.3 La poursuite de la collaboration étroite avec le secteur privé est à renforcer et pérenniser.

#### 4.3.1 La cellule de régulation des patients en aval des urgences mise en place à l'issue de la crise de février 2024 doit se professionnaliser

[224] Une cellule de régulation régionale a été installée au CHU, sous l'autorité du DG du CHU. Elle était composée initialement d'un membre de l'Observatoire régional des urgences (ORU) d'Occitanie, d'un 1 bed manager du CHU, d'un bed manager du CHGM et d'un bed manager pour les établissements privés. Au départ, un temps de psychiatre privé et un temps de psychiatre public ont été mobilisés de 11h et à 14h pour traiter les dossiers complexes et faciliter le lien médical sur les orientations. Puis, cette participation du privé au sein même de la cellule de régulation territoriale, qui était prévue pour faciliter la démarche mais n'avait pas vocation à perdurer, a cessé. La cellule a vocation de trouver un lit d'hospitalisation pour tous les malades reçus aux urgences psychiatriques du CHU et nécessitant une hospitalisation.

**[225] Ce sont les médecins des établissements receveurs qui, en fonction des profils présentés auront à se prononcer sur une décision d'admission. Pour éviter de les solliciter pour des patients pour lesquels ils prendront du temps pour étudier le dossier et donner un accord, la mission recommande comme c'est l'usage dans d'autres domaines de n'envoyer une demande d'admission qu'à un établissement potentiellement receveur à la fois.**

[226] Un bilan journalier est envoyé à l'ARS et aux acteurs concernés.

[227] La mission n'a pas souhaité refaire d'analyse détaillée mais les entretiens réalisés montrent que des difficultés persistent et que le recrutement et la stabilisation d'un personnel adapté reste un objectif à atteindre. La cellule d'orientation des patients en aval des urgences mise en place à l'issue de la crise de 2024 est, en effet, un élément structurant. Mais cette cellule doit se professionnaliser. Les personnels de cette cellule devraient être fidélisés. Ils devraient être aussi formés et avoir une connaissance de toutes les structures collaborant à l'aval en allant les visiter. Cette collaboration entre public et privé doit être incarnée au plus près des équipes en nouant des liens d'abord pour se connaître, ensuite pour que la confiance s'installe.

[228] Cette démarche est un élément structurant de la qualité de prise en charge des patients.

[229] L'ARS d'Occitanie a effectué un parangonnage concernant la cellule territoriale de régulation auprès du Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences (eCERVEAU) d'Île-de-France. Il convient de souligner l'intérêt d'outils informatiques opérationnels disponibles et interopérables dans la mesure du possible pour permettre d'améliorer la régulation. Ces outils consistent d'une part en une cartographie en temps réel des lits disponibles. Ce système a été développé par l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées en lien avec le Répertoire Opérationnel des Ressources – ROR ce qui suppose qu'il soit régulièrement mis à jour pour la psychiatrie. D'autre part, il faudrait un accès au minimum à la synthèse médicale issue des

systèmes Cortexte<sup>®30</sup> pour les patients passés par le CHGM et Orbis<sup>®31</sup> pour les patients notamment passés par le CHU de Toulouse.

[230] Dans le système « eCERVEAU », un assistant de régulation médicale identifie une place disponible pour un patient donné, puis le psychiatre en recherche de place dialogue avec le psychiatre receveur potentiel, afin de confirmer l'indication et de préparer qualitativement l'accueil du patient.

[231] La mission partage l'intérêt de développer des démarches de ce type. Pouvoir disposer d'un outil de type « Via trajectoire » en psychiatrie qui permette de disposer d'une vision de l'ensemble des lits disponibles en psychiatrie constitue certainement un atout. Néanmoins, il importe de procéder sans attendre la disponibilité effective de l'ensemble de ces outils à une amélioration structurelle et organisationnelle de la cellule territoriale de régulation.

[232] En outre, un échange parfois approfondi entre professionnels de santé pourra rester nécessaire pour les cas complexes.

[233] **La cellule de régulation territoriale des urgences psychiatriques du CHU doit développer des partenariats opérationnels avec les établissements privés, passant notamment par des échanges réguliers, ainsi qu'une médicalisation des informations sur les patients en attente d'hospitalisation.** C'est pourquoi la mission réitère la recommandation formulée dans le volume 1 du rapport sur la situation de la psychiatrie en Haute- Garonne en la précisant.

**Recommandation n°12** Professionnaliser le fonctionnement de la cellule de régulation territoriale, améliorer les processus d'échanges (connaissance des établissements et des interlocuteurs) et médicaliser les échanges avec les établissements receveurs

[234] Une fois trouvé un lieu d'hospitalisation pour le patient admis aux urgences, la question du transport demeure. Elle a même un impact d'une certaine manière rétroactif sur le fonctionnement de la cellule de régulation et peut créer des tensions entre acteurs quand, par exemple, un patient pour lequel la clinique a donné un accord d'admission à 10h n'est toujours pas arrivé à 18h pour des questions de transport sanitaire. Le transport sanitaire doit être adapté pour permettre de ne pas retarder le départ du patient vers son lieu d'admission, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

[235] Le volet 1 de ce rapport insistait sur l'importance d'une organisation de ces transports depuis les urgences du CHU, des délais trop longs étant préjudiciables en premier lieu pour les patients. La mission réitère la recommandation qui figurait dans le rapport précédent.

**Recommandation n°13** Permettre les transferts de patients dans un délai maximal de 4 heures à compter de la déclaration de la disponibilité de la place dans la structure d'accueil, en dédiant des transports aux urgences psychiatriques.

---

<sup>30</sup> Logiciel de dossier patient en psychiatrie commercial initialement développé et en fonctionnement au CHGM

<sup>31</sup> Logiciel de dossier patient informatisé commercial

#### 4.3.2 Un « tour de rôle » assuré par des établissements volontaires pourrait contribuer à fluidifier l'aval des urgences

[236] Le fait de garder des lits libres chaque jour pour fluidifier l'aval des urgences peut s'avérer problématique si ces lits restent vides alors que des hospitalisations programmées ont dû être repoussées, ce d'autant qu'un taux d'occupation plus faible va peser sur le financement de l'établissement.

[237] Le risque est également de faire passer les patients par les urgences pour faciliter leur admission.

[238] En Île-de-France, l'ARS a mis en place un système de rotation des cliniques psychiatriques volontaires pour assurer à tour de rôle des « gardes » le week-end consistant non pas à assurer une permanence des soins mais à garder 4 lits (chiffre qui serait à déterminer dans le cas d'espèce) pour fluidifier la filière d'aval. L'établissement de santé privé volontaire, réserverait dans ce but un certain nombre de lits pour accueillir des patients en besoin d'hospitalisation libre dans les suites de leur passage aux urgences psychiatriques. Ce week-end de « tour de rôle » reviendrait alors environ tous les deux mois.

[239] Une autre organisation, à déterminer par les parties prenantes, consisterait à assurer ce « tout de rôle » en affectant, chaque week-end, une journée à une clinique (donc à deux cliniques par week-end), pour lisser la charge de travail en astreinte.

[240] Ce dispositif éviterait de mettre sous tension tous les établissements privés de psychiatrie de Haute-Garonne et en particulier les psychiatres qui y exercent.

[241] La mission souligne que l'exercice des psychiatres dans les établissements privés autorisés en psychiatrie est soumis à des obligations différentes de celles qui pèsent sur les psychiatres exerçant uniquement en cabinet de ville. Il est par ailleurs différent de l'exercice des psychiatres en secteur hospitalier. Le propos n'est pas ici d'établir une quelconque hiérarchie mais de souligner l'importance d'apporter une attention particulière aux risques d'évolution de mode d'exercice.

[242] Par ailleurs, afin de réduire les clivages qui peuvent exister, souvent liés à une connaissance imparfaite de la filière dans son ensemble, il pourrait être proposé que des vacances inter-établissements puissent être effectuées, sur la base du volontariat.

## 5 L'offre ambulatoire pour adulte témoigne d'une vraie capacité d'innovation mais ne peut suffire si l'offre de prise en charge pour les patients nécessitant une surveillance accrue et une densité de soins en psychiatrie élevée est trop sous-dimensionnée pour répondre aux besoins

[243] L'offre de soins ambulatoires se caractérise par une densité élevée de psychiatres exerçant en cabinet de ville, les trois quarts étant de plus en secteur 1, et à l'inverse une densité de structures ambulatoires hospitalières (CMP et CATTP), insuffisante en densité (moins de la moitié de la densité France entière), s'accompagnant de délais de prise en charge beaucoup trop longs, en particulier en pédopsychiatrie, laissant des patients psychiatriques sans prise en charge ou bien pouvant s'aggraver et devant alors se tourner vers l'offre hospitalière, avec un passage quasi-inéluctable par les urgences psychiatriques du CHU Purpan.

### 5.1 Une offre de psychiatrie libérale existe mais pourrait être davantage mobilisée pour renforcer la souplesse de l'amont

[244] L'offre de soins ambulatoires se caractérise par une densité élevée de psychiatres exerçant en cabinet de ville, les trois quarts étant de plus en secteur 1. L'Assurance maladie<sup>32</sup> recense en Haute-Garonne 244 psychiatres libéraux, dont 184 en secteur 1, sans dépassement d'honoraires (soit 75,4 % des praticiens), 44 avec honoraires à dépassements maîtrisés (OPTAM) (18 %) et 16 à honoraires libres ou non conventionnés (6,6 %). Quatre praticiens sont spécialisés en psychiatre de l'enfant et de l'adolescent.

[245] L'offre libérale ambulatoire semble ainsi très favorable, tant en nombre de praticiens (densité 16,4 praticiens / 100 000 habitants, pour une moyenne nationale de 9 / 100 000), qu'en accessibilité financière.

Tableau 19 : Répartition des effectifs par secteur conventionnel

	Haute-Garonne	France entière
Sans dépassement	75%	55%
Dépassement maîtrisé (OPTAM)	18%	17%
Honoraires libres	7%	28%

Source : Haute-Garonne : *ameli.fr*, 07/2024 ; France : CNAM/DSES/DEOS, *Psychiatres et neuropsychiatres libéraux 2022 ; synthèse mission*

[246] La réalité de leur mode d'exercice vient tempérer cette affirmation. Les données disponibles, notamment le nombre de psychiatres installés en cabinet libéral (au sein de cliniques ou en cabinet de ville), ne traduisent pas l'amplitude des plages horaires de consultation offertes

<sup>32</sup> Ameli.fr consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2024

aux patients ni la taille de la patientèle prise en charge. De plus, la mission n'a pas exploré la nature de la patientèle, la proportion de patients pris en charge en psychothérapie ou pour des troubles du comportement alimentaire et la capacité à intégrer dans la patientèle la prise en charge thérapeutique de nouveaux patients en demande. Le dispositif de soins partagés en psychiatrie décrit ci-dessous témoigne des partenariats réalisables entre acteurs.

## 5.2 La mise en place expérimentale d'un Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) dès 2017, renforcé par son intégration dans le cadre des expérimentations article 51 témoigne d'une réelle volonté de renforcement des coopérations entre les acteurs et de capacité d'innovation

[247] Appuyer le médecin traitant dans la prise en charge du patient qui présente un problème de santé mentale lui permet de jouer un rôle majeur pour prévenir une aggravation de ses troubles et pour assurer son suivi, dans le cas où ce suivi concerne un patient chronique qui ne pose pas trop de difficulté pour accepter son traitement et ne présente pas d'épisodes de décompensation trop rapprochés. C'est dans cette logique qu'a été expérimenté dans un premier temps, en 2016, par l'URPS et l'ARS d'Occitanie, le CHU de Toulouse, le CHGM, le « Dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) ». Il faisait écho à un des enjeux prioritaires de la HAS : « *Améliorer la coordination entre le MG et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux* ». Il visait à améliorer la collaboration entre MG et psychiatres par des échanges collaboratifs avec notamment une amélioration de la qualité des demandes des généralistes auprès du psychiatre et de la réponse du psychiatre à la demande du généraliste ainsi que l'amélioration de l'accès à une consultation avec un psychiatre pour le généraliste<sup>33</sup>.

[248] Dans le rapport d'activité de l'URPS de 2020, il était mentionné comme un dispositif apprenant avec transfert de compétences psychiatriques au médecin généraliste et modèle de « soins partagés » dans lequel le médecin généraliste reste chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée, le DSPP ayant fourni des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils thérapeutiques.

[249] Le principe de fonctionnement était précisé dans l'encadré ci-dessous.

### Principe de fonctionnement

- 1 - Une demande de consultation psychiatrique du médecin généraliste
- 2 - Consultation(s) du patient sur le DSPP Délai d'environ une dizaine de jours +/- 5j (entretien téléphonique IDE préalable) Temps d'évaluation
- 3 - Une réponse au médecin généraliste Appel téléphonique + courrier réponse Trajectoire de soin construite en fonction du partenariat souhaité par le Médecin Généraliste

<sup>33</sup> Rapport d'activité 2020, URPS Occitanie

4 - Un projet de soin personnalisé : Prise en charge assurée par le médecin généraliste avec le soutien par le DSPP – soins partagés, Ou accompagnement vers un suivi spécialisé : psychiatres libéraux, CMP, hospitalisation

Source : *Rapport d'activité URPS Occitanie 2020*

[250] Cette expérimentation a été prolongée et améliorée dans le cadre des expérimentations « articles 51 » dont la fiche signalétique figure ci-dessous.

