



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE GEORGES DAUMÉZON : LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU

(Département du Loiret)

Exercices 2019 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 18 juin 2025.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	6
RECOMMANDATIONS.....	8
INTRODUCTION.....	9
1 UN ÉTABLISSEMENT ENGAGÉ DANS UNE DÉMARCHÉ QUALITÉ AVEC CEPENDANT DES POINTS DE FRAGILITÉ.....	10
1.1 Un établissement réellement engagé dans une démarche qualité.....	10
1.1.1 La certification et le financement de la qualité des soins.....	10
1.1.2 La mesure de la satisfaction des patients	11
1.1.3 Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté	12
1.1.4 Les conditions de vie des patients	12
1.1.5 Une réduction des mesures d'isolement et de contention	13
1.1.6 Le suivi des événements indésirables et la bientraitance	14
1.2 Des efforts pour adapter la prise en charge aux besoins des patients.....	15
1.2.1 Le développement de la prise en charge en ambulatoire	15
1.2.2 Une meilleure organisation de la prise en charge des urgences	16
1.2.3 La prise en charge somatique des patients	17
1.2.4 Une équipe mobile d'activités thérapeutiques	18
1.2.5 La prise en charge des personnes en situation de précarité.....	19
1.2.6 Les autres équipes mobiles de psychiatrie	19
1.3 Un management de la qualité et des ressources humaines.....	20
1.3.1 Le management de la qualité et de la sécurité des soins	20
1.3.2 La formation professionnelle continue, un atout de l'établissement.....	21
1.3.3 Des tensions concernant le recrutement du personnel	22
1.3.4 Une diminution de l'absentéisme	23
1.4 Des difficultés persistantes dans l'accès aux soins	24
1.4.1 Une démographie médicale défavorable	24
1.4.2 Un maillage territorial dense mais hétérogène	27
1.4.3 La saturation des centres médico-psychologiques	27
1.4.4 Une présence médicale variable selon les centres médico- psychologiques	29
1.4.5 L'ouverture différée d'un centre d'accueil et de crise	29
1.5 Des points de fragilité dans les parcours de soins	30
1.5.1 Un nombre conséquent d'hospitalisations inadéquates.....	30
1.5.2 Une durée moyenne d'hospitalisation en augmentation	31
1.5.3 Le taux d'hospitalisation par transfert depuis les urgences.....	31
1.5.4 Une coordination avec la médecine de ville à développer	33
1.5.5 L'augmentation des hospitalisations sans consentement	33
1.5.6 Une structuration insuffisante de la psychiatrie de liaison.....	33
1.5.7 Un déploiement de la télémédecine à renforcer	34

2 UN PARCOURS DE SOINS EN PÉDOPSYCHIATRIE À FLUIDIFIER.....	36
2.1 Une offre de soins diversifiée et évolutive	36
2.1.1 Une activité principalement ambulatoire en augmentation.....	36
2.1.2 Les profils cliniques des patients	38
2.1.3 La réorganisation en cours du pôle de pédopsychiatrie	40
2.1.4 La prise en charge de l'autisme.....	41
2.1.5 Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation	42
2.1.6 Le traitement des urgences et des situations de crise	42
2.1.7 La prévention des impacts croisés entre addictions et santé mentale	43
2.1.8 La prise en charge des autres pathologies émergentes	44
2.2 Une structuration des parcours de soins à améliorer	45
2.2.1 Une couverture territoriale moins dense à l'Est du département	45
2.2.2 Le rôle pivot des centres médico-psychologiques.....	46
2.2.3 Des délais d'attente insatisfaisants	48
2.2.4 Une pénurie de médecins partiellement compensée	49
2.2.5 La saturation des capacités en lits pour les adolescents	50
2.2.6 Les parcours de soins des enfants protégés à mieux coordonner	51
2.2.7 Une pédopsychiatrie de liaison à renforcer	52
3 UN DISPOSITIF DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES DÉTENUES EN TENSION FAUTE DE RESSOURCES MÉDICALES SUFFISANTES	54
3.1 L'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire.....	54
3.1.1 Le cadre juridique et stratégique	54
3.1.2 Une gradation des soins en trois niveaux de prise en charge	55
3.1.3 L'organisation du service médico-psychologique régional	57
3.1.4 Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté	58
3.1.5 La prévention du risque suicidaire	59
3.1.6 Les structures locales de concertation	59
3.2 L'hospitalisation des personnes détenues.....	60
3.2.1 Le cadre juridique.....	60
3.2.2 Les conditions techniques de fonctionnement des unités sanitaires	61
3.2.3 Une convention de fonctionnement conclue tardivement	62
3.2.4 La composition des personnels et leurs missions.....	63
3.2.5 La sous-utilisation de la structure et ses conséquences.....	64
3.2.6 Une activité structurellement déficitaire	65
3.3 Les difficultés du suivi psychiatrique des détenus	66
3.3.1 Un recours fréquent aux hôpitaux de rattachement.....	66
3.3.2 Un niveau élevé d'hospitalisations sans consentement.....	67
3.3.3 L'accès aux soins somatiques notamment dentaires	67
3.3.4 Les taux de ré-hospitalisation des personnes détenues	68
3.3.5 Les inégalités d'accès aux soins.....	69
3.4 L'accompagnement à la sortie de l'incarcération.....	70
3.4.1 Les consultations médicales de sortie	70
3.4.2 L'insertion des patients sortant de détention.....	71
3.4.3 La prise en compte des problématiques sociales.....	71

3.4.4 L'abandon du projet de service d'accompagnement à la sortie	72
---	----

ANNEXES.....	74
---------------------	-----------

Annexe n° 1. La procédure.....	75
Annexe n° 2. La liste des Ehpad conventionnés	76
Annexe n° 3. Le bilan de la feuille de route en santé mentale	77
Annexe n° 4. Le glossaire	78

SYNTHÈSE

L'essentiel

Le centre hospitalier départemental Georges Daumézon est un établissement public de santé mental (EPSM) de référence dans le Loiret. Véritablement engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients, il est confronté à la persistance de difficultés d'accès aux soins ainsi qu'à un manque de fluidité des parcours des patients, tant en psychiatrie de l'adulte qu'en pédopsychiatrie. En raison d'un manque de personnel adéquat, l'établissement a été contraint de réduire la capacité de l'unité hospitalière spécialement aménagée pour les personnes détenues, ce qui a rendu plus difficile leur suivi psychiatrique.