**Tableau 20 : Fiche signalétique Art 51 DSPP Haute-Garonne**

<b>Titre de l'expérimentation</b>	<b>Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie (DSPP) en Haute-Garonne</b>	
<b>Porteur(s)</b>	Description, motivation, expertise, statut juridique URPS Occitanie (Dr Maurice BENSOUSSAN) CHU de Toulouse (Dr Sophie PREBOIS) CH G. Marchant	
<b>Partenaire(s)</b>	Si applicable	
<b>Territoire(s) concerné(s)</b>	Département de Haute-Garonne (agglomération de Toulouse dans un premier temps)	
<b>Nature du projet</b>	Départemental	
<b>Public cible</b>	Patients âgés de 15 ans et plus, se présentant chez un médecin généraliste avec des souffrances psychiques ou des troubles mentaux légers à graves. Les patients faisant déjà l'objet d'un suivi dans un dispositif spécifique (CMP...) ou en psychiatrie libérale sont exclus du dispositif. Prévisions d'inclusions : 900 demandes traitées en 2020 pour un territoire de de 550 000 habitants (1,65 ‰), dont l'extension ajoute 150 000 habitants chaque année pour atteindre 1 150 000 habitants en 2024 et 1 897 demandes traitées.	
<b>Professionnels de santé et structures impliqués</b>	Médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychiatres hospitaliers, psychologues (hospitaliers et libéraux) et établissements de santé.	
<b>Objectifs principaux</b>	Proposer au médecin généraliste une évaluation des patients âgés de 15 ans et plus présentant des souffrances psychiques ou des troubles mentaux légers à graves par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmières psychiatriques, puis la mise en place d'un suivi partagé et apprenant avec les médecins généralistes, ou l'orientation dans les meilleurs délais vers un suivi spécialisé, notamment en psychiatrie.	
<b>Objectifs opérationnels</b>	Réduire le délai pour obtenir un avis psychiatrique spécialisé Proposer à tous les patients adressés et à leur(s) médecin(s) un projet personnalisé de soins (PPS) Améliorer les coopérations entre médecins généralistes et psychiatres par la promotion d'échanges collaboratifs. Améliorer les compétences en psychiatrie des médecins généralistes pour favoriser leur autonomie dans le traitement des patients. Conventionner avec les CPTS pour structurer le recours aux soins psychiatriques.	
<b>Coût prévu de l'expérimentation</b>	FISS	3 892 278 €
<b>FIR</b>	396 000 €	
<b>Dates de début</b>	Publication arrêté 3 août 2020	La date de début correspond à la date de première inclusion.
<b>Prévision d'inclusion</b>	Première inclusion le 1er avril 2021	
<b>Durée</b>	5 ans – Fin d'expérimentation le 31 mars 2026	

Source : *Document Art 51*

[251] L'expérimentation est portée par un GCS<sup>34</sup> composé des médecins libéraux URPS Occitanie, du CHU de Toulouse pour le GHT Haute-Garonne Tarn Ouest et du CHGM. Les résultats intermédiaires de l'expérimentation en rappellent les modalités : « *L'expérimentation repose sur une équipe DSPP, composée d'infirmières, de psychiatres libéraux et salariés et de psychologues, et d'un support administratif, qui reçoit et évalue les demandes d'adressage provenant des médecins généralistes avant de les orienter vers un suivi partagé ou vers un suivi plus spécialisé. Ces demandes s'inscrivent dans un parcours patient décrit dans le macro-processus suivant, issu du cahier des charges Les résultats intermédiaires d'évaluation.* »<sup>35</sup>

[252] Ces résultats intermédiaires présentaient la constitution de l'équipe non médicale du DSPP au 1<sup>er</sup> septembre 2023 : une chargée de projet, une cadre de santé, 4 infirmières (dont une IPA), un psychologue et deux secrétaires. Les financements du GCS visent à couvrir les dépenses de fonctionnement courant, les salaires des personnels administratifs et soignants en charge de l'orientation et du diagnostic initiaux des demandes, et de la coordination avec les médecins et institutions de soins. Ils proviennent du Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) sous la forme de forfaits d'activité et de rémunérations complémentaires d'activité et du FIR sous forme de crédits d'ingénierie et d'amorçage.

[253] Ce rapport intermédiaire soulignait l'intérêt du dispositif comme le montre sa synthèse présentée dans l'encadré ci-dessous.

#### SYNTHÈSE

1. Avec 2 961 demandes reçues depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021, le DSPP Adulte a dépassé de près de 25 % ses objectifs prévisionnels d'inclusion de patients au bout de 2 ans de fonctionnement.
2. Il rencontre une forte adhésion parmi les médecins généralistes, comme en témoigne à la fois le nombre de médecins adresseurs, et le taux de satisfaction élevée exprimé dans les enquêtes auprès de ces derniers. L'intérêt et la satisfaction des psychiatres et psychologues libéraux, quoique nettement moins nombreux que les médecins généralistes à participer au dispositif, sont également très élevés.
3. Les perceptions des patients quant à l'organisation du dispositif et à son intérêt thérapeutique sont très favorables. Le nombre faible de non-présentation au 1<sup>er</sup> rendez-vous (moins de 5 %) témoigne également des attentes et de l'intérêt des patients vis-à-vis du dispositif.
4. Le sentiment d'une montée en pertinence des demandes d'adressage des médecins généralistes est sensible parmi les membres de l'équipe du DSPP. Le ressenti de ces derniers dans les enquêtes est également positif, et semble indiquer une évolution favorable vers l'objectif principal du DSPP, à savoir bâtir un dispositif apprenant au bénéfice des médecins généralistes.
5. Le dispositif s'appuie sur une dynamique d'organisation interne et de structuration des processus bien établie, qui bénéficie des compétences d'une chargée de projet d'une part, et d'un leadership clinique clair d'autre part, porté par un binôme médical libéral/praticien hospitalier qui fonctionne de façon fluide et efficace.
6. La phase de suivi psychothérapeutique du parcours, qui fait suite à l'orientation et à la consultation au sein du DSPP, fonctionne correctement, mais n'atteint pas encore les objectifs attendus.
  - a. Les consultations de psychologues, qui relèvent d'un forfait spécifique, sont moitié moins mobilisées que prévu dans le cahier des charges (12 % versus 25 %),

<sup>34</sup> Convention constitutive signée en décembre 2020

<sup>35</sup> Expérimentation DSPP, Pascal C, Rapport intermédiaire réalisé sous pilotage de la cellule d'évaluation Art 51, février 2024

b. Les compléments de rémunération pour la 1<sup>ère</sup> consultation des psychiatres libéraux sont encore moins utilisés que prévu (4 % versus 25 %, soit un écart de 84 % par rapport aux prévisions), alors que ces derniers assurent effectivement 24 % des consultations de suivi. Cette faible mobilisation soulève des interrogations sur les modalités de leur intéressement et sur la formalisation de leur implication.

7. L'offre psychiatrique libérale et hospitalière sur le territoire doit être suffisante pour répondre dans des délais raisonnables aux adresses du DSPP. Les ressources du dispositif couvrent les dépenses de fonctionnement et des salaires de la coordination du dispositif, portée par le GCS, mais les niveaux des financements des consultations des psychiatres libéraux et salariés au sein du DSPP devront être questionnés pour assurer la soutenabilité et l'attractivité à moyen terme.

[254] Le projet de pacte ARS note qu'à date de décembre 2023, sur l'agglomération de Toulouse, le DSPP comprend 800 médecins généralistes adresseurs, 32 psychiatres libéraux receveurs, 49 psychologues libéraux receveurs, 2048 patients reçus (2021/2023) avec un conventionnement déjà effectif avec 5 CPTS du pays Toulousain. Il précise que DSPP inclura en déploiement complet près de 1800 patients/an.

**Recommandation n°14** Poursuivre le déploiement du DSPP

### 5.3 L'implémentation de cabinets d'infirmiers habitués aux prises en charge en psychiatrie et renforcés par des IPA permettrait de contribuer à ce maillage de premier niveau du territoire

[255] En 2009, un cabinet libéral infirmier assurait à Toulouse la prise en charge à domicile de patients. Il était mentionné qu'il travaillait au service de patients suivi en hôpital psychiatrique, CMP, et clinique privée psychiatrique et que l'objectif des soins était le maintien à domicile et l'amélioration de la qualité de vie du patient chez lui.

[256] Depuis, le champ de compétence des infirmiers a été élargi avec la possibilité de devenir infirmier en pratique avancée (IPA) et le décret n° 2019-835 du 12 août 2019 a étendu le champ d'exercice de l'IPA dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale ». L'IPA participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin sous réserve d'exercer dans une équipe de soins. Un protocole d'organisation doit être établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée. Ce protocole précise les domaines d'intervention concernés, les modalités de prise en charge par l'IPA, les modalités et la régularité des échanges d'information entre médecin et IPA, les modalités et la régularité des réunions de concertation pluri professionnelle sur la prise en charge des patients concernés ainsi que les conditions de retour du patient vers le médecin.

[257] Les listes d'actes permettant l'exercice d'infirmier en pratique avancée, sans prescription médicale sont également définis par arrêté<sup>36</sup>.

<sup>36</sup> Arrêté du 12 août 2019 complétant l'arrêté du 18 juillet 2018



[258] L'article 3 du décret du 12 août 2019 modifie le code de la Sécurité sociale afin de permettre également la prise en charge par l'assurance maladie des consultations réalisées sur demande d'un IPA et les prescriptions et renouvellements de prescription médicale réalisés par un IPA

[259] De tels IPA peuvent s'installer également au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ce type d'installation, décrit lors des Journées de l'Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de CME de centre hospitalier (ANPCME), organisées à Paris en septembre 2024, comme à la MSP du Bignon (Loire-Atlantique), ont indiqué plusieurs soignantes impliquées dans ce dispositif que les consultations avancées d'infirmières psychiatriques ont contribué à "renforcer l'accès aux soins primaires en santé mentale"<sup>37</sup>.

[260] D'autres organisations pourraient être recherchées en prenant en compte les obstacles qui expliquent la difficulté de leur déploiement et l'importance d'une articulation entre professionnels de santé où chacun ait une place et un financement adapté.

**Recommandation n°15** Favoriser le déploiement de cabinets d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et l'articulation entre professionnels de santé.

## 6 La prise en charge aux urgences des adolescents de quinze ans et plus pour des motifs relevant de la psychiatrie est symptomatique des difficultés de cette filière

[261] Le volume 1 du rapport soulignait les difficultés de prise en charge des mineurs de plus de 15 ans aux urgences du CHU de Purpan<sup>38</sup>. La mission a tenu à aborder de façon plus large le sujet de la pédopsychiatrie car les entretiens avaient montré qu'au-delà des difficultés pour trouver des lits d'hospitalisation adaptés, des patients auraient pu retourner beaucoup plus vite à leur domicile s'ils avaient été vus le lendemain par un pédopsychiatre.

### 6.1 L'offre hospitalière en pédopsychiatrie pour la Haute-Garonne

[262] Quatre établissements de santé, dont une clinique privée, disposent de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie pour la Haute-Garonne.

Tableau 21 : Capacités d'hospitalisation et activité en pédopsychiatrie, 2019-2023

	Lits	Places	Nb séjours	Nb séjours	Δ % annuel 2019-2023	TO (2023)	Nombre moyen lits libres	Journées en HJ (2023)
			TP 2019	TP 2023				
CH LAVAUUR	13	13	713	637	-2,13%	44,40%	8	2 794
CLINIQUE MARIGNY*	13	0	285	164	-8,49%	96,04%	1	-
CH GERARD MARCHANT**	12	62	994	828	-3,34%	38,26%	8	7 282
CHU TOULOUSE**	11	60	120	96	-4,00%	97,93%	4	6 298
<i>Total</i>	49	135	2 112	1 716	-3,75%	68,62%	21	16 374

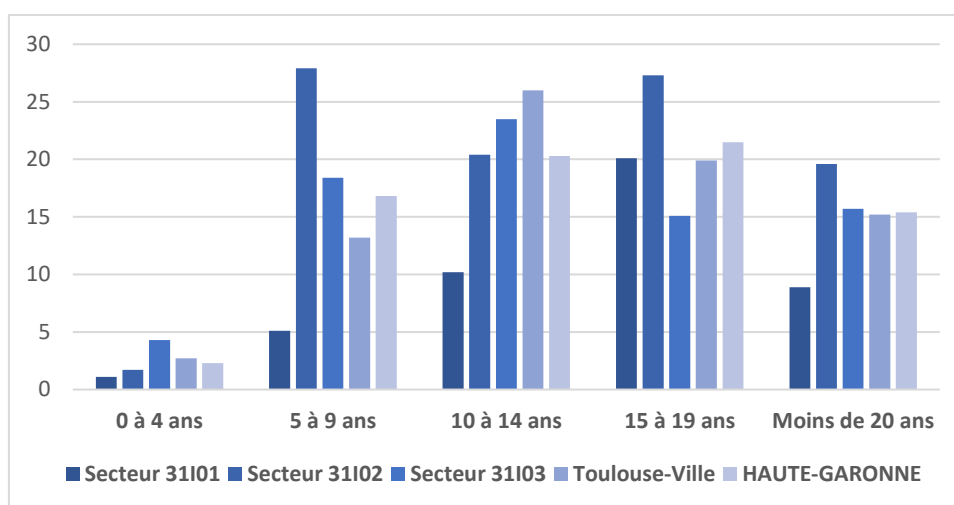
<sup>37</sup> Source : Julie RICHARD, aux journées de l'ANPCME, PARIS, 23 septembre 2024 (APMnews)

<sup>38</sup> Les enfants sont accueillis jusqu'à 15 ans sur le site de Rangueil du CHU de Toulouse

Source : SAE 2019 & 2023 / traitement mission ; TO = taux d'occupation moyen ; le nombre moyen de lits libres quotidien est calculé comme suit :  $(1 - TO) \times \text{Nombre de lits}$  ; \* (données SAE 2022) ; \*\* hors accueil en centre de crise

[263] Les principaux motifs des séjours hospitaliers sont représentés par les troubles du spectre de l'autisme (TSA) (36,0 %), les troubles du comportement et troubles émotionnels (25,7 %), les troubles de l'humeur (9,2 %), les troubles névrotiques, liés au stress ou somatoformes (8,0 %) et les schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (6,7 %)³⁹.

Graphique 18 : Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de séjours hospitaliers en psychiatrie, moins de 20 ans, 2018



Source : CREA-ORS 2020, traitement mission

## 6.2 L'offre hospitalière en pédopsychiatrie dans les départements contigus à la Haute-Garonne ne présente pas de solution de recours

[264] Sur les six départements, l'offre hospitalière propose 79 lits (en intégrant les accueils familiaux thérapeutiques) et 252 places en pédopsychiatrie, pour 1375 séjours en 2022.