Un établissement bien engagé dans une démarche qualité

L'établissement est réellement engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, l'activité de l'EPSM a été certifiée par la Haute autorité de santé (HAS) sans réserve en 2024. Il a adapté son organisation afin de prendre en compte les recommandations émises par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Un projet de soin personnalisé est élaboré avec chaque patient. Les mesures d'isolement et de contention ont été réduites ces dernières années. L'EPSM assure un suivi des événements indésirables et a élaboré une charte de bientraitance.

Des efforts pour adapter l'offre de soins aux besoins des patients

Des efforts significatifs ont été accomplis par l'établissement pour adapter l'offre de soins aux besoins des patients. Ainsi, la prise en charge en ambulatoire est en augmentation, ce qui correspond aux attentes des patients. En outre, quand elle n'est pas traitée par les centres médico-psychologiques (CMP), l'urgence psychiatrique est prise en charge par une structure spécifique, le centre psychiatrique d'accueil d'urgence (CPAU). L'EPSM a aussi créé plusieurs équipes mobiles, selon le principe de « l'aller vers », notamment en direction des populations à risque tels que les jeunes (16-25 ans) en situation de précarité et les personnes âgées.

Des difficultés dans l'accès et la structuration des parcours de soins

Sur la base d'un faisceau d'indicateurs, la chambre a aussi relevé la persistance de difficultés dans l'accès aux soins ainsi que dans la structuration des parcours du patient. En effet, avec des densités médicale et paramédicale parmi les plus faibles de France, le Centre-Val de Loire connaît des difficultés d'accès aux professionnels de santé. Cela se traduit notamment par une saturation des centres médico-psychologiques. Face à ce constat, l'établissement a mis en œuvre une politique d'attractivité médicale et développé le recours à la fonction d'infirmier de pratique avancée (IPA) en santé mentale. Des points de fragilité

subsistent également dans la structuration des parcours de soins comme le nombre d'hospitalisations inadéquates, la structuration insuffisante de la psychiatrie de liaison ou le faible usage de la télémedecine.

Un parcours de soins en pédopsychiatrie à fluidifier

L'offre de soins de l'établissement, diversifiée et évolutive, est cependant fortement contrainte par la vacance de nombreux postes médicaux même si le pôle de pédopsychiatrie a été renforcé à la faveur des appels à projet et des rebasages budgétaires issus de la réforme du financement de la psychiatrie. La file active a augmenté de 24,5 % entre 2019 et 2023 avec une moyenne de 37 % de nouveaux patients chaque année. Cependant, le parcours des patients reste à fluidifier. Les délais d'attente pour un rendez-vous avec un médecin sont insatisfaisants, soit 4,2 mois en moyenne sur les centres médico-psychologiques. Si le maillage territorial de ces centres est jugé dans l'ensemble pertinent, il reste cependant moins dense à l'Est du département.

Les difficultés du suivi psychiatrique des détenus

L'établissement a dû diminuer de moitié la capacité de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour les détenus en raison d'une pénurie de personnel médical. La réouverture de 10 lits en 2024, rendue possible par un recrutement médical, a permis de porter la capacité actuelle à 30 lits ouverts sur 40. Or, la qualité de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues contribue à la prévention de la récidive. Au plan budgétaire, l'activité d'hospitalisation des personnes détenues est déficitaire, ce qui pèse à la fois sur la trésorerie et les résultats comptables de l'établissement. Le poids des charges indirectes est relativement élevé et se situe en moyenne autour de 34 % de l'ensemble des charges de la structure.

L'établissement a mis en place des dispositifs propres aux sortants de détention comme les consultations médicales de sortie, les appartements de transition ; la mise en place d'une équipe mobile transitionnelle (EMOT) est prévue en 2026.

À l'issue de ses investigations, la chambre a formulé deux recommandations.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Améliorer l'exhaustivité et la traçabilité de l'enregistrement des actes de la psychiatrie de liaison (p. 34).

Recommandation n° 2. : Instaurer l'accès des femmes détenues à l'unité de soins réservée aux prises en charge à temps partiel (p. 69).

INTRODUCTION

Le centre hospitalier départemental Georges Daumézon est un établissement public de santé mentale (EPSM), spécialisé en psychiatrie qui assure dans le Loiret une mission de prévention et d'accueil, de soins, de postcure et de réinsertion en santé mentale. Il exerce une activité de soins en psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, les soins spécifiques ainsi qu'une activité de soins en milieu pénitentiaire.

L'établissement a été créé en 1913 avec pour objectif d'œuvrer à l'abandon de la conception asilaire de la psychiatrie, à la restauration de la dignité des malades et à l'ouverture de l'hôpital vers la ville. Situé dans un cadre boisé, à Fleury-les-Aubrais à cinq kilomètres d'Orléans, il a été conçu avec l'idée de donner le plus de liberté possible aux patients qu'il pouvait accueillir au sein d'un village de quatre-vingts bâtisses. Le projet s'attachait à occuper le plus possible les patients à la ferme, au jardin, aux ateliers ou à la porcherie. Doté de chemins forestiers, d'une propre station d'épuration, d'un puits d'eau, l'établissement était un site totalement autonome.

La santé mentale est l'une des priorités de la stratégie nationale de santé (SNS), compte tenu de la prévalence des troubles (un Français sur cinq sera un jour atteint d'une maladie psychique), de leur impact sur la vie des personnes concernées et de leur entourage¹, et des évolutions à prévoir dans les organisations pour favoriser un diagnostic précoce² et organiser une prise en charge adaptée associant prévention, soins et insertion des personnes³.

Le présent contrôle de l'EPSM, relatif aux exercices 2019 et suivants, porte sur la qualité du service rendu aux patients et à la population. Il s'agit d'un sujet d'attention des juridictions financières, inscrit dans ses axes de programmation, comme un sujet de préoccupation de nos concitoyens. Les différentes étapes de la procédure, telles que prévues aux articles L. 243-1 à L. 243-6 du CJF, sont présentées en annexe n° 1

Selon une approche multidimensionnelle, la chambre a pris en compte non seulement la démarche qualité de l'établissement dans la délivrance des soins mais aussi les efforts d'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients, le management de la qualité et des ressources humaines et, enfin, l'accessibilité et la structuration des parcours de soins. Considérant que la qualité du service rendu est indissociable de l'efficacité⁴ générale de l'établissement, une attention particulière a été portée à la rationalisation de l'organisation.

Outre la psychiatrie adulte, la chambre a examiné la qualité de la prise en charge en pédopsychiatrie et l'efficacité du dispositif de santé mentale des personnes détenues.

¹ Les troubles psychiatriques occupent le deuxième rang des causes mondiales de handicap.

² Le retard au diagnostic pour les troubles tels que la schizophrénie ou les troubles bipolaires peut aller jusqu'à 10 ans après les premiers symptômes.

³ Source : Ma santé 2022.

⁴ C'est-à-dire de la délivrance de soins de qualité au meilleur coût.

1 UN ÉTABLISSEMENT ENGAGÉ DANS UNE DÉMARCHE QUALITÉ AVEC CEPENDANT DES POINTS DE FRAGILITÉ

Évaluer la qualité du service rendu aux patients et à la population implique d'adopter une approche multidimensionnelle et de recouper différentes données en relation avec la prise en charge des patients. Outre la qualité et la sécurité des soins dispensés à l'hôpital, l'approche retenue par la chambre, volontairement large⁵, prend en compte les efforts d'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients, le management de la qualité et des ressources humaines et, enfin, l'accessibilité et la structuration des parcours de soins.

Le centre hospitalier départemental Georges Daumézon est engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients. Toutefois, sur la base d'un faisceau d'indicateurs, la chambre relève la persistance de difficultés tant dans l'accès aux soins ainsi que dans la structuration des parcours du patient.

1.1 Un établissement réellement engagé dans une démarche qualité

1.1.1 La certification et le financement de la qualité des soins

La certification des établissements de santé est une démarche conduite par la Haute autorité de santé (HAS). Concernant tous les établissements de santé, son objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins.

La dernière certification de l'EPSM, réalisée en septembre 2024, est articulée autour de trois axes qui portent respectivement sur le patient, les équipes de soins et l'établissement. Le rapport de certification précise que les conditions de vie des patients sont systématiquement prises en compte dans l'élaboration du projet personnalisé de soin, lequel est élaboré avec chaque patient. Celui-ci peut, en outre, bénéficier de la désignation d'un référent. Le maintien de l'autonomie, la resocialisation, le maintien des parcours scolaires (pédopsychiatrie) et la réhabilitation constituent des axes fort du projet médico-soignant⁶.

La HAS a certifié sans réserve l'établissement qui obtient, cependant, son score le plus faible (74 %) sur le critère de l'évaluation des pratiques par les équipes, notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Ainsi, selon le rapport de certification « les évaluations cardio-vasculaires et métaboliques, gastro-intestinales et le repérage et propositions d'aide aux arrêts des addictions sont du fait des manques de ressources en médecins généralistes encore peu réalisées. »

Par ailleurs, le dispositif d'incitation financière à la qualité dans le financement des établissements publics de santé a été neutralisé en 2020 à la suite de la survenue de la crise

⁵ Il s'agit d'une approche systémique qui examine la qualité du service rendu en replaçant l'hôpital dans son environnement. Elle se différencie en cela de la démarche de certification de la HAS.

⁶ Source : rapport de certification.

sanitaire. Toutefois, un arrêté du 20 décembre 2024 fixe les nouvelles modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux hôpitaux au titre de la démarche qualité. Il dresse la liste des indicateurs retenus pour le calcul de la dotation mentionnée à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale et ceux qui sont en diffusion publique⁷.

L'usage des indicateurs de qualité dans le financement des hôpitaux

Depuis 2012, le modèle IFAQ (incitation financière à la qualité des soins) vise à introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé en incitant à la progression et en valorisant les mesures de qualité existantes. Ce modèle a constitué une opportunité pour diversifier les modes de financement des établissements de santé, dans le contexte d'un modèle de tarification à l'activité fortement critiqué.

En 2019, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 », le modèle a été rénové et amplifié avec une montée en charge financière (celle-ci est passée de 50 millions d'euros en 2018 à 700 millions en 2022, avec un objectif ciblé à un milliard d'euros) et l'intégration de nouvelles dimensions (nouveaux indicateurs, extension à l'ensemble des champs d'activité, rémunération au sein de chaque groupe homogène d'établissements à 70 % des établissements obtenant les meilleurs résultats). La crise sanitaire a eu un impact fort sur l'évolution du dispositif. Celui-ci a été neutralisé en 2020 et les ajustements prévus pour la montée en charge du modèle ont été reportés.

Source : rapport d'analyse prospective de la HAS (2024)

1.1.2 La mesure de la satisfaction des patients

La satisfaction des patients est mesurée via des modalités adaptées aux modalités de prise en charge. L'établissement bénéficie d'un taux de retour important (environ 70 %). Les résultats sont exploités, tant au plan quantitatif que qualitatif, par l'analyse des verbatims. Les résultats globaux sont diffusés au niveau de l'établissement et partagés avec les services et unités de soins pour ceux qui les concernent spécifiquement. Ces résultats sont mobilisés par les équipes qui en font une source d'alimentation de leur plan d'action qualité.

Plusieurs exemples observés lors de la visite de certification ont montré l'effectivité de cette exploitation par les professionnels de terrain. L'expérience du patient est principalement mobilisée au travers des activités d'éducation thérapeutique auxquelles des patients sont associés mais aussi de l'appui des apports d'un pair aidant engagé dans le dispositif de réhabilitation et du recours à des patients experts. L'expérience du patient est également recueillie à l'appui des nombreuses modalités dédiées à l'écoute des patients (réunions soignants soignés, reprise des séquences d'isolement...).

Enfin, les plaintes et réclamations sont collectées et analysées par la commission des usagers (CDU) et la direction de l'établissement. L'évaluation et la réévaluation de la douleur est généralement réalisée. Les équipes disposent de protocoles et d'outils adaptés. Une attention

⁷ L'établissement a reçu une dotation IFAQ d'un montant de 0,6 M€ en 2023.

particulière est apportée à l'évaluation de la douleur chez les jeunes patients autistes pour lesquels sont utilisés des outils adaptés⁸.