[93] Elle repose sur cinq établissements de santé publics généralistes et trois CHS, dont un départemental à Auch (Gers), et deux Établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) à Limoux (Aude) et à Albi (Tarn).

[265] Tous les établissements permettent la prise en charge des patients en hospitalisation libre (HL), soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Aucun établissement privé n'accueille les mineurs.

³⁹ Source : Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP » en Haute-Garonne, CREA-ORS Occitanie, 2020

Tableau 22 : Offre de soins en pédopsychiatrie dans les départements limitrophes de la Haute-Garonne

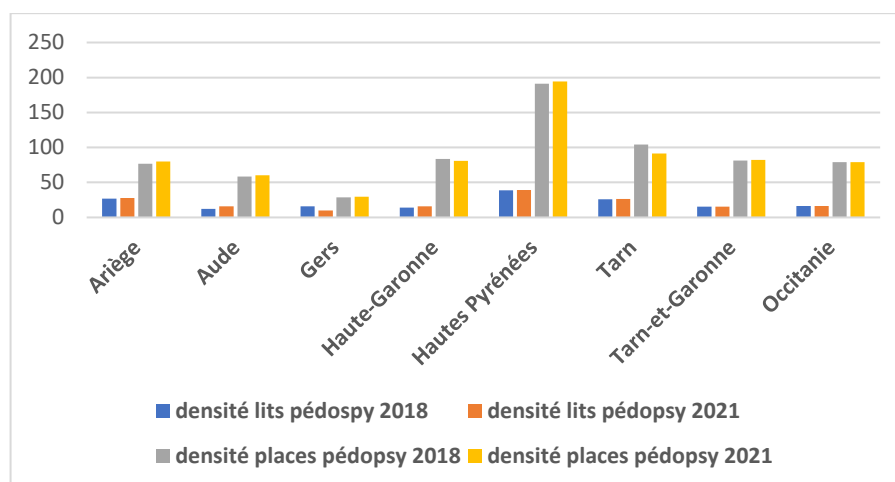
Départ <sup>t</sup>	Établissement	Statut de l'ES	Distance km/tps	Nb lits pédopsy	Nb places pédopsy	Nb séjours pédopsy 2023	Modes	urgences et crise
<u>Ariège</u>	<u>CH Ariège Couserans site Saint-Lizier</u>	<u>CHG départemental</u>	<u>102 km</u> <u>1h20</u>	<u>14</u>	<u>30</u>	<u>96</u>	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Aude</u>	<u>CH Narbonne</u>	<u>CHG</u>	<u>152 km</u> <u>1h45</u>	<u>0</u>	<u>18</u>	-	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Aude</u>	<u>CHS Limoux - USSAP</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>107 km</u> <u>1h30</u>	<u>10</u>	<u>20</u>	133	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Gers</u>	<u>CH Gers (Auch)</u>	<u>CHS départemental</u>	<u>80 km</u> <u>1h15</u>	<u>5</u>	<u>11</u>	214	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Hautes-Pyrénées</u>	<u>Hôpitaux de Lannemezan</u>	<u>CHG</u>	<u>125 km</u> <u>1h25</u>	<u>14</u>	<u>69</u>	135	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Tarn</u>	<u>CH Lavar</u>	<u>CHG</u>	<u>84 km</u> <u>1h00</u>	<u>13</u>	<u>13</u>	637	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
<u>Tarn</u>	<u>Fondation bon sauveur d'Alby (Albi)</u>	<u>CHS ESPIC</u>	<u>84 km</u> <u>1h00</u>	<u>5</u>	<u>49</u>	64	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>oui</u>
<u>Tarn-et-Garonne</u>	<u>CH Montauban</u>	<u>CHG</u>	<u>54 km</u> <u>50 mn</u>	<u>8</u>	<u>42</u>	73	<u>HL + SPDT + SPDRE</u>	<u>non</u>
-	<u>Total</u>	-	-	<u>69</u>	<u>252</u>	<u>1352</u>	-	-

Source : SAE 2022, traitement mission

[266] Les densités de lits en pédopsychiatrie sont là encore très différentes d'un département à l'autre, allant en 2021 de 9,8 lits pour 100 000 habitants de moins de 15 ans dans le Gers à 39,4 en Hautes-Pyrénées. Leur évolution entre 2018 et 2021 est en croissance modeste dans quatre départements, plus marquée en Haute-Garonne (+ 12 %) et dans l'Aude (+ 29%), alors que le Gers connaît une baisse de - 38 %. Cette densité n'a pas évolué sur la région.

[267] La densité de places connaît les mêmes différences marquées entre départements, de 29,4 places / 100 000 habitants de moins de 15 ans dans le Gers à 194,1 / 100 000 en Hautes-Pyrénées, en 2021. Leur évolution entre 2018 et 2021, est en légère augmentation pour la majorité des départements (de 0,7 % à + 4,0 %), et en baisse en Haute-Garonne (- 3,2 %) et notablement dans le Tarn (- 12,3 %). Cette densité n'a pas pratiquement pas évolué sur la région (- 0,1 %).

Graphique 19 : Graphique 9 : Densités de lits et places en pédopsychiatrie, Haute-Garonne et départements limitrophes, 2018-2021



Source : ORSM Occitanie / CartoPsy consulté le 14 octobre 2024, traitement mission

Tableau 23 : Densités de lits et places en pédopsychiatrie, Haute-Garonne et départements limitrophes, et évolution 2018-2021

Département	Densité de lits en pédopsychiatrie		Δ % lits	Densité de places en pédopsychiatrie		Δ % places
	2018	2021	2018 / 2021	2018	2021	2018 / 2021
Ariège	26,8	27,9	4,1%	76,7	79,8	4,0%
Aude	12,3	15,9	29,3%	58,4	60,3	3,3%
Gers	15,8	9,8	- 38,0%	28,5	29,4	3,2%
Haute-Garonne	14,2	16,0	12,7%	83,6	80,9	- 3,2%
Hautes Pyrénées	38,8	39,4	1,5%	191,0	194,1	1,6%
Tarn	26,0	26,5	1,9%	104,2	91,4	- 12,3%
Tarn-et-Garonne	15,5	15,6	0,6%	81,4	82,0	0,7%
<b>Occitanie</b>	<b>16,4</b>	<b>16,4</b>	<b>0,0%</b>	<b>78,9</b>	<b>78,8</b>	<b>- 0,1%</b>

Source : ORSM Occitanie / CartoPsy consulté le 14 octobre 2024, traitement mission

[268] Comme pour les ressources en psychiatrie adulte, les densités de lits en pédopsychiatrie dans les départements limitrophes à la Haute-Garonne, n'offrent que peu de possibilité de recours et éloigneraient les jeunes patients de leurs attaches familiales.

### 6.3 Une offre ambulatoire en pédopsychiatrie qui cristallise les difficultés en 2020 mais est en cours d'évolution

[269] Le tableau ci-dessous présente la densité populationnelle pour les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Tableau 1 : Populations couvertes par les différents secteurs, pédopsychiatrie, 2020

Secteurs pédopsychiatriques	Habitants de moins de 19 ans
IJO1	120 039
IJO2	103 670
IJO3	69 486

Source : ARS Occitanie – DOSA / traitement mission

[270] Le Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire Régional de la Santé (CREAI-ORS) d'Occitanie a publié un rapport en 2020 « Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP<sup>40</sup> » en Haute-Garonne, étude réalisée à la demande de l'ARS d'Occitanie.

[271] Ce document décrit les particularités démographiques de la Haute-Garonne<sup>41</sup> et l'offre de soins ambulatoire. Celle-ci est caractérisée par une faible densité de pédopsychiatres ayant déclaré cette surspécialité à titre exclusif. L'offre ambulatoire va donc reposer sur quelques pédopsychiatres et des psychiatres prenant en charge des patients de tous âges. En 2019, sur les 383 médecins spécialistes en psychiatrie en Haute-Garonne, seuls 10 sont pédopsychiatres, dont six ayant un exercice libéral ou mixte et exercent principalement à Toulouse-ville (pour huit d'entre eux). Le rapport précise que la densité de pédopsychiatres en Haute-Garonne est inférieure à celle de l'Occitanie (3,5 vs 5,4 pour 100 000 habitants de moins de 18 ans), à l'inverse de celle des psychiatres (28,4 vs 21,6 pour 100 000 habitants tous âges).

Tableau 2 : Densité de psychiatres (pour 100 000 habitants), 2019

Secteur de psychiatrie infanto-juvénile	Pédopsychiatre *			Psychiatre			Ensemble		
	Libéral	Salarié	Total	Libéral	Salarié	Total	Libéral	Salarié	Total
Secteur 31I01	1,5	0,0	1,5	8,8	2,1	10,9	9,1	2,1	11,2
Secteur 31I02	0,0	0,0	0,0	2,2	2,7	5,0	2,2	2,7	5,0
Secteur 31I03	2,4	0,0	2,4	13,0	5,4	18,4	13,5	5,4	18,9

<sup>40</sup> Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), Centres médico-psychologiques (CMP, Centres médico-psychopédagogiques (CMPP)

<sup>41</sup> Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP, rapport CREAI-ORS réalisé à la demande de l'ARS Occitanie, 2020

Toulouse-Ville	4,8	4,8	9,7	31,8	28,8	60,6	32,6	29,7	62,3
HAUTE-GARONNE	2,1	1,4	3,5	15,5	12,2	27,7	16,0	12,5	28,4

Source : CREA-ORS ; \* pour 100.000 habitants de moins de 18 ans.

[272] En ambulatoire, les principaux motifs des actes (hors CATTP) sont représentés par les troubles du comportement et troubles émotionnels (37,8 %), les troubles du spectre de l'autisme (TSA) (11,7 %), les troubles du développement psychologique (hors TSA) (11,2 %), les mises en observation et examen médical (10,2 %) et les troubles névrotiques, liés au stress ou somatoformes (2,3 %)<sup>42</sup>.

[273] **Le rapport conclut sur des dispositifs qui peinent à répondre aux demandes d'accompagnement et de prises en charge.** Les auteurs soulignent :

- Une file active des enfants suivis dans les trois dispositifs concernés la plus faible de la région avec 33,1 suivis pour 1 000 enfants de moins de 21 ans alors que dans l'ensemble des autres départements d'Occitanie, elle est de 46,8 pour 1 000 et varie, selon les départements entre 37,3 et 69,1 pour 1 000 ;
- **Des délais d'attente avant un 1<sup>er</sup> rendez-vous** qui peuvent être longs : plus de trois mois par exemple au CAMSP, souvent **autour de trois mois dans les CMPP mais avec des délais qui peuvent être supérieurs à 6 mois sur certains sites, et de deux à quatre mois dans la majorité des CMP** ;
- Des mises en œuvre effectives **des suivis qui peuvent prendre encore plusieurs mois ensuite** sur certains sites ou pour certains professionnels ;
- Une situation qui est aggravée par les difficultés d'orientation vers des structures d'aval, sanitaires ou médico-sociales, pour les enfants et adolescents qui en ont besoin, des délais d'attente de plusieurs années étant mentionnés ;
- mais des organisations mises en place par plusieurs structures pour maintenir libres quelques créneaux de consultation chaque semaine pour répondre aux situations présentant un caractère d'urgence du fait de l'âge, de la symptomatologie présentée ou du contexte familial ou social.

[274] La mesure 16 des assises de la santé mentale et de la psychiatrie a prévu le renforcement du secteur de pédopsychiatrie (CMP pour enfants adolescents CMPEA) avec un renfort de 133 ETP par an pendant 3 ans. La Haute-Garonne a ainsi bénéficié de **21 postes** sur les 39 ciblés pour l'Occitanie. Le tableau ci-dessous montre l'évolution du nombre de postes en CMP EA entre 2022 et 2024 par type d'établissements

<sup>42</sup> Source : Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP » en Haute-Garonne, CREA-ORS Occitanie, 2020

Tableau 3 : Évolution du nombre de postes en CMP EA entre 2022 et 2024 par type d'établissements

	2022	2023	2024	TOTAL
TOTAL	9	6	6	21
CHU	3	2	2	7
CHGM	3	2	2	7
ARSEA	3	2	2	7

Source : ARS Occitanie

## 7 L'universitarisation territoriale de la psychiatrie constitue une nécessité pour faire évoluer l'offre de soins

### 7.1 L'universitarisation de la psychiatrie est amorcée mais doit être abordée comme un levier pour piloter la démographie médicale des territoires

[275] L'universitarisation de la psychiatrie dans le territoire de la subdivision constitue une orientation stratégique vers laquelle est déjà engagée la faculté de médecine de Toulouse, ainsi que le CHU dans son projet d'établissement 2023-2028.

[276] Ensuite, dans ce cadre, quatre chefs de cliniques territoriaux ont été nommés depuis 2023 dans différentes spécialités dans les CH de Foix, Saint-Gaudens, Montauban, et un au CHGM en recherche clinique orienté sur la santé mentale avec une collaboration de la Fédération régionale de psychiatrie. Un sera nommé en 2024 à Tarbes.

[277] Un maître de conférences (MCU-PH) a été nommé en psychiatrie au CH de Lavour.

[278] Ces orientations font l'objet d'une présentation annuelle en réunion de révision des effectifs hospitalo-universitaires avec le MESRI. Mais il n'existe pas de projet spécifique écrit déterminant les objectifs à plusieurs années, les modalités de mise en œuvre, et les liens et objectifs entre universitarisation et démographie médicale, et recherche.

[279] Il serait souhaitable qu'un document, travaillé avec la faculté et les établissements parties prenantes, explicite la démarche et les objectifs, en décrive les étapes et les impératifs (par exemple les conditions pour être nommé universitaire sont souvent méconnues hors des CHU) et son intérêt en matière de réponse aux besoins de la population concernant la psychiatrie.

[280] Ce travail commun permettra aussi de mieux se connaître, et de partager une culture commune.