1.1.3 Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), huit contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier, en février 2017. Le rapport qui en a résulté relève six bonnes pratiques et formule 36 recommandations. Dans le cadre du suivi triennal de ces recommandations, un deuxième rapport de visite a été rédigé par le CGLPL en 2020⁹.

Les investigations conduites par la chambre montrent que, pour l'essentiel, l'établissement a adapté son organisation afin de prendre en compte les recommandations émises par le CGLPL¹⁰. Cela concerne notamment l'information des patients (mise à jour du livret d'accueil), l'aménagement des locaux (plusieurs opérations de rénovation), la liberté de circulation, l'usage du téléphone et d'internet et, enfin, le respect de l'intimité lors des visites (aménagement des salons).

1.1.4 Les conditions de vie des patients

Un projet de soin personnalisé est élaboré avec chaque patient et l'adhésion à ce projet de soin constitue un axe fort de la prise en charge. Le maintien de l'autonomie, la resocialisation, le maintien des parcours scolaires (pédopsychiatrie) et la réhabilitation constituent des axes fort du projet médico-soignant¹¹.

La prise en compte des vulnérabilités sociales est une préoccupation majeure de l'établissement. Les assistants de service social sont présents au sein des unités de soins pour faire au plus tôt le bilan de la situation sociale du patient, permettre l'accès aux droits, disposer des éléments nécessaires à la préparation de la sortie. Cette équipe est rattachée à la direction des soins.

En outre, un nouveau formulaire de désignation d'une personne de confiance a été élaboré en 2023 par l'établissement. Lors de son entrée, il est proposé à chaque patient qui peut l'utiliser pour indiquer les coordonnées de la personne qu'elle désigne. Ce formulaire rappelle les termes de l'article L.1111-6 du code de la santé publique (CSP) relatif au rôle que la personne de confiance est susceptible de remplir auprès du patient. Il mentionne la disposition de cet article selon laquelle cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Le livret d'accueil mentionne également le droit de désigner une personne de confiance. Ce formulaire est présenté par les équipes de soins à tous les patients hospitalisés et il est intégré systématiquement dans le dossier informatisé. La distinction entre personne à

⁸ Source : rapport de certification 2024.

⁹ Le CGLPL a mené d'autres contrôles, ayant donné lieu à des rapports en 2013 et 2021, sur lesquels la chambre s'est également appuyée dans le cadre de son instruction.

¹⁰ Source : données de l'établissement.

¹¹ Source : rapport de certification 2024.

prévenir et personne de confiance (spécifiée dans le livret d'accueil) est clairement identifiée par les professionnels.

Enfin, l'établissement s'est doté d'un espace culturel. Lieu d'expositions thématiques d'œuvres produites par les patients, il est également ouvert aux artistes qui peuvent y tenir résidence. Sa qualité architecturale, la valorisation des créations exposées, l'implication des patients dans le projet et son ouverture sur l'extérieur contribuent à déstigmatiser l'image de la psychiatrie.

1.1.5 Une réduction des mesures d'isolement et de contention

Les pratiques d'isolement et de contention¹² des patients sont encadrées par les dispositions de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Ce sont des pratiques médicales et de dernier recours car attentatoires à la liberté d'aller et venir, qui sont soumises en conséquence à des délais stricts et au contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD).

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention, notamment les moyens mis en œuvre pour limiter ces pratiques. Le rapport est transmis annuellement pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance en application de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique¹³.

Le rapport annuel présenté au conseil de surveillance en novembre 2023 indique qu'un questionnaire relatif aux bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention a été déployé dans les services¹⁴. Il dresse également le constat d'une baisse des mesures d'isolement et de contention par rapport à l'année précédente.

L'établissement dispose de dix chambres d'isolement, d'une surface comprise entre neuf et 19 m², dont quatre situées dans des unités ouvertes. Toutes les chambres permettent le respect de l'intimité des personnes qui y sont placées, un sas séparant les chambres d'isolement du couloir, est équipé de toilettes et d'une douche. Elles sont toutes bien éclairées naturellement par de grandes fenêtres munies de volets roulants.

Toutes les chambres d'isolement ont été rénovées sauf une¹⁵. Un bouton d'appel permet à la personne isolée d'appeler les soignants si besoin, une pendule protégée lui permet de se repérer dans le temps. L'accès aux toilettes est désormais possible depuis les chambres.

¹² Les pratiques d'isolement et de contention sont de mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente. Le patient en isolement thérapeutique est placé dans un espace séparé des autres, dont il ne peut sortir librement. Cette mesure se distingue de la contention, qui peut être physique (immobilisation du patient), mécanique (utilisation de tous moyens, matériels ou vêtements réduisant sa mobilité) ou chimique (administration de médicaments sédatifs).

¹³ Le contenu du rapport est défini par l'instruction ministérielle du 29 mars 2017.

¹⁴ Source : procès-verbal de la réunion du conseil de surveillance du 9 novembre 2023.

¹⁵ La rénovation est prévue en 2025.

1.1.6 Le suivi des événements indésirables et la bientraitance

Le recensement et l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) intervenus dans les différents services de soins constituent un élément significatif d'appréciation de la qualité des soins qui y sont dispensés.

Ces événements indésirables graves, appelés aussi signalements, sont fondés sur un système déclaratif qui recense les événements inattendus pouvant affecter la santé de la personne, dont le risque de réalisation est connu. Dans un objectif d'amélioration de la prévention, les événements indésirables doivent être recensés. Les plus graves doivent suivis, analysés et déclarés à l'ARS¹⁶.

Entre 2021 et 2023, le nombre d'événements indésirables (EI) au sein de l'établissement est en moyenne de 445, avec un maximum de 456 en 2023. En revanche, les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) sont peu nombreux.

Tableau n° 1 : Suivi des événements indésirables

	2021	2022	2023	Exemples
Événements indésirables déclarés	429	452	456	Fugues, violences sur le personnel, sécurité des équipements etc.
Dont actes de violence	8	8	3	
Événements indésirables graves	2	2	3	Tentative de suicide, agression, surconsommation médicamenteuse etc.