[281] C'est pourquoi une conduite de projet réunissant les CH du territoire/Faculté/CHU doit se mettre en place pour construire ensemble une stratégie d'universitarisation pluriannuelle ayant des objectifs partagés qui peuvent être notamment :

- L'augmentation du nombre d'internes en psychiatrie en lien étroit avec les évolutions démographiques du nombre de psychiatres sur le territoire sur les 10 à 15 années à venir, en exercice libéral, en exercice salarié privé et public, et avec la perspective d'évolution démographique du territoire à la hausse à intégrer Cette perspective peut faire l'objet d'un travail entre la faculté de médecine et l'ARS.
- La répartition des internes en psychiatrie sur le territoire, les critères de cette répartition
- Les postes universitaires de psychiatrie pouvant être positionnés sur le territoire à 5 ou 10 ans

[282] Effectivement, le nombre d'internes formés en psychiatrie ne peut augmenter sans un encadrement adéquat en qualité et en quantité. Cet encadrement favorise souvent les prises de poste localement si l'environnement de l'interne pendant ses stages a été optimum.

[283] Il appartient au coordonnateur de spécialité de psychiatrie et aux instances universitaires d'en déterminer les possibilités : dans les échanges de la mission, le chiffre d'une augmentation de 5 internes par an sur 3 années, a été évoqué.

[284] En ce qui concerne les postes universitaires c'est aussi à la faculté de médecine et au CHU à définir une stratégie d'universitarisation qui ne peut être que progressive.

[285] La mission ne préconise pas « un saupoudrage » des postes universitaires, la tendance actuelle étant plutôt de les concentrer, ce qui serait le cas dans la mise en place d'une direction commune.

[286] L'universitarisation est une stratégie de long terme. Elle pourrait commencer par un poste de Professeur universitaire associé, et se poursuivre en donnant la possibilité à des praticiens locaux en psychiatrie d'évoluer vers des postes hospitalo-universitaires avec tous les prérequis (Habilitation à diriger les recherches notamment) que cela comprend.

[287] Dans le domaine de l'innovation et de la recherche, une dynamique commune pourrait se développer en associant le CHGM à Toulouse Santé Numérique, collaboration associant le CHU et 11 cliniques indépendantes d'Occitanie dans le cadre des plans France 2030 et Innovation santé 2030. Ce regroupement se donne pour objectif de répondre à de nombreux appels à projet en santé numérique.

[288] En matière de recherche, l'association du CHGM à l'entrepôt de données de santé (EDS) du CHU contribuerait à l'enrichir compte tenu de son activité importante en psychiatrie.

[289] Parallèlement, un chantier sur l'analyse et la répartition de la démographie médicale en psychiatrie doit s'engager entre Doyen, ARS et Conseil de l'ordre. Les perspectives de départ en retraite en activité libérale ou salariée seront examinées et mises en regard des possibles installations afin d'anticiper les difficultés et les crises. Ces projections pourraient permettre aussi de donner à voir aux jeunes professionnels en cours d'étude les perspectives qui peuvent s'offrir à eux, bien avant l'obtention du diplôme de psychiatre, et contribuer à l'attractivité du territoire.

[290] Un projet stratégique de cette ambition doit être porté et suivi au plus haut niveau des gouvernances des acteurs concernés : Présidente d'université, Doyen, Présidents de conseils de surveillance, de CME, Chefs d'établissement, ARS.



## 7.2 La dynamique d'universitarisation doit également servir de levier pour renforcer l'attractivité du CHGM avec l'appui de la faculté de médecine et du CHU

[291] Le CHGM est le plus important établissement de psychiatrie de la subdivision, et a un rôle territorial prépondérant en santé mentale. Son intégration plus active dans cette démarche permettra de développer l'attractivité de l'établissement. Dans ce cadre-là des postes universitaires devraient être positionnés sur le CHGM.

[292] Cet établissement doit concrétiser leur engagement dans cette démarche, qui doit être structurée et concertée, et faire partie intégrante de son projet d'établissement.

[293] La faculté de médecine et le CHU auront chacun dans leur rôle à accompagner le projet de façon aidante et bienveillante. C'est une dynamique commune, CHS, CHU et faculté de médecine, qui doit être créée au bénéfice d'un collectif constitué de la psychiatrie publique qui a une responsabilité territoriale de formation, de soins et de recherche.

[294] Il existe déjà sur le CHGM un seul poste de chef de clinique (pharmacien-pharmacologue) dont une partie de l'activité est dédiée à de la formation et de la recherche clinique. Ces axes peuvent être développés en associant davantage les médecins du CHGM à la formation des internes, et à la recherche.

[295] Un nombre significatif de postes partagés de CCU-AH psychiatres et médecins pourraient être positionnés entre le CHGM et le CHU et contribuer à des projets médicaux communs.

[296] De même les hospitalo-universitaires pourraient avoir une partie de leur exercice clinique à l'extérieur du CHU, assurant ainsi une meilleure connaissance mutuelle des écosystèmes.

[297] Par ailleurs, le contexte général d'organisation de la continuité des soins au sein du service public hospitalier nécessite la participation obligatoire à la PDSES : c'est un enjeu stratégique pour les établissements publics, et leur fondement même qui est d'accueillir les patients 24H sur 24 et toute l'année.

## 7.3 L'universitarisation territoriale doit s'accompagner d'une politique commune des parties prenantes territoriales de communication interne et externe de la démarche, chacun selon son rôle

[298] La communication est un axe stratégique du projet d'universitarisation territoriale. Elle doit être définie et prévue dès le lancement du projet et s'organiser en lien étroit avec son avancement.

[299] Elle pourrait donner à voir aux équipes hospitalières en fonction une ambition quant à l'engagement des acteurs institutionnels pour soutenir cette spécialité. Elle pourrait permettre, après avoir commencé le travail sur la démographie, de donner un

panorama prévisionnel des postes à pourvoir aux plus jeunes générations, assez tôt dans leur cursus.

[300] Elle devrait favoriser la connaissance des lieux d'exercice des médecins psychiatres formés : combien sont restés dans la région et où, en qualité de salarié en clinique, en service hospitalier, en libéral. Ce recensement peut commencer dès maintenant, car il est certainement possible de reconstituer cette évolution sur les deux dernières années auprès de la faculté.

[301] La stratégie de communication pourrait mettre en lumière la lisibilité des filières de psychiatrie à l'égard des usagers, à mesure qu'elles se développent. Une communication existe déjà, et peut contribuer par une meilleure compréhension des dispositifs existant à l'accessibilité aux soins.

**Recommandation n°16** Mettre en place une conduite de projet de l'universitarisation de la psychiatrie territoriale en écrivant un projet pluriannuel commun aux acteurs concernés

## 8 Des outils de programmation et de gouvernance à rendre plus opérationnels et ouverts à l'ensemble des parties prenantes

[302] La gouvernance des différents segments qui participent à l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie en Haute-Garonne apparaît reposer sur de nombreuses structures dont l'éparpillement nuit probablement à l'efficacité de la démarche.

### 8.1 Un projet territorial de santé mentale (PTSM) 2021-2025 à évaluer et à poursuivre sous une forme plus opérationnelle

[303] Le PTSM de la Haute-Garonne 2021-2025, élaboré avec de nombreux acteurs, document ambitieux de 216 pages, porte 60 actions détaillées uniquement dans les annexes et déclinées en 268 sous-actions. Ces actions couvrent largement tous les champs de la santé mentale et de la psychiatrie, tant hospitalière qu'ambulatoire sont présentées selon les cinq thématiques tracées par le cadre législatif et réglementaire<sup>43</sup>, et déclinées en 19 axes.

[304] Si au plan méthodologique, chaque action est déclinée par objectif, pilote(s), échéances temporelles, moyens matériels, humains et financiers, et décrit les indicateurs de suivi et de résultats, trois limites apparaissent à la mission :

- D'une part le grand nombre d'actions et de sous-actions qui nuit probablement à la détermination des priorités à atteindre dans le cadre d'un document opérationnel visant la réalisation de ces objectifs ;

---

<sup>43</sup> Articles L.3221-2 et R.3224-1 à R.3224-10 du CSP

- D'autre part, l'évaluation des résultats des actions et sous-actions, même lorsque l'échéance temporelle est déjà passée, n'est pas encore mise en œuvre ; de plus cette évaluation est confiée à l'association PTSM31, dont les membres fondateurs sont le CHGM et le CHU de Toulouse, via la CPT, l'association ASEI, l'URPS Médecins Libéraux Occitanie, l'association UNAFAM et la mairie de Toulouse. La mission propose que l'évaluation du PTSM soit confiée, au plan scientifique, à l'Observatoire de la santé mentale d'Occitanie (ORSM) ;
- Enfin, les moyens financiers nécessaires à la réalisation de plusieurs actions et sous-actions relèvent du Contrat territorial de santé mentale (CTSM) conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Ce contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation »<sup>44</sup>. Ce contrat a été conclu pour le PTSM 2021-2025 de Haute-Garonne, le 17 janvier 2024.

**Recommandation n°17** Simplifier et prioriser l'organisation opérationnelle du projet territorial de santé mentale (PTSM) de Haute-Garonne, en améliorer l'évaluation au plan scientifique en la confiant à un évaluateur externe, par exemple l'ORSM d'Occitanie

## 8.2 La Communauté psychiatrique de territoire (CPT) doit associer davantage les établissements du secteur privé

[305] La loi prévoit que « les établissements assurant le service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire »<sup>45</sup> (cf. § GHT-CPT, page 32), et la convention constitutive du GHT a délégué à la CPT notamment les objectifs :

- D'associer les autres établissements de santé qui assurent une activité de psychiatrie dans le territoire dans le cadre du service public hospitalier et les autres établissements et acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale du territoire : structures médico-sociales et sociales, professionnels de ville, associations représentant les usagers
- Piloter la psychiatrie publique au sein du groupement hospitalier de territoire
- Être le lieu de déclinaison du contrat territorial de santé mentale
- Et être en charge de la préparation, en lien avec l'ARS, du projet territorial de santé mentale (PTSM) et du contrat territorial de santé mentale (CTSM).

[306] Pourtant, une association PTSM31 a été créée par la volonté de la Commission Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé de la Haute-Garonne en juin 2021. La Commission Santé Mentale prévoyait de s'appuyer sur cette association afin de veiller au déploiement du Projet Territorial de Santé Mentale Haute-Garonne.

[307] Cette association a pour objet de mettre en place une organisation et une gouvernance représentative des différents acteurs impliqués dans la construction du PTSM dans le

<sup>44</sup> Alinéa V de l'article L.3221-2 du CSP

<sup>45</sup> Alinéa VI de l'article L.3221-2 du CSP

département puis l'animation du PTSM31, ses missions initiales étant le recrutement et le pilotage des actions d'un coordinateur PTSM31 et la définition de la gouvernance future de l'association.

**[308] La comitologie mise en place présente ainsi une dualité dans les objectifs et les missions sur le même champ de l'organisation territoriale de la psychiatrie et de la santé mentale.**

[309] Compte tenu des objectifs de la CPT et de l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne dont 75% des lits d'hospitalisation appartiennent au secteur privé, le bureau élargi de la CPT a accueilli les représentants du secteur privé. Dans un souci de transparence et d'efficacité, la mission considère que la CPT doit associer pleinement les acteurs de l'hospitalisation privée à ses débats et à leur préparation et les faire rentrer au sein du bureau et pas seulement du bureau élargi.

**Recommandation n°18** Inviter des représentants des établissements privés autorisés en psychiatrie (direction et médecins) au bureau restreint de la CPT

### 8.3 La concertation engagée par l'ARS d'Occitanie avec les différents acteurs concernés et en particulier les usagers doit déboucher sur des mesures opérationnelles intégrant la question des recrutements

[310] A la suite des événements graves survenus en février 2024, l'ARS a mis en place un comité de suivi réunissant les différents acteurs concernés auquel les représentants des usagers participent de façon régulière. Cette organisation permet de renforcer le dialogue. Elle fait naître une attente forte et légitime pour que des mesures concrètes soient prises afin d'améliorer la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne.

[311] Les forces de ce département méritent d'être soulignées parce qu'elles témoignent de l'énergie des professionnels de santé mais également des autres acteurs concernés pour trouver des solutions en vue d'améliorer le parcours des usagers, de proposer des dispositifs innovants, tant pour les adultes que pour les enfants et les adolescents.

[312] Mais les attentes concernent aussi l'amélioration du parcours de patients pour lesquels une hospitalisation classique sera nécessaire, et qui parfois voire souvent, compte tenu de leur profil, auront des difficultés pour trouver une place d'hospitalisation dans un établissement.

[313] Ces profils décrits dans ce rapport sont très divers et recourent des situations différentes : patients qui présentent une dangerosité, une vulnérabilité sociale, une situation de risque extrême... En l'absence de solution pour ces patients, l'ensemble de la filière de psychiatrie se trouve pénalisée. Ils nécessitent une intensité de prise en charge soignante et médicale souvent peu compatibles avec les effectifs rencontrés dans les établissements privés qui jouent également un rôle important pour des patients nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

[314] La réforme récente du financement et des autorisations en psychiatrie devrait apporter des améliorations.

[315] Le renforcement de l'offre en psychiatrie pour les patients nécessitant une surveillance accrue et une forte intensité de soins e constitue une première nécessité et l'ensemble des

dispositifs mis en place doit intégrer également les difficultés de recrutement de psychiatres et d'infirmiers pour ce type de prise en charge et ne pas exacerber la concurrence pour le recrutement entre structures publiques.

[316] Les mesures envisagées dans le Pacte de refondation de l'organisation des soins psychiatriques en Haute-Garonne regroupent les recommandations de la mission mais seulement pour partie.

[317] La mission rappelle néanmoins que l'origine du comité de suivi et du Pacte impose de régler prioritairement les questions soulevées dans le premier rapport. Il est essentiel que l'ARS s'assure de la mise en œuvre des recommandations les plus urgentes déjà formulées dans le premier rapport.

## LISTE DES ANNEXES

**Annexe 1 : Recommandations du rapport sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne :  
*Rapport 1 - contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024  
aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan, 2024-018R1, juillet 2024,  
Publié le 03/09/2024***

**Annexe 2 : Exemple de Fédération médicale hospitalo-universitaire**

**Annexe 3 : Exemple de convention de direction commune**

# ANNEXE 1 : Recommandations du rapport n°1 sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Approfondir l'exploitation des EI et EIG assortie de plans d'action, en suivant l'effectivité des mesures et mettre en place les actions de formation des personnels et de sécurisation des locaux.	1	CHU	2024
2	Professionaliser le fonctionnement de la cellule de régulation territoriale et médicaliser, en tant que de besoin, les échanges avec et les établissements receveurs.	1	CHU	Sans délai
3	Permettre les transferts de patients dans un délai maximal de 4 heures à compter de la déclaration de la disponibilité de la place dans la structure d'accueil, en dédiant des transports aux urgences psychiatriques	1	ARS, CHU, transporteurs privés	Dans un mois
4	Mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM	1	CHU et CHGM	2024
5	Promouvoir l'universitarisation de la discipline psychiatrique au CHGM et le renforcement des postes de Chefs de cliniques des Universités – Assistants des hôpitaux (CCU-AH) au CHU	2	ARS, MESR, Doyen, CHU, CHGM	2025
6	Structurer les urgences de psychiatrie en filière et mettre en place le projet de réorganisation des locaux visant à les adapter aux besoins constatés	1	CHU	Septembre 2024
7	Poursuivre l'installation des lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques jusqu'à la cible de 15 envisagée et se doter d'indicateurs d'alerte (taux d'occupation et durée de séjour) en cas de difficulté à trouver une prise en charge adaptée pour les patients.	1	CHU	Dès que possible et au plus tard en septembre 2024
8	Ouvrir les 3 lits de psychiatrie supplémentaires d'UHCD « fermée »	1	CHU	Dès que possible et au plus tard en septembre 2024
9	Pérenniser le doublement des gardes de psychiatrie tel qu'il a été mis en place à la suite des EIG et doubler les gardes de psychiatrie chaque jour pendant la période de 18h30 à	1	CHU et CHGM	Sans délai

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	minuit, en faisant appel à l'ensemble des psychiatres du CHU et du CHGM.			
10	Octroyer le plus largement possible l'Indemnité d'activité sectorielle et de liaison en tenant compte de la spécificité de l'activité réalisée	1	CHU	2024
11	Contractualiser avec les agents volontaires pour permettre leur mobilisation en cas de besoin dans le cadre du dispositif de surmajoration des heures supplémentaires	1	CHU	2024
12	Développer l'accompagnement d'infirmiers vers une carrière d'IPA mention psychiatrie et santé mentale.	2	CHU	2025
13	Confier à un chef de projet l'ensemble de la gestion de cette nouvelle structuration du service des urgences psychiatriques intégrant notamment l'évolution des locaux et le suivi du recrutement et de la fidélisation des personnels	1	CHU	Sans délai
14	Mettre en place un dispositif de suivi et de pilotage de la mise en œuvre de ces actions	1	ARS	Sans délai



## ANNEXE 2 : Exemple de Fédération médicale hospitalo-universitaire

**L'exemple ci-dessous a vocation à être un document de travail.**

Une FMHU peut concerner plusieurs services des deux établissements concernés. Elle vient acter la mise en œuvre par deux établissements de santé d'un projet médical réalisé en commun. Le projet médical comprend un projet soignant qui ensemble concourent à un objectif commun.

Elle définit des objectifs concrets, mesurables et pouvant être évalués au moins annuellement. Des indicateurs d'évaluation auront donc été définis préalablement, et peuvent être une partie du projet médical. Les indicateurs doivent être peu nombreux et opérationnels, permettant ainsi de suivre un projet sur plusieurs années.

Un bilan annuel de réalisation est présenté aux instances de chaque établissement : CME, CSE, CSIRMT, Conseil de surveillance.

FEDERATION MEDICALE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE

CHU de et CH de

STATUTS

Vu le Code de la santé publique, notamment son article L. 6135-1,

Vu le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) ,

Vu les projets d'établissement du CHU de .... et du CH de ...,

Vu les avis des instances compétentes du CHU de .... et du CH de ...,

Le CHU de .... et le CH de ... ont adopté dans les mêmes termes les présents statuts.

### **PREAMBULE**

Le CHU de .... et le CH de ... engagent un processus de coopération structurant, à travers la création d'une fédération médicale hospitalo-universitaire (FMHU) visant à consolider et développer leurs d'activités de psychiatrie compte tenu notamment de l'évolution démographique du territoire.

Les instances universitaires sont parties prenantes de l'élaboration et de la réussite de la présente fédération. À ce titre, le doyen de l'UFR de médecine est cosignataire de la fédération.

Cette coopération concerne les missions de prévention et de soins, de recherche et d'innovation ainsi que d'enseignement et de formation continue.

La fédération est fondée sur **un projet médical** adopté dans les mêmes termes en tenant compte des éléments partagés et des éléments spécifiques à l'organisation de chaque établissement. Le projet médical comprend **un projet soignant**.

## TITRE 1 : OBJET DE LA FEDERATION MEDICALE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

### **ARTICLE 1 : Constitution et périmètre de la Fédération Médicale Hospitalo-Universitaire de psychiatrie entre le CHU de et le CH de**

Il est créé une Fédération Médicale Hospitalo-Universitaire de psychiatrie dans la perspective de coordonner les actions de prévention et de soins, de recherche et d'innovation, ainsi que d'enseignement et de formation continue.

Elle est désignée ci-après la « Fédération ».

La Fédération est constituée des équipes, départements, services et entités qui ont manifesté leur intérêt pour y participer :

#### **CHRU de ... :**

-

#### **CHR de ... :**

-

### **ARTICLE 2 : Les objectifs de la Fédération**

La Fédération contribue à l'organisation et la mise en œuvre des actions de prévention et de soins, de recherche et d'innovation, ainsi que d'enseignement et de formation continue en s'appuyant sur les moyens humains et matériels des deux établissements.

Elle est notamment chargée de structurer la filière de soins (désigner la ou les filières concernées) dans le cadre d'un « projet médical de fédération ».

#### **La Fédération a pour objectifs généraux :**

- D'améliorer l'**offre de soins et de prévention** en coordonnant et potentialisant les activités de diagnostic et de prise en charge du CHU et du CH dans le ou les domaines concernés,
- De contribuer à l'amélioration des **parcours territoriaux de soins**, dans le cadre des secteurs relevant des deux établissements ;
- De promouvoir et harmoniser les **enseignements** sur ces sujets en concertation avec la faculté de médecine ..., ainsi que les actions de **formation continue** (DPC et EPU) ;
- De développer l'**innovation thérapeutique** ainsi que la **recherche translationnelle et clinique** de façon coordonnée entre les deux établissements ;
- De renforcer l'attractivité et la visibilité des deux établissements dans le domaine concerné par des actions communes ;
- D'être **force de propositions** dans le cadre de la mise en œuvre et des révisions du PTSM.

### **ARTICLE 3 : Le cadre institutionnel**

Le fonctionnement et les activités de la Fédération s'inscrivent dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables aux établissements qui la constituent et des règles éthiques et déontologiques de l'exercice médical et paramédical.

Elles s'exercent notamment dans le respect des règles de gouvernance et des processus décisionnels de chacun des établissements et en particulier dans le respect des compétences des instances, des directions et des pôles concernés.

## TITRE 2 : GOUVERNANCE

### **ARTICLE 4 :**

La Fédération est créée dans les conditions d'adoption prévues par la réglementation et dans le respect des procédures de concertation en vigueur dans les établissements partenaires. Elle est de nature conventionnelle et n'a pas la personnalité morale.

**La gouvernance de la Fédération garantit la parité entre les deux établissements dans la prise de décision.**

*[modalités de gouvernance à préciser : instances, modalités de désignation du coordonnateur et du coordonnateur adjoint, etc.]*

Le coordonnateur et le coordonnateur adjoint sont en charge :

- De l'organisation générale de la Fédération,
- Des orientations de la Fédération,
- De la planification des actions de la Fédération,
- De la mise en œuvre des projets relevant des missions de la Fédération.
- Du suivi et de l'évaluation des projets,

Un rapport d'activité annuel est élaboré et donne lieu à présentation à l'instance de gouvernance de la Fédération et aux instances de chaque établissement.

## TITRE 3 : DOMAINES DE COOPERATION

### **ARTICLE 6 : Activités de prévention et de soins**

Les deux établissements se donnent pour objectif de consolider et développer leurs activités de psychiatrie en hospitalisation complète et en ambulatoire (préciser le ou les projets/activités concernés) à travers une meilleure articulation de leurs compétences médicales respectives.

A ce titre, la Fédération poursuit les objectifs opérationnels suivants :

Mettre en place des temps médicaux partagés *[à compléter]*

Mettre en place des staffs communs

Mettre en place des formations continues communes (personnel médical et non médical)

La Fédération a pour mission d'œuvrer à l'amélioration du parcours de santé des patients de psychiatrie, en structurant sa coordination, et en favorisant l'équité d'accès à des soins de qualité.

Dans le cadre de cet objectif, elle contribue par ses travaux à :

- Organiser et coordonner le parcours de santé des patients dans une approche multidisciplinaire,
- Harmoniser les pratiques professionnelles et les inscrire dans une démarche qualité, à chaque étape du traitement, à l'aide de protocoles écrits, dans le respect des règles de bonnes pratiques, et des référentiels de la Haute Autorité de Santé
- Participer à l'élaboration des référentiels thérapeutiques communs et suivre leurs mises à jour,

[à compléter ou préciser le cas échéant]

#### **ARTICLE 7 : Activités d'enseignement et de formation continue**

Les personnels médicaux des deux établissements animent l'enseignement des étudiants en psychiatrie, DU et DIU, ainsi que la formation continue.

Ils mettent en place des actions de formation en direction des équipes soignantes et des paramédicaux communes aux deux établissements : **préciser les thématiques prioritaires en lien avec le projet médical et le projet soignant.**

#### **ARTICLE 8 : Activités de recherche**

La Fédération a pour mission de renforcer l'activité de recherche clinique et translationnelle, de développer la valorisation scientifique commune de ses travaux, et de permettre une action plus forte en matière d'innovation.

À ce titre, elle a pour objectifs opérationnels de :

- Structurer **une équipe de recherche commune** en psychiatrie,
- Mettre en œuvre une stratégie de publication commune, grâce à une politique d'association croisée aux programmes, projets de recherche et autres travaux scientifiques portés par chacun des établissements,
- Organiser la réponse conjointe aux appels d'offre régionaux et nationaux en proposant des études bi-sites,
- Développer les inclusions dans les différents protocoles de recherche académiques et industriels, au profit des patients du territoire,
- Mettre une politique d'innovation et de valorisation commune de ses résultats (brevets, partenariats de co-développement, création de start-up, etc.),
- Participer au développement d'une offre de recherche à l'échelon du territoire en tenant compte des activités, des expertises et des moyens dont disposent les établissements de la région [à compléter ou préciser le cas échéant]
- S'inscrire dans les appels à projets concernant **le numérique en santé mentale**

### TITRE 4 : EVALUATION-DISSOLUTION-DUREE-MODIFICATION

#### **ARTICLE 9 : Évaluation**

Les actions conduites par la Fédération au titre de son projet médical et soignant sont évaluées régulièrement.

**ARTICLE 10 : Dissolution de la Fédération**

L'établissement de santé désirant se retirer doit notifier son intention au Coordonnateur de la Fédération par courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

Le Coordonnateur en avise aussitôt tous les membres.

La Fédération est dissoute de plein droit dès le retrait de l'un ou l'autre des partenaires, après avis des instances compétentes des deux établissements.

**ARTICLE 11 : Durée**

La durée de la Fédération n'est pas limitée et prend effet à compter de la date de la signature des présents statuts.

**ARTICLE 12 : Modification des statuts**

Les présents statuts peuvent être modifiés sur proposition du Coordonnateur ou à la demande de la moitié au moins des membres du « Collège ». La proposition de modification nécessite, pour être adoptée, une majorité de deux tiers des membres du « Collège ».

La modification des statuts est entérinée dans les mêmes conditions que celles prévues pour la création de la Fédération.

Fait à..., le ...

**Le Directeur Général du ...,**

**XXXX**

**Le Directeur Général du ...,**

**XXXX**

**Le Président de la CME du ...,**

**XXXX**

**Le Président de la CME du ...,**

**XXXX**

**Visa du Doyen de la Faculté de Médecine...**

## ANNEXE 3 : Exemple de convention de direction commune

Une convention de direction commune associe un ou plusieurs établissements. Sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance de plusieurs établissements.

Les personnels de direction en fonction dans les établissements concernés sont membres de l'équipe de direction dotée d'un organigramme précisant les fonctions et la position hiérarchique de chacun. Cet organigramme peut prévoir le maintien d'une équipe de direction dédiée à chaque établissement, en ayant souvent concomitamment des activités transversales sur les deux établissements.

La réussite de ce type de projet est très majoritairement liée au maintien d'une équipe de direction de proximité dans chaque établissement. La conduite du changement en est grandement facilitée.

Chaque établissement d'une direction commune conserve ses instances : CME, CSE, CMSIRT. La gestion budgétaire et financière (suivi d'activité, budget, trésorerie, investissement) reste aussi spécifique à chaque établissement avec un EPRD et un compte financier. Chaque situation de clôture annuelle des comptes (déficit ou excédent) appartient à chacun des établissements membres de la direction commune.

Les bénéfices d'une direction commune sont de pouvoir mutualiser des activités, notamment logistiques ou administratives (paye, formation continue, achats, ...), logistiques (blanchisserie, restauration...), techniques, travaux et biomédical, et informatiques.

Dans ces derniers secteurs, il est majeur que les hôpitaux se dotent de systèmes informatiques fiables et sécurisés. L'anticipation des compétences à venir nécessaires concernant notamment l'intelligence artificielle, la maintenance des équipements immobiliers et biomédicaux, conduisent de nombreuses structures à mutualiser fortement ces activités qui font appel à des compétences rares et coûteuses.