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

Les thèmes principalement concernés par les événements indésirables sont relatifs aux risques professionnels (21 %), aux conditions de prise en charge des patients (dans 16 % des cas), les faits de violence contre soi-même, les autres ou les biens (dans moins de 5 % des cas). Cependant, la question de l'exhaustivité de ces signalements peut se poser dans la mesure où le rapport de certification précité de la HAS mentionne que « aucun des patients rencontrés lors des évaluations a témoigné de la connaissance de la possibilité de déclaration d'un événement indésirable associé aux soins dont il serait l'objet. »

Les valeurs de respect et de bientraitance sont portées par l'institution qui inclut des actions de formations spécifiques pour les professionnels, en termes de communication aux patients, de gestion des difficultés, de repérage et de circuits de signalement des situations de maltraitance, notamment pour les mineurs, les personnes vulnérables, les violences conjugales. Les réunions cliniques, auxquelles participent les psychologues, constituent un lieu d'échanges et de réflexions interpersonnels sur les pratiques, dont les questions de maltraitance.

La charte de bientraitance a été actualisée en 2024 et présentée à la commission des usagers (CDU). L'EPSM prévoit d'élaborer une cartographie des risques de maltraitance, en lien avec le guide HAS consacré à cette thématique¹⁷. Des formations sont inscrites dans le plan

¹⁶ Chaque année, la HAS publie un bilan des événements indésirables graves.

¹⁷ Cf. le guide de la HAS « Bientraitance et gestion des signaux de maltraitance en établissement d'octobre 2024. »

annuel de formation d'une durée de deux jours à destination des professionnels. Enfin, les plaintes et réclamations sont collectées et analysées par la direction de l'établissement.

1.2 Des efforts pour adapter la prise en charge aux besoins des patients

1.2.1 Le développement de la prise en charge en ambulatoire

La prise en charge en ambulatoire reste très majoritaire parmi l'ensemble des patients, adultes et enfants, soignés au sein de l'établissement. Cette modalité de prise en charge est en augmentation et correspond aux attentes des patients.

Les patients suivis en ambulatoire sont jeunes : près de 20 % d'entre eux ont 16 ans ou moins en 2024, et près de la moitié d'entre eux a moins de 37 ans. Le rapport d'activité médicale 2023, attribue 51 % d'activité ambulatoire au pôle de psychiatrie de l'adulte contre 21 % au pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Tableau n° 2 : L'âge des patients suivis en ambulatoire

	2021	2022	2023	2024
<i>Nombre de patients de 16 ans ou moins</i>	2 835	2 890	2 984	3 552
<i>Proportion de patients de 16 ans ou moins</i>	16,4 %	16,7 %	16,8 %	19,2 %
<i>Nombre de patients de moins de 37 ans</i>	7 786	7 865	7 986	8 640
<i>Proportion de patients de moins de 37 ans</i>	45,0 %	45,5 %	45,0 %	46,6 %
<i>File active ambulatoire</i>	17 289	17 276	17 748	18 528

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

L'hospitalisation partielle constitue une alternative à l'hospitalisation complète même si seule une minorité de patients est orientée vers elle sans une hospitalisation préalable. Elle sert le plus souvent à la réinsertion des patients ayant déjà été hospitalisés. Le nombre de places en hospitalisation partielle a baissé depuis 2017 passant de 207 à 149 places. L'activité a également baissé de près de 7 % entre 2019 et 2023.

Tableau n° 3 : Indicateurs de l'activité

	2019	2020	2021	2022	2023	2023/2019
Hospitalisation à temps partiel						
<i>Nombre de venues en équivalent demi-journées</i>	45 996	28 887	28 480	29 562	32 655	-29,0 %
<i>File active des patients pris en charge à temps partiel</i>	690	592	525	598	644	-6,7 %

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

De plus, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète par d'autres modes de prise en charge s'est traduit par une restructuration de la filière psychosociale et l'augmentation de la capacité d'accueil en appartements thérapeutiques. L'offre de soins de réhabilitation psychosociale s'inscrit dans un travail en réseau qui englobe l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie, notamment des soins primaires, éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville. Ils viennent en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle¹⁸.

L'EPSM dispose de 28 appartements thérapeutiques sur le site et de 25 appartements dits d'insertion. Ces derniers, historiquement, ont été construits pour permettre l'accès au logement à des personnes souffrant de troubles psychiques. En pratique, l'EPSM loue ces appartements afin que ces patients, suivis en ambulatoire, puissent bénéficier d'un logement à l'extérieur. Un projet de réorganisation vise à diminuer le nombre d'appartements d'insertion et, à l'inverse, d'augmenter celui des appartements thérapeutiques.

Pour étoffer l'offre de prise en charge sur le territoire, l'EPSM subventionnait jusqu'en 2021, à hauteur de 6 000 euros par an, l'association « le lien » gérée par des professionnels de l'hôpital sur leur temps personnel. Une convention datant de 2012 a été passée avec l'association afin d'encadrer son activité. Au 31 décembre 2023, l'association ne loue plus que deux logements, contre 17 en 2019, et n'accueille plus que deux personnes suivies par le CMP de secteur. L'association souhaite cesser définitivement son activité courant 2025.

1.2.2 Une meilleure organisation de la prise en charge des urgences

En pratique, la prise en charge des urgences psychiatriques des enfants et des adultes est assurée concurremment par l'EPSM et le centre hospitalier de Montargis. L'existence d'une filière structurée est de nature à faciliter l'adressage vers des dispositifs dédiés en santé mentale, le pourcentage d'admission par les urgences générales dans le Loiret (2,5 %) étant inférieur à moyenne régionale (5,5 %) et nationale (11,7 %).¹⁹

Quand elle n'est pas traitée par les CMP ou les hôpitaux généraux, l'urgence est prise en charge par une structure spécifique. Ainsi, un centre psychiatrique d'accueil d'urgence (CPAU), situé sur le site de l'EPSM à Fleury-les-Aubrais, et dont les missions sont l'accueil physique (consultations) et téléphonique, l'écoute, l'évaluation, l'orientation permet de prévenir les situations d'urgence et de crise 24h sur 24 et tous les jours de la semaine. L'équipe intervient également au sein du service d'accueil des urgences (SAU) du CHRU d'Orléans²⁰ avec une présence quotidienne d'infirmier du lundi au dimanche et de médecin du lundi au vendredi.

L'activité du CPAU connaît une forte progression au cours de ces dernières années, ce qui traduit une demande croissante de la population en psychiatrie d'urgence. Entre 2019 et 2024, le nombre de passages au CPAU a fortement progressé (+ 42 %), ainsi que le nombre de patients (+26 %).

¹⁸ Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

¹⁹ Source : Projet territorial de santé mentale du Loiret, novembre 2020.

²⁰ Il s'agit donc de fait d'une organisation bi-site.

Tableau n° 4 : L'activité du centre psychiatrique d'accueil des urgences

<i>Activité CPAU sur le site du CHGD</i>	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de passages	3 428	3 223	3 619	3 988	4 346	4 879
<i>dont passages provenant du CHRU</i>	182	172	376	448	337	318
Nombre de patients	2 308	2 160	2 489	2 637	2 685	2 915
<i>Hospitalisations EPSM</i>	957	880	756	800	852	795
<i>Activité téléphonique</i>			12	16	87	353

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données communiquées par le centre hospitalier départemental Georges Daumézon

S'agissant de son positionnement, le CPAU vient en soutien des structures ambulatoires. En effet, il est de plus en plus mobilisé pour pallier la carence de temps médical dans les CMP, lesquels ne disposent pas d'un temps médical couvrant toute la semaine. De même, il intervient aussi en relais de l'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP).

Trois indicateurs tendent à montrer que cette structure contribue à fluidifier le parcours du patient. D'abord, le nombre d'hospitalisations après passage au CPAU est en diminution entre 2019 et 2024. Cette baisse s'explique, selon l'établissement, par une meilleure coordination des parcours, notamment grâce à une réorientation accrue vers l'ambulatoire et les CMP de secteur.

Ensuite, le nombre de patients en provenance du CHRU d'Orléans et orientés vers le CPAU a fortement augmenté à partir de 2021, ce qui traduit un partenariat plus structuré entre les deux structures hospitalières. Enfin, le recours croissant aux échanges téléphoniques comme modalité de prise en charge contribue à fluidifier les parcours et limiter les hospitalisations évitables²¹. L'augmentation constatée s'explique surtout par une meilleure traçabilité de cette activité.

1.2.3 La prise en charge somatique des patients

La surmortalité des personnes ayant des troubles psychiques sévères s'aggrave de manière continue, alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Les maladies cardiovasculaires et celles liées au tabac représentent les principales causes de décès des personnes atteintes de troubles psychiques²². Les personnes présentant des troubles psychiques doivent, à l'instar du reste de la population, bénéficier d'un suivi somatique et de mesures de prévention réalisés par un médecin généraliste.

Afin d'améliorer l'accès aux soins somatiques des patients souffrant de troubles psychiatriques, un service de médecine générale a été ouvert au sein de l'EPSM, composé de

²¹ Source : réponse de l'ordonnateur au questionnaire final.

²² Par exemple, une personne chez qui un diagnostic de schizophrénie ou de troubles bipolaires a été établi, a 2 à 3 fois plus de risques de mourir d'une maladie cardiovasculaire que la population générale.

trois médecins généralistes²³, d'une diététicienne, d'une psychomotricienne et de deux kinésithérapeutes à temps plein, d'un pneumologue à temps partiel. Ce service dispose de locaux dédiés aux consultations²⁴.

En cas de nécessité, un accès aux soins de spécialités est organisé et facilité grâce aux liens étroits que l'EPSM entretient avec le CHRU d'Orléans dans le cadre du GHT. L'EPSM est engagé dans une démarche de prévention, de repérage et d'accompagnement des conduites addictives, avec un parcours structuré comportant une unité d'hospitalisation, un CMP et une équipe mobile qui intervient sur l'ensemble des secteurs.

En outre, l'établissement travaille avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) afin de permettre à tout patient de disposer d'un médecin généraliste. La lettre de liaison est majoritairement remise au patient à sa sortie²⁵.

1.2.4 Une équipe mobile d'activités thérapeutiques

En psychiatrie, les activités de sociothérapie relèvent du projet thérapeutique du patient. Elles rassemblent les actions offertes au malade pour préserver ses compétences de vie courante (travaux artisanaux, activités de la vie quotidienne, de culture ou de loisir) et celles visant à développer son autonomie et ses capacités relationnelles, physiques et gestuelles.

Partant du constat que les patients en unité d'hospitalisation ne bénéficient pas d'activités thérapeutiques de manière régulière, une équipe mobile d'activités thérapeutiques (EMAT) a été créée en 2021 au sein du pôle adulte. Les professionnels de cette équipe sont formés à la médiation thérapeutique. Son objectif principal est de proposer de manière pérenne et programmée des activités thérapeutiques au sein des unités d'hospitalisation temps plein. Le public prioritaire sont les patients pris en charge dans ces unités et pour lesquels la situation clinique présentée ou les contraintes administratives ne permettent pas une prise en charge en hôpital de jour.

L'établissement entretient ainsi des liens de coopération avec les associations œuvrant pour l'aide aux patients et leur insertion sociale, notamment les groupements d'aide mutuelle et les associations représentant les familles de patients. Les relations sont néanmoins plus développées avec six associations pour lesquelles des conventions ont été signées entre 2019 et 2024. En matière de mise à disposition de personnels, une quinzaine d'agents a été mis à disposition d'établissements ou d'associations pour des quotités de temps variables. Elles ont donné lieu à des contreparties financières²⁶ en application des textes en vigueur²⁷.

²³ Les trois postes de médecins généralistes sont bien pourvus par le Dr Piroelle (chef de service), Dr Gounot et Dr Bernardo. En ETP, cela représente 2,8 ETP. L'EPSM souhaiterait augmenter cet effectif afin d'étendre le champ d'intervention de la médecine générale notamment sur l'ambulatoire (en attente d'un projet écrit par le chef de service).

²⁴ Source : rapport du CGLPL.

²⁵ Source : rapport de certification 2024.

²⁶ À l'exception de l'attaché d'administration mis à disposition de l'UNAFAM pour lequel l'EPSM perçoit directement des crédits de l'ARS.

²⁷ Cf. les articles L. 512-7, L. 512-8, L. 512-16 et L. 512-17 du code général de la fonction publique.