### **Convention de Direction commune entre**

**le Centre Hospitalier Régional Universitaire**

**et**

**le Centre Hospitalier**

Vu les dispositions du code de la Santé Publique,

Vu le décret n ° 2005.920 du 2 août 2005 modifié, portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n ° 86.33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière,

Après consultation de la CME, du CSE et conformément à la délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de

Après consultation de la CME et du CSE et conformément à la délibération du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier

Il est convenu ce qui suit:

#### Article 1 : Objet de la convention

Cette convention a pour objet la mise en place d'une direction commune entre le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de , et le Centre Hospitalier de , établissements publics de santé.

Elle en définit le fonctionnement administratif et statutaire.

#### Article 2 : Organigramme, fonctionnement et missions de la direction commune

La direction commune est composée de la façon suivante:

- 1 Directeur Général, en la personne de la Directrice Générale du
- 1 Directeur délégué nommé par le Directeur Général du Centre National de Gestion sur proposition du Directeur Général de la direction commune.

Le Directeur Général assume pour chaque établissement les missions imparties au chef d'établissement. Il dispose de l'intégralité des compétences et pouvoirs inhérents à sa fonction tels que définis et limités par le Code de la Santé Publique.

Il exécute les délibérations des Conseils de Surveillance et des Conseils d'Administration. Il affecte et missionne les membres des équipes de direction, qui lui rendent compte et agissent sous son autorité, dans le cadre des délégations qu'il prononce, après avis du Directeur délégué.

Ces affectations et délégations peuvent être transversales à tous ou plusieurs des établissements membres de la direction commune.

La direction en charge du parcours du patient de psychiatrie est commune aux deux établissements parties à cette convention. Cette direction est placée sous l'autorité du Directeur Délégué.

Chaque établissement, qui conserve sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances, met à disposition du Directeur Général et du Directeur délégué les ressources matérielles propres à favoriser la mise en œuvre de la présente convention.

Chaque établissement conserve le bénéfice d'une garde administrative.

Article 3 : Modalités statutaires et financières

Le Directeur Général et les Directeurs mis à disposition restent rémunérés par le C.H.R.U. de , pour la totalité de leur rémunération et entièrement garantis par le C.H.R.U. de pour tout ce qui concerne les accidents du travail et de trajets, les maladies et maladies professionnelles. Des conventions spécifiques de mise à disposition des cadres de direction précisent les missions exercées, ainsi que les conditions de prise en charge financières et statutaires.

Article 4 : Durée de la convention — Prise d'effet

La présente convention est conclue à compter de sa prise d'effet jusqu'au , avec tacite reconduction quinquennale.

La présente convention pourra être résiliée de plein droit selon l'évolution législative ou réglementaire ou avant son terme en cas de délibération de l'un des Conseils de Surveillance ou Conseil d'Administration dénonçant le principe d'une direction commune. Dans ce cas, la dénonciation de la présente convention pourra intervenir, à la fin d'un exercice comptable, en respectant un préavis de 6 mois.

La Direction commune prendra effet à compter du . Les conventions de direction commune antérieurement conclues par les signataires perdront leur effet à cette même date.

Fait, le

DG CHU

DG CH

Les axes du projet médical commun entre le CHU de et le CH de sont annexés à la présente convention.



## ANNEXE 4 : Les dispositifs médico-sociaux contenus dans le Pacte

Ces dispositifs permettent au patient, dans le cadre des sorties d'hospitalisation, de poursuivre sans rupture son parcours de soins :

- Le déploiement des infirmier(es) coordinateurs(trices) de parcours

Ces professionnels, au niveau des unités d'admission, assurent dès l'entrée du patient en hospitalisation, et en fonction de son projet de soin individualisé, d'anticiper l'organisation de sa sortie dans les meilleurs délais dans une structure correspondant à la situation du patient. Ce dispositif contribue à la réduction de la durée moyenne de séjour, et favorise la fluidité du parcours de soins.

Ces professionnels peuvent ainsi être en lien avec tous types de partenaires extérieurs comme notamment les assistants sociaux, les familles d'accueil, les établissements médico-sociaux, les Ehpad, les bailleurs sociaux...

Deux établissements, le CHGM (7 postes) et la clinique Aufrery (1 poste) sont positionnés pour développer cette offre en 2024.

Ce déploiement commence dès novembre 2024 et a vocation à s'étendre sur la durée du PACTE.

- Le projet HOME : Habitat cOMmunautaire soutEnu

Ce dispositif innovant mis en place dans le cadre d'une expérimentation art51 s'inscrit comme alternative à l'hospitalisation pour des personnes présentant des troubles psychiques sévères avec une invalidité fonctionnelle importante. Les patients bénéficient d'un suivi intensif sur 3 ans par une équipe pluridisciplinaire avec comme objectif leur insertion dans la cité grâce à la construction d'un étayage social, médical, paramédical et socio-éducatif de premier recours qui permettra le relais avec l'équipe HOME.

L'objectif cible est fixé à 100 patients à la fin 2024.

- Un chez soi d'abord

Ce dispositif de type appartements de coordination thérapeutique accompagne les personnes sans domicile fixe atteintes de troubles psychiques nécessitant une prise en charge médicale et un accompagnement social adapté.

Un suivi transdisciplinaire (sanitaire, médico-social, social...) s'organise autour du logement et en fonction des besoins et des choix de la personne. Le logement, droit fondamental, sert de tremplin pour faciliter les soins et l'inclusion sociale.

Ce dispositif relève d'une expérimentation dans le cadre de l'article 51 et sera évalué en 2026.

- L'orientation médico-sociale

Il appartient à chaque établissement de structure sa filière médico-sociale adaptée à chaque patient sortant d'hospitalisation.

Néanmoins, compte tenu de difficultés existantes, un groupe animé par le dispositif d'appui à la coordination (DAC) s'est constitué et apporte un appui concernant des situations individuelles complexes et bloquées. L'analyse de ces situations doit permettre de mettre en lumière la nécessité de solutions nouvelles si besoin.

## ANNEXE 5 : Les projets en pédopsychiatrie

[318] L'organisation et les projets en pédopsychiatrie sont suivis à un rythme hebdomadaire par la Communauté psychiatrique de territoire – Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (CPT-PEA) qui regroupe les acteurs qui couvrent les trois secteurs de pédopsychiatrie de la Haute-Garonne : CHGM, CHU et ARSEEA.

[319] Plusieurs projets sont certains en cours, d'autre vont être prochainement mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des adolescents tant en ambulatoire qu'en hospitalisation.

### Les projets en hospitalisation

[320] Les ressources actuelles sont les suivantes :

- L'Unité d'hospitalisation brève pour adolescents (UHBA) au CHU Purpan, pour la prise en charge des troubles psychiques aigus en situations brèves. Cette unité s'intègre dans le dispositif DDRA (dispositif de santé Départemental Réactif pour Adolescents), mais n'accueille pas d'adolescents complexes en décompensation avec troubles auto/hétéro agressifs.
- L'Unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents (UCHA), dépendant du CHGM, mais située en site propre dans le centre-ville, qui prend en charge les troubles psychiques aigus avec fortes répercussions environnementales, en situations de crise. Mais les délais d'admission sont devenus beaucoup trop longs (régulièrement de plusieurs semaines), ce qui ne correspond plus au projet initial, avec des conséquences potentielles sur les adolescents et leur entourage : aggravation d'une situation critique, passages à l'acte, prise en charges aux urgences, avec hospitalisations en pédiatrie inadéquates, aggravation de la souffrance familiale, détérioration des liens familiaux. Le même constat peut se faire dans le secteur médico-social.
- En cas de situations d'émergence de troubles psychiatriques ou de décompensation de troubles existants deux structures sont dédiées :
  - La Villa Ancely, maintenant dénommé « La Villa », sur le site Purpan, qui compte 10 lits et 2 places d'HdJ, est destinée à la prise en charge des 10-17 ans, mais est difficilement accessible, en raison de l'hospitalisation au long cours de patients anorexiques présentant des troubles sévères ;
  - Le Pavillon d'admission pour jeunes adultes (PAJA), au CHGM, pour les 16-25 ans, est souvent saturé, créant des difficultés sur la filière des séjours longs, et ne couvrant pas l'ensemble des indications : psychoses émergentes, troubles du comportement.

L'offre est donc particulièrement réduite pour les moins de 16 ans.

- La Clinique Marigny (unité Scate) peut se positionner sur des hospitalisations longues mais pour des pathologies moins lourdes (troubles dépressifs), avec peu de troubles du comportement, notamment depuis la fermeture de la chambre d'isolement en 2018.
- Les jeunes patients jusqu'à l'âge de 12 ans peuvent être hospitalisés à la « clinique Chaurand » sur le site du CHGM.

- Pour les adolescents entre 12 et 13 ans, il n'existe aucun aval pour les situations complexes et nécessite de solliciter des hôpitaux périphériques hors département avec un résultat peu satisfaisant.

[321] Sur le constat de ces difficultés et de l'augmentation particulièrement importante de la démographie sur la Haute-Garonne, la CPT-PEA projette donc la création de l'UHMMA pour permettre de réaliser une « jonction » entre les deux structures, ainsi qu'un parcours de proximité pour les jeunes et leurs familles.

### **Le projet d'Unité d'Hospitalisation MultiModale pour Adolescents (UHMMA)**

[322] Le projet répond au premier axe du PTSM, sur la promotion du repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements et s'inscrit dans l'axe stratégique « améliorer l'accès aux soins – adapter et structurer l'offre et optimiser l'orientation » / « Poursuivre et finaliser l'équipement des départements non pourvus ou sous dotés au regard des besoins en lits d'hospitalisation temps plein pour enfants et adolescents ou en dispositifs alternatifs, et d'assurer une meilleure réponse aux situations d'urgence et de crise ».

[323] Il s'agit d'un projet, porté par les trois secteurs de PEA, de construction d'un dispositif dispensant une offre modulaire et polyvalente dans le cadre d'un fonctionnement intégré entre les trois secteurs de pédopsychiatrie, à destination des adolescents complexes nécessitant des soins intensifs, contenant, nécessitant un séjour prolongé, en raison de la complexité et de la sévérité de leurs troubles. Ce projet sera construit au CHGM

[324] Cette unité sera départementale et intersectorielle. Elle permettra de :

- Prévenir l'iatrogénie d'une hospitalisation continue prolongée,
- Privilégier le maintien des adolescents sur leur territoire de vie,
- Prévenir les phénomènes de malade monopolisant un lit (« bloqueur-bloqué »)
- Promouvoir un fonctionnement fluide et coordonné entre les dispositifs.
- Recentrer, les autres unités (comme l'UCHA) sur leur missions premières (exemple : prise en charge des épisodes de crise)
- Augmenter par effet de levier la file active des dispositifs de soins en pédopsychiatrie

[325] L'offre proposée serait modulaire pour les adresseurs et polyvalente à travers plusieurs modes de prises en charge.

[326] L'unité serait ainsi composée de :

- 4 lits d'hospitalisation complète (7 jours sur 7)
- 4 lits d'hospitalisation de semaine
- 4 places de SIADO par secteur avec proposition d'une intervention au domicile dans les structures sociales et médico-sociales (MECS, MAS, ITEP, CDEF...). Chaque équipe SIADO sectorielle interviendrait également pour fluidifier les parcours d'hospitalisation à la Villa Ancely et à la Clinique Marigny.

[327] Le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation sera couplé avec celui de l'UCHA, ce qui se traduira par son intégration au projet architectural de regroupement des structures PEA sur le site du CH Marchant.

[328] Les objectifs attendus sont les suivants :

- 32 patients accueillis par an
- Diminution de 25 % des DMS sur les unités d’admission (UA) du CHGM
- D’où une augmentation des files actives de 25%
- Un nombre de mineurs accueillis en services de majeurs tendant vers zéro.

[329] Les effectifs nécessaires et les coûts estimés sont les suivants :

EQUIPE UHMMA			
METIER	ETP	COÛT GLOBAL UNITAIRE	COÛT TOTAL
IDE	10	61 727,35	617 273,50
ASE	6	61 713,05	370 278,30
CS	0.5	74 272,59	37136,30
PSYCHOMOT	1	51 076,50	51 076,50
PSYCHOLOGUE	1	59 240,45	59 240,45
AMA	1	46 322,87	46 322,87
ASH	3	45 184,86	135 554,58
ETP PH	1,5	139 606,68	209 410,02
AS	1	50 293,34	50 293,34
Frais annexes	5%		80 686,11
			1 657 271,97

Source : Proposition Fiche projet UHMMA version 2024

[330] Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- Phase 1, SIADO pour les 3 secteurs : Dépôt de dossier 2<sup>ème</sup> semestre 2024 et mise en fonctionnement au 2<sup>ème</sup> trimestre 2025
- Phase 2, UHMMA : Dépôt du projet en septembre 2024, Résultat de l’appel à projet, Réhabilitation des locaux 1<sup>er</sup> semestre 2026 et ouverture au 1<sup>er</sup> semestre 2027.

[331] Ce projet s’inscrit dans un autre projet architectural plus large<sup>46</sup> sur le site du CHGM, consistant à regrouper l’ensemble des structures pour enfants et adolescents du pôle Enfant et Adolescent (UCHA, ConsultAdo, UMES et structures UEA, CAPPA, CAP, coordination du pôle) sur un même espace dédié au sein de l’hôpital, en vue de renforcer la continuité médicale, faciliter les échanges entre équipes et fluidifier le parcours patient.

<sup>46</sup> ARS Occitanie, Comité régional de validation des investissements Ségur, Haute-Garonne, octobre 2024

[332] Les scénarios envisagés dans le cadre du schéma directeur immobilier (SDI) sont les suivants :

- Regroupement de l'ensemble des structures sur le site principal du CHGM dans un seul bâtiment neuf après démolition de l'unité Lévy
- Restructuration de l'Unité Lévy pour la partie hospitalisation et extension de Consult'ado pour l'ensemble des locaux tertiaires

[333] Compte tenu du coût et des difficultés techniques, c'est la seconde solution qui a été retenue.