1.2.5 La prise en charge des personnes en situation de précarité

Une part importante des publics en situation de précarité souffre de troubles psychiques et/ou addictologiques, avec un fort sentiment d'abandon et d'isolement : 30 % du public accueilli en structure d'hébergement pour personnes en situation précaire est ainsi atteint de troubles psychiatriques ou en réelle souffrance psychique. De plus, la pauvreté et, à plus forte raison, la rue, constituent un risque aggravant de ces pathologies : les personnes modestes ont trois fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les personnes aisées²⁸.

Cette population nécessite un accompagnement médico-social spécifique, qui s'appuie sur des stratégies proactives pour aller à leur rencontre, leur offrir des soins sur leur lieu de vie et sur une coordination renforcée entre les acteurs du soin et l'accompagnement médico-social et social.

L'équipe mobile précarité psychiatrie (EMPP) de l'EPSM existe depuis 2020 dans le Loiret, et sa mission est départementale. Cette équipe effectue le repérage et l'orientation pour une prise en charge des personnes en souffrance psychique en situation d'exclusion ou de précarité, notamment à la rue et en centre d'hébergement. Elles apportent également un soutien (conseils, sensibilisations et formations...) aux acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires accueillant ces publics.

La file active de l'EMPP est de 189 patients en 2023 contre 114 en 2022 pour un nombre d'actes qui a augmenté de 33,6 % en 2023²⁹. Environ 80 % des demandes concernent des personnes sans papiers, « ce qui [selon l'établissement] requiert aujourd'hui la création d'une permanence d'accès aux soins spécialisés (PASS) de psychiatrie. »

1.2.6 Les autres équipes mobiles de psychiatrie

L'entrée dans le parcours de soins s'opère trop souvent en situation d'urgence et de crise pour les patients, notamment des patients non connus de la file active. Ce constat met en évidence la nécessité de développer la mobilité, « l'aller vers » et l'intervention précoce sur les populations à risque comme les jeunes (16-25 ans), notamment les jeunes en situation de précarité ou en sortie du dispositif ASE, les enfants, les personnes âgées, les personnes en situation de précarité, les personnes dans le déni et à risque de soins sans consentement.

Point d'entrée dans le parcours du patient, les équipes mobiles spécialisées interviennent en amont des centres médico-psychologiques (CMP). Ces équipes mobiles interviennent aussi à domicile, en institutions médico-sociales ou sociales et ont vocation à prendre en charge des patients connus ou non connus de la file active, afin d'évaluer de manière précoce, pendant la crise et en amont de l'urgence, et d'orienter l'utilisateur dans le parcours qui lui est adapté.³⁰

²⁸ D'après le dernier rapport de l'Observatoire national du suicide de 2022, le taux de tentatives de suicide est de 18,7 pour 100 000 pour le quart de la population avec le plus faible niveau de vie contre 6 pour 100 000 pour le quart de la population avec le plus haut niveau de vie.

²⁹ Soit 1 391 actes en 2022 et 1 859 actes en 2023.

³⁰ Source : Projet territorial de santé mentale du Loiret, novembre 2020.

Dans la période récente, l'établissement a mis en place plusieurs initiatives. Outre l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), trois autres équipes mobiles ont été créées. Ces équipes ciblent des publics vulnérables. La première est une équipe mobile d'intervention de crise auprès des enfants et adolescents (EMICEA). La deuxième est une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée³¹. Enfin, le dispositif d'intervention mobile en addictologie (DIMA) a également été mis en place.

L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée s'adresse aux personnes âgées de plus de 60-65 ans. Elle intervient pour des critères cliniques relevant de la psychiatrie de la personne âgée, comme la psychose vieillissante ou les pathologies psychiatriques apparaissant lors du vieillissement. L'équipe intervient à domicile et en Ehpad. Les interventions se font sur prescription médicale, du lundi au vendredi. L'objectif est d'évaluer les besoins spécifiques en santé mentale des personnes âgées identifiés par l'équipe. Il s'agit aussi de s'assurer de la bonne observance des traitements. Un suivi psychiatrique est effectué, notamment pour les troubles sévères psychiatriques. Enfin, l'équipe outille les aidants et les équipes des Ehpad. Cela se fait au travers de la diffusion de bonnes pratiques et des conseils de thérapies non médicamenteuses.

1.3 Un management de la qualité et des ressources humaines

L'EPSM a bien mis en place une équipe en charge de la qualité et de la sécurité des soins. En outre, la qualité de la prise en charge des patients dépend à la fois du nombre de professionnels présents à leurs côtés mais aussi de leur qualification et du développement de leurs compétences.

1.3.1 Le management de la qualité et de la sécurité des soins

L'établissement a redéfini ses orientations stratégiques et ses priorités en matière de démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, cette démarche étant désormais portée par la direction des soins.

La politique qualité est également suivie dans un programme d'actions, dénommé Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), dont le bilan est réalisé annuellement. Le comité de pilotage qualité se réunit plusieurs fois par an en lien avec la direction des soins, le directeur, le président de CME, les chefs de pôle et cadres supérieurs. Il permet de suivre l'état d'avancement des actions du PAQSS, d'ajuster les plans d'actions. Les orientations stratégiques y sont ensuite définies.

L'EPSM a mis en place une équipe en charge de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est composée notamment d'un cadre supérieur de santé en charge de la qualité et d'un ingénieur coordinateur de la gestion des risques. L'établissement a élaboré une cartographie des

³¹ L'instruction n° DGOS/R4/2022/244 du 17 novembre 2022 relative aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) intervenant en établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (Ehpad) a été publiée, permettant ainsi de définir les caractéristiques de ces équipes mobiles.

risques et élaboré un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui se décompose en neuf thématiques.

En outre, l'encadrement est formé au management et il peut s'appuyer sur différentes modalités de soutien à leur fonction de manager notamment sous la forme d'espaces d'échanges et de partage de pratiques³². Chaque manager peut, si besoin, bénéficier d'un accompagnement individualisé. Le travail en équipe est soutenu et valorisé tandis que le collectif est considéré comme une ressource portée par des modalités de travail pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

1.3.2 La formation professionnelle continue, un atout de l'établissement

La formation professionnelle pour l'ensemble du personnel représente un avantage pour l'établissement, comme l'ont confirmé les agents et les représentants du personnel.

La politique formation professionnelle de l'établissement propose une offre large et articulée aux besoins identifiés en matière de développement des compétences qu'ils soient d'expression personnelle (parcours d'évolution individuel), d'équipe (en soutien des pratiques ou des projets) ou appelés à la mise en œuvre des priorités et orientations de l'établissement.

L'année 2023 compte 8 143 jours de départ en formation (contre 6 380 jours en 2019 avant la crise sanitaire). Le montant total des dépenses de formation de l'EPSM s'élève à 1,2 M€ en 2023. Les principales dépenses concernent les actions le développement des connaissances et des compétences et les études promotionnelles³³.

Formation en soins infirmiers

Un infirmier en soins psychiatrique (ISP), était autrefois un infirmier diplômé d'État (IDE) qui avait suivi une spécialité après une première année de formation commune avec les étudiants infirmiers. En 1992, un décret crée un diplôme unique en mettant fin aux études séparées et la formation générale en soins infirmiers, diplôme qui intègre alors les connaissances en psychiatrie.

Lors de l'instruction, la direction de l'établissement a tenu à souligner les insuffisances de la formation initiale et le manque de préparation des jeunes infirmiers aux soins spécifiques au secteur psychiatrique. Selon les professionnels rencontrés, la part des enseignements en psychiatrie dans le référentiel de formation des IDE (2012) serait réduite et pas toujours respectée. Afin de remédier à cette lacune supposée, l'établissement a mis en place en interne des formations adaptées pour les jeunes lors de leur prise de poste.

En outre, dans un contexte de pénurie de personnel paramédical, l'établissement soutient les projets professionnels des agents dans le cadre de dispositif des études promotionnelles. L'hôpital maintient le salaire durant toute la durée de formation. Enfin, l'EPSM accueille sur son site trois classes de l'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), ce qui contribue à son attractivité et à la promotion du métier d'infirmier.

³² Source : rapport de certification (2024).

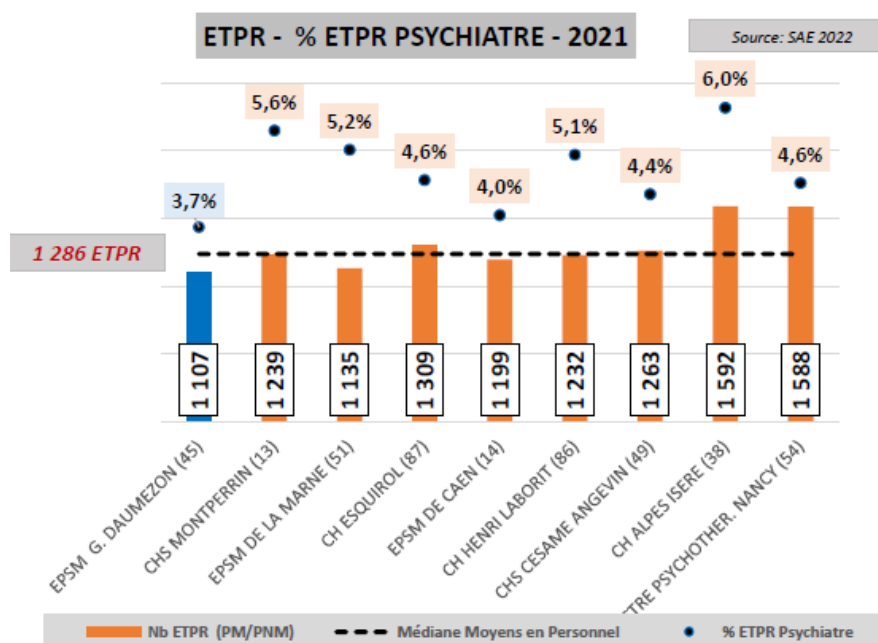
³³ Source : rapport d'activité 2023 du service formation.

1.3.3 Des tensions concernant le recrutement du personnel

Comme la plupart des établissements hospitaliers, l'EPSM s'est trouvé fragilisé par la crise sanitaire, avec son incidence en termes de fermetures de structures, restrictions d'activités, absentéisme, difficultés de recrutement et tensions liées aux postes vacants. Le directeur général souligne les grandes difficultés dans le recrutement du personnel médical, lequel est orienté majoritairement vers les médecins étrangers, faute de candidats titulaires d'un diplôme français.

En comparaison avec les autres établissements (données de 2021), l'EPSM dispose des effectifs les plus faibles de l'échantillon (tous professionnels confondus)³⁴, notamment en médecins psychiatres. Ces derniers ne représentent que 3,7 % des effectifs contre une moyenne de 4,8 % au sein des neuf établissements de l'échantillon (Cf. schéma n° 1).

Schéma n° 1 : Les moyens en personnel : comparatif avec d'autres établissements



Source : données communiquées par le centre hospitalier départemental Georges Daumézon

Les établissements hospitaliers de la région Centre-Val de Loire ont un nombre conséquent de postes médicaux et infirmiers vacants et éprouvent des difficultés à recruter à la sortie d'écoles. Cette pénurie de personnel infirmier attise la concurrence entre les établissements, y compris entre les établissements publics. Le département du Loiret est celui, au sein de la région Centre-Val de Loire, qui forme le moins d'infirmiers rapporté à sa population globale. En effet, le Loiret ne forme que 35 IDE par an pour 100 000 habitants contre 69 pour l'Indre-et-Loire et environ 60 pour les autres départements de la région³⁵.

Ce constat explique en partie les difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement, sans compter l'attraction exercée par les régions limitrophes surtout les régions

³⁴ Échantillon produit par l'EPSM.

³⁵ Excepté le Loir-et-Cher qui est à 42. Source : note de l'EPSM.

Pays de la Loire et Nouvelle Aquitaine et, dans une moindre mesure, les régions de la Bretagne, l'Occitanie et la région francilienne. Il semble y avoir un effet « Parcoursup » avec la forte progression des provenances hors région dans les instituts de formation du Centre-Val de Loire depuis 2019. Il est constaté une augmentation du nombre d'étudiants dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) du Loiret, puisque le nombre d'élèves est passé de 240 en 2021 à 320 en 2022, puis à 400 en 2023. Cela contribue à améliorer la capacité de recrutement de l'EPSM.

Selon l'établissement, d'autres facteurs contribuent à exercer des tensions sur le recrutement et l'organisation des soins comme l'éloignement de la faculté de médecine (Tours ou Paris) jusqu'en septembre