[334] Il s'agira d'une restructuration lourde et de l'extension d'un bâtiment existant, actuellement désaffecté pour les locaux d'hospitalisation (ex-Unité Lévy), intégrant l'extension du bâtiment Consult'ado pour accueillir les locaux dédiés à la prise en charge en ambulatoire et les bureaux de la coordination du pôle Enfants et Adolescents.

[335] Le coût du projet est évalué à 6 500 000 € TTC TDC + 150 000 € d'équipements. Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- Démarrage des études de conception en décembre 2024
- Consultation des marchés de travaux en mai 2027
- Démarrage des travaux en janvier 2028
- Réception prévisionnelle des travaux en décembre 2029.

## Les projets ambulatoires

### Développer les Consult'ado en territoire rural<sup>47</sup>

[336] Le projet est également porté par la CPT PEA, sur les trois secteurs pédopsychiatriques

[337] Le public cible est constitué des adolescents de 12 à 17 ans révolus des territoires ruraux de la Haute-Garonne, en situation de crise, habitant loin des ressources en soins et ayant besoin de rencontrer rapidement un professionnel de la santé mentale sans notion d'urgence.

[338] Le projet découle du constat identique sur les trois secteurs de PEA : une saturation des Consult'ado (créées en 2017) sur chaque secteur avec un positionnement urbain, d'autant que 30% des adolescents de Haute-Garonne résident en milieu rural, et que les distances géographiques, avec un trajet de plus de 40 minutes, rendent l'accès aux dispositifs de soins plus complexe.

[339] Par ailleurs, les CMP et CMPP n'ont pas les moyens, à eux seuls, de proposer une prise en soin de crise, en termes de réactivité et d'intensité

[340] Ce projet répondrait à plusieurs objectifs :

- Permettre un accès aux soins au plus proche du domicile du patient ;

---

<sup>47</sup> Source : Appel à projet Mesures Nouvelles de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, 2023

- Donner plus de réactivité sur le délai de réponse afin de désamorcer la crise et de diminuer le risque suicidaire ;
- Éviter le passage aux urgences ;
- Prendre en charge précocement les troubles psychiatriques graves ;
- Diminuer le décrochage de la prise en charge et favoriser l'ancrage dans le soin.

[341] Ce projet sera mené avec les ressources et acteurs du territoire notamment avec les partenaires du secteur sanitaire, social et médico-social, ainsi qu'en lien avec les CPTS de chaque territoire rural, les médecins généralistes, le DSPP et l'Éducation Nationale et en particulier, les professionnels ressources des établissements scolaires.

[342] Pour ce projet, un délai de réponse est fixé à 72h lorsqu'un jeune sort des urgences et 7 jours pour les autres adressages (médecin traitant, médecin de santé scolaire...). La file active prévisionnelle des 3 Consult'ado rurales est estimée à 150 adolescents (50 patients/secteur/an), et 15 patients suivis en même temps.

[343] Les ressources humaines prévues sont les suivantes :

- 0.3 ETP de médecin
- 1 ETP d'IDE
- 0,5 ETP de psychologue

[344] Le budget estimé est de 162 320 € / secteur, incluant les frais de gestion, matériels et logistique. Le calendrier de mise en œuvre est prévu sous 12 mois.

#### **Projet de consolidation du GCS PSYDOM31<sup>48</sup>**

[345] Le GCS PSYDOM31, associe depuis 10 ans le CHGM et le groupe Ramsay Santé (cliniques Beaupuy et les Cèdres) et propose 30 places de Soins intensifs de psychiatrie à domicile (SIPAD) sept jours sur sept et 24 heures sur 24.

[346] Son périmètre d'intervention couvre un territoire comprenant la ville de Toulouse et 121 communes environnantes, soit un bassin de population d'un million d'habitants.

[347] Ses objectifs sont notamment :

- D'offrir des soins psychiatriques d'une particulière intensité, à domicile, 7 jours sur 7 par l'intervention des équipes pluridisciplinaires de PSYDOM31, en partenariat avec les professionnels libéraux et les équipes de secteur
- De développer des procédures d'appui aux professionnels de santé de proximité pour éviter le recours inapproprié au service d'urgence
- De fluidifier la prise en charge en amont et en aval du service des urgences
- D'accompagner le patient sur la voie de l'indépendance, de l'autonomie et de la réhabilitation psycho-sociale dans la conduite de ses tâches et démarches au quotidien.

[348] Son public-cible est constitué par des patients volontaires dans les situations suivantes :

---

<sup>48</sup> Source : Pacte de rénovation de la psychiatrie : projet de consolidation du GCS PSYDOM31

- Adultes souffrant de troubles de l'humeur, de schizophrénies et apparentées, de comorbidités addictives, psychoses émergentes
- Périnatalité avec dimension de trouble mental
- Personnes âgées avec troubles psycho comportementaux notamment en institution
- Personnes souffrant de handicap psychomoteur avec troubles de santé psychique

[349] Le dispositif PSYDOM 31 souhaite en augmenter son déploiement, notamment pour :

- Remettre en place l'entretien de préadmission (remplacé depuis plusieurs années par une étude des demandes sur dossier faute de moyens)
- Améliorer la réactivité et raccourcir le délai d'admission
- **Diversifier le public accueilli, en renforçant la cible des jeunes de 18-25 ans**
- Favoriser la bonne implantation territoriale et la visibilité du dispositif
- Encourager le parcours de rétablissement personnel de l'utilisateur

[350] Les ressources humaines supplémentaires prévues sont :

- 0,5 ETP de psychiatre
- 1 ETP d'IPA
- 0,5 ETP de médiateur de santé pair
- 4 ETP infirmiers (permettant d'intensifier les visites en après-midis)

[351] L'objectif opérationnel est la réouverture de 16 à 30 places en novembre 2024, dès l'arrivée d'un psychiatre.

[352] Les coûts estimés s'élèvent à 390-434 k€ annuels (selon échelon du psychiatre) + des équipements : smartphone, véhicules pour déplacement à domicile, mallettes de soin, postes informatiques, et l'obtention de nouveaux locaux plus spacieux et fonctionnels, demandes qui ne sont pas budgétées dans le projet.

### Les équipes mobiles

[353] **Les dispositifs d'équipes mobiles existants sont les suivants :**

- Le dispositif « HOME » (Habitat cOMmunautaire soutEnu) : piloté par le centre hospitalier Gérard Marchant et soutenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS), HOME est un dispositif ayant pour objectif de proposer une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie en facilitant l'accès à un logement indépendant aux personnes souffrant de maladies psychiatriques sévères. Son domaine couvre donc peu les adolescents.
- La plateforme PEPsy, née d'un partenariat public-privé entre le CHGM, le CHU de Toulouse et la Clinique d'Aufréry. **Ses objectifs sont d'améliorer l'accessibilité aux soins des jeunes de 16-30 ans présentant un premier épisode psychotique.**

[354] Ces approches « d'aller-vers », en particulier sous la forme d'équipes mobiles, sont inspirées de ce qui est maintenant dénommé le « Case Management » (CM), avec notamment « l'Assertive Community Treatment » (ACT), en vue d'apporter des soins de suite à la désinstitutionalisation, afin de soutenir les patients et faire face aux difficultés qu'ils rencontrent dans la communauté. Il s'agit d'intervention à court terme, ayant lieu au domicile du patient ou résidant dans une structure médico-sociale.



[355] Le type de situations prises en charge, peut être lié au dépassement des mécanismes d'adaptation, par exemple dans le cadre d'une personnalité fragile (trouble de l'adaptation), ou à l'exacerbation de symptômes chez un personne présentant un trouble psychiatrique plus marqué (trouble sévère de la personnalité, schizophrénie, trouble bipolaire).

[356] Le projet « d'équipes mobiles ACT », **qui ne concerne pas spécifiquement les adolescents**, vise à développer une équipe mobile pour mettre en place l'ACT à l'échelle de chaque secteur de Haute-Garonne. Les objectifs de ces équipes mobiles sont multiples :

- Réduire le délai d'accès au soin
- Diminuer le recours aux urgences
- Éviter le recours à l'hospitalisation
- Éviter les ruptures de soins
- Diminuer la durée moyenne de séjour
- Réduire le nombre de séjour longs
- Entretenir un partenariat de qualité avec les établissements médico-sociaux.

[357] L'intervention de ces équipes mobiles au domicile et dans le milieu du patient est prévue :

- En période de crise pour intensifier les soins, aider le patient et son entourage à traverser et résoudre la situation de crise, en évitant une hospitalisation.
- En périodes de transition hôpital-ville, afin d'encadrer une période à risque que sont les sorties d'hospitalisation, et en permettant des sorties plus rapides et une fin de stabilisation de l'état de santé au domicile du patient.

[358] Les moyens nécessaires pour une amorce rapide de fonctionnement recouvrent (par secteur ???) :

- 1 ETP médical
- 5 ETP IDE
- 0,5 temps de cadre
- 0,5 temps d'assistante de service social

[359] La seconde étape prévoit de déployer les équipes mobiles de crise :

- 2 ETP médicaux
- 6 ETP IDE
- 0,5 temps de cadre

[360] Une troisième étape sera de déployer une équipe mobile médico-sociale :

- 1 ETP médical
- 4 ETP IDE

Pour chacune des équipes, seront à dimensionner et budgéter les moyens logistiques (locaux, ordinateurs portables, téléphones véhicules).

# LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

## Cabinets

### ***Cabinet de la ministre du Travail de la santé et des solidarités,***

M. Yann Bubien                                  Directeur adjoint de cabinet de la ministre

### ***Cabinet du ministre délégué auprès de la ministre du travail, de la santé et des solidarités, chargé de la santé et de la prévention***

Mme Nadège Grataloup                      Conseillère établissements de santé, ressources humaines et relations sociales

## DGOS

M. Philippe Charpentier                      Sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Mme Marie Daude                              Directrice générale

Mme Anne Hegoburu                          Sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital

Mme Ariane Indart-Marchand              Cheffe du bureau des personnels médicaux

M. Antoine Rouchon                          Chef de bureau adjoint

M. Emmanuel Savarin                        Chef du bureau des personnels non médicaux

Mme Laora Tilman                              Cheffe du bureau prise en charge en santé mentale et populations vulnérables

## ARS Occitanie

M. Didier Jaffre                                Directeur Général

Mme Julie Senger                              Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie

Mr Thomas Rugi                                Directeur adjoint de l'offre de soins et de l'autonomie

Mme Isabelle Redini                          Directrice territoriale 31

Mme Charlotte Hammel                      Directrice territoriale adjointe 31

Dr Nicolas Navarro                            Psychiatre, Conseiller médical

Mme Myriam Thiebeaux                      ARS/DOSA/ référente psychiatrie

## Commission nationale, Société savante, Observatoire régional, Usagers

### ***Commission nationale de psychiatrie***

Pr Michel Lejoyeux                            Président de la Commission

Dr Michel Triantafyllou                      Psychiatre, Président du Groupe opérationnel de psychiatrie

### ***Société française de médecine d'urgence (SFMU)***

Pr Anthony CHAUVIN                        Chef de service adjoint Urgences SMUR Lariboisière, Vice-Président de la SFMU

**Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP)**

Alicia Malacrida	Directrice Administrative
Adrien Monnini	Coordinateur territorial Haute-Garonne
Marion Roussel	Coordinatrice territoriale Haute-Garonne et référente psychiatrie

**ORSM Occitanie**

Dr François Olivier	Directeur de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie (FERREPSY)
Mme Estelle Afina	Chargée de recherche FERREPSY et ORSM
Mme Alexandrine Salis	Chargée de mission FERREPSY et ORSM
Mme Inca Ruiz	Statisticienne CREA I ORS, Montpellier

**Unafam 31**

Me Josette Arvieu	Présidente
M. Michel Lacan	Membre de l'Unafam, président de la CDU du CHGM

**Personnalités qualifiées**

Pr Laurent Schmitt	Ancien président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Occitanie, ancien président de la CME du CHU de Toulouse
Dr Maurice Bensoussan	Préfigurateur du DSPP, ancien président de l'URPS médecins libéraux d'Occitanie

**Établissements de santé**

**CHU de Toulouse**

Pr Christophe Arbus	PUPH, Chef de pôle de psychiatrie
Dr Olivier Azema	PH DIM CHU
Pr Vincent Bounes	PUPH d'anesthésie-réanimation, Chef de service du SAMU 31, Chef du pôle de médecine des urgences
Pr Sandrine Charpentier	PUPH, Cheffe de pôle adjointe du pôle urgences, Responsable des urgences adultes, Présidente de la SFMU 2023-2024
Mme Christelle Deymie	Coordinatrice générale des soins depuis janvier 2022
Mme Mathilde Durbize	Cadre de santé des urgences psychiatriques
M. David Estrain	Faisant fonction de Cadre supérieur de santé au pôle Urgences
M. Alexandre Fanguin	Directeur des soins des pôles Psychiatrie et Urgences depuis janvier 2024
M. Abdelaadi Gaidi	Directeur du pôle patrimoine et ressources immobilières, fonctions support et logistique
Mme Juliette Guiraudie	Cadre supérieure de santé du pôle Psychiatrie
Pr Charles-Henri Houze-Cerfon	PUPH, Responsable du service accueil médico-traumatique (AMT) / structure d'urgence et UHCD
M. Jean-Michel Lattes	Second adjoint au Maire en charge des transports, Président du Conseil de surveillance du CHU

M. Jean-François Lefebvre	Directeur général du CHU
Mme Marlène Lignon	Cadre de santé des pôles Urgences et Psychiatrie
Pr Laurent Molinier	PUPH, Responsable du service d'information médicale du CHU et du GHT
Mme la Pr Fati Nourhashemi	Présidente de la CME
Dr Jean Olivier	Psychiatre aux urgences de Purpan et UF pathologies complexes personne âgée
Mme Marianne Pradère	Directrice référente des 3 pôles : Psychiatrie, Médecine d'urgence et I3LM
Pr Jean-Philippe Raynaud	Chef de service, service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Pr Alexis Revêt	PUPH psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychotraumatisme, dans le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant,

***CHS Gérard Marchant***

Mr Frédéric Artigaut	Directeur par intérim
M. Clément Boucherot	IDE en psychiatrie, faisant fonction de cadre de santé, participant à la cellule de régulation des lits
Dr Jocelyne Calvet-Lefevre	Cheffe du Pôle de psychiatrie Infanto Juvénile
Mme Nadine Carbonnel-Di Guardia	Directrice Parcours, affaires générales, qualité & communication
Pr Francois Chollet	Vice-président de Toulouse Métropole, Président du Conseil de surveillance du CHS Gérard Marchant
Dr Radoine Haoui	Psychiatre, au titre de ses anciennes fonctions : ancien PCME et chef de pôle
Dr Pascal Marie	Président de la CME
Dr Marie-Hélène Moncany	Cheffe du Pôle de psychiatrie et conduites addictives en milieu pénitentiaire
Mme Stéphanie Petetin	Directrice d'hôpital, directrice des affaires médicales, Affaires générales et Relations usagers
Dr Dominique Petiot	Médecin DIM du CHU de Toulouse en intérim à GM à temps partiel
Mme Laurence Vernejoux	Directrice des soins

***Clinique d'Aufréry***

Dr Catherine Baheux	Psychiatre, Présidente de la CME
Mme Pauline Durand	Directrice des ressources humaines
Dr Michel Frexinos	Psychiatre, Directeur médical de la clinique
M. Benjamin Guiraud-Chaumeil	Président du Conseil d'administration de la clinique
Mme Caroline Perissé	Gestionnaire de lits de la clinique
Mme Mélanie Rapicant	Personnel de la Direction des affaires médicales, gestionnaire de lits de la clinique

***Clinique de Beaupuy***

Mme Sabine Biau	Directrice de la clinique de Beaupuy
-----------------	--------------------------------------

***Clinique de Castelviel***

Dr Guillaume Boyer-Vidal	Psychiatre
M. Benjamin Garcia	Directeur
Thomas Garnier	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Anna Germaneau	Attachée de direction
Dr Nicolas Marfaing	Psychiatre
Pauline Terrier	Directrice adjointe

***Clinique des Cèdres***

Mme Elodie Bares	Cadre de santé, coordinatrice de psychiatrie
Mme Sabine Borali	Directrice de la clinique des Cèdres
M. Fabrice Derbias	Directeur régional Occitanie MCO Groupe Ramsay
Mme Claude Nedelec	Directrice déléguée de la clinique et du pôle Psychiatrie

***Clinique du Château de Seysses***

Mme Jennifer Barres	IDEC
Dr Élisabeth Berthelot	Psychiatre
Marion Collus	IDEC
Thomas Garnier	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Amaya Liceaga	Attachée de direction
Dr Frédéric Melinand	Médecin coordinateur régional
Dr Laure Vallaud	Psychiatre

***Maison de santé Mailhol***

M. Anthony Bernardi	Directeur adjoint
Mme Justine Cabrolier	Cadre de soins
Dr Amandine Dubin	Psychiatre
Dr Nicolas Miedzyrzecki	Président de la CME
Dr Hélène Pujol	Psychiatre
Dr Caroline Roques	Présidente de la SAS & Médecin directeur

***Clinique Marigny***

Marie Camon	IDEC
Pauline Chopin	IDEC
Thomas garnier	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Olivier Grima	Attaché de direction
Dr Laurent Lesgourgues	Psychiatre
Julie Marie	Directrice adjointe
Gersende Pompigne	Responsable des admissions

***Clinique de Montberon***

Alexia Andre	Infirmière coordinatrice
Nicolas Bassot	PDG de la clinique
Clara Khayat	Attachée de direction
Dr Jean Limodin	Psychiatre et vice-président de CME
Marie Seys	Directrice

\* Certaines de ces rencontres ont été effectuées dans la première phase de la mission (composition : AC Bensadon, Ph Magne et B Maurice) qui était centré sur la question des urgences pour la rédaction du rapport mais pas pour les entretiens menés.

## SIGLES UTILISES

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>AMT</b>	Accueil médico-traumatique
<b>ANPCME</b>	Association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de CME des CH
<b>APIJ</b>	Agence publique pour l'immobilier de la Justice
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASEI</b>	Association pour la sauvegarde des enfants invalides
<b>CAMSP</b>	Centre d'action médico-sociale précoce
<b>CATTP</b>	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
<b>CCU-AH</b>	Chef de clinique des Universités – Assistant des hôpitaux
<b>CD</b>	Centre de détention
<b>CGLPL</b>	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHGM</b>	Centre hospitalier Gérard Marchant
<b>CHS</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>CNAM</b>	Caisse nationale de l'assurance maladie
<b>CNG</b>	Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
<b>CPT</b>	Communauté psychiatrique de territoire
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>CREAI</b>	Centre régional d'études d'actions et d'informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CTSM</b>	Contrat Territorial de Santé Mentale
<b>DG</b>	Directeur/trice général(e)
<b>DGA</b>	Directeur/trice général(e) adjoint(e)
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DIM</b>	Département d'information médicale
<b>DIRPS</b>	Dispositif de régulation psychiatrique au SAMU 31
<b>DISP</b>	Direction interrégionale des services pénitentiaires
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DSES</b>	Direction de la stratégie, des études et des statistiques (CNAM)

<b>DSPP</b>	Dispositif de soins partagés en psychiatrie
<b>EI</b>	Événement indésirable
<b>EIG</b>	Événement indésirable grave
<b>EMoT</b>	Équipe mobile transitionnelle
<b>EMPP</b>	Équipe mobile psychiatrie-précarité
<b>EPM</b>	Établissement pénitentiaire pour mineurs
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>FIR</b>	Fonds d'intervention régional
<b>FISS</b>	Fonds pour l'innovation du système de santé
<b>FMIH</b>	Fédération médicale inter hospitalière
<b>GCS</b>	Groupement de coopération sanitaire
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>HL</b>	Hospitalisation libre
<b>IDE</b>	Infirmier(e) diplômé(e) d'État
<b>IGAS</b>	Inspection générale des Affaires sociales
<b>IGJ</b>	Inspection générale de la Justice
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IPA</b>	Infirmier(e) en pratique avancé
<b>IRIS</b>	Îlots regroupés pour l'information statistique
<b>MA</b>	Maison d'arrêt
<b>MESRI</b>	Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation
<b>OIP</b>	Observatoire international des prisons
<b>ORS</b>	Observatoire régionale de la santé
<b>ORSM</b>	Observatoire régional de la santé mentale
<b>ORU(MIP)</b>	Observatoire régional des urgences (de Midi-Pyrénées)
<b>PCME</b>	Président de la Commission médicale d'établissement
<b>PDES</b>	Permanence des soins en établissements de santé
<b>PEP</b>	Pratiques exigibles prioritaires
<b>PH</b>	Praticien hospitalier
<b>PM</b>	Personnel médical
<b>PNM</b>	Personnel non médical
<b>PTSM</b>	Projet territorial de santé mentale
<b>PUPH</b>	Professeur des Universités – praticien hospitalier
<b>QPV</b>	Quartiers prioritaires de la politique de la ville
<b>ROR</b>	Répertoire opérationnel des ressources
<b>(A)S(P)DRE</b>	(Admission en) Soins (psychiatriques) sur décision du représentant de l'État
<b>(A)SPDT</b>	(Admission en) Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
<b>SSC</b>	Soins sans consentement



<b>TSA</b>	Troubles du spectre autistique
<b>UHCD</b>	Unité d'hospitalisation de courte durée
<b>UNAFAM</b>	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
<b>URM</b>	(Bâtiment) Urgences – Réanimations - Médecine
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé
<b>UTOX</b>	Unité de toxicologie

# LETTRE DE MISSION



La Ministre du travail, de la santé et des solidarités  
Le Ministre délégué, chargé de la santé et de la Prévention

Paris, le **22 FEV. 2024**

D-24 002662

**A l'attention de Monsieur Thomas AUDIGÉ  
Chef de l'inspection générale des affaires sociales**

**Objet : Lettre de mission d'inspection relative à la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute Garonne**

Plusieurs événements indésirables graves survenus ces derniers jours au centre hospitalier universitaire de Toulouse ont mis en exergue d'importantes fragilités dans l'organisation de la prise en charge psychiatrique sur la métropole de Toulouse. Le département de la Haute-Garonne connaît en effet depuis plusieurs années une situation de tension forte s'agissant de l'activité de psychiatrie. Ces tensions sont notamment liées à certaines particularités organisationnelles.

Dans ce département, près de 75% de l'offre en psychiatrie est ainsi assurée par des opérateurs privés. En revanche, la prise en charge psychiatrique en urgences est assurée exclusivement par le CHU de Toulouse pour la totalité du département. Par ailleurs, le contexte de tensions entre les différents établissements autorisés en psychiatrie pose des difficultés pour trouver des solutions d'aval, notamment au sein des établissements privés qui ne participent pas à la sectorisation et accueillent près de 30% de patients originaires d'autres départements que la Haute-Garonne. Cette insuffisante fluidité et ce manque de coopération entre les établissements du département a pour conséquence d'engorger les urgences du CHU, avec des usagers qui patientent parfois plusieurs jours dans le service de consultations de psychiatrie, souvent dans des conditions très dégradées, l'établissement ayant en effet pris l'habitude de garder parfois plusieurs jours des patients accueillis en urgence dans des locaux totalement inadaptés.

En ce qui concerne plus particulièrement les soins sans consentement, une seule clinique privée (la clinique Beauvuy) les assure, le reste étant pris en charge par le secteur public (CHU de Toulouse et CHS Gérard Marchant). Cette clinique n'accueille pas en revanche les patients admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), ce qui limite les solutions d'aval des urgences pour les cas les plus complexes.

Les événements graves survenus ces derniers jours dans le département (notamment le suicide d'un patient ou encore le viol d'une patiente aux urgences du CHU de Toulouse) ont mis en exergue ces difficultés structurelles récurrentes de prise en charge en psychiatrie sur le territoire de la Haute-Garonne, impactant la qualité et la sécurité des soins assurés aux patients ainsi que les conditions de travail des soignants. De manière générale, les relations compliquées entre les opérateurs de différents statuts ne permettent pas de répondre de manière efficiente aux besoins de prise en charge en psychiatrie des habitants de Haute-Garonne.

Consécutivement aux événements graves précédemment énoncés, et sur notre demande, l'agence régionale de santé Occitanie a annoncé ces derniers jours plusieurs mesures pour pallier en urgence ces difficultés. Afin de remédier à l'accueil prolongé des patients dans le service de consultations des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, l'ARS, avec le concours des établissements publics et privés du territoire, cherche à identifier, parmi plus de 1300 lits ouverts sur la métropole, un volume minimal de 5 lits disponibles chaque jour pour accueillir des patients en aval des urgences. L'ARS a par ailleurs annoncé la mise en place d'une cellule de régulation territoriale et un soutien fort aux projets innovants (équipe mobile par exemple), ainsi qu'aux recrutements pour permettre la réouverture des lits fermés au CHU ou au CHS.

Tél : 01 44 38 38 39  
127 rue de Grenelle - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse [ddc-rpjd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rpjd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>, <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>,  
<https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

En complément de ces mesures et à la lumière des derniers événements indésirables graves survenus et sur lesquels nous souhaitons qu'une attention soit portée, l'organisation du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, et plus particulièrement à la suite d'une admission aux urgences, nécessite d'être revue en profondeur et doit faire l'objet d'une mission d'inspection que je souhaite vous confier.

En premier lieu, la mission devra faire toute la lumière, sans préjudice de l'enquête judiciaire, sur les circonstances dans lesquelles les événements indésirables graves des derniers jours sont intervenus. L'analyse qui sera conduite devra notamment qualifier la nature et l'origine des dysfonctionnements qui ont conduit à ces situations et évaluer si ces événements sont, ou non, liés à des défauts systémiques d'organisation au sein de l'établissement universitaire et vérifier que les procédures et moyens destinés à garantir la sécurité des patients sont pleinement adaptés.

La mission s'attachera également à décrire et évaluer l'organisation actuelle du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, en prenant en compte l'ensemble des spécificités de l'offre territoriale mentionnées ci-dessus. Elle s'attachera ainsi à évaluer le rôle des différents opérateurs selon leur statut, par étape du parcours, de prise en charge de l'accueil en urgence à la prise en charge aval, selon les différentes modalités de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps complet).

La mission expertisera en parallèle les modalités de répartition des moyens financiers alloués à la prise en charge des urgences psychiatriques en Haute-Garonne.

Sur la base de son diagnostic et dans la continuité des décisions annoncées sur place par le Gouvernement le 20 février 2024, la mission veillera à formuler un avis sur les solutions à mettre en place afin de permettre l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (publics et privés), dans des conditions adaptées (locaux, personnel, etc.). La mission veillera spécifiquement à interroger la répartition actuelle des rôles et responsabilités entre les établissements publics et privés de la filière sur le territoire et proposera des modalités de renforcement de leurs coopérations.

La mission formulera également des recommandations de plus long terme, en tenant compte de la réforme du régime des autorisations (notamment en matière de soins sans consentement), qui permet de faire évoluer la carte sanitaire, et de la réforme du financement de la psychiatrie, qui permet de mobiliser des moyens financiers spécifiquement pour répondre à des besoins non couverts.

Elle veillera à mener ce travail avec l'ensemble des acteurs concernés : le groupe opérationnel de psychiatrie de la Commission nationale de la psychiatrie, les établissements de santé publics et privés, les élus concernés, l'ARS, et en cas de besoin les partenaires d'amont et d'aval. Les différentes catégories de professionnels devront être incluses dans les discussions.

Le rapport issu de ces travaux devra nous être remis au plus tard d'ici la fin du mois d'avril 2024.

**Catherine VAUTRIN**

**Frédéric VALLETOUX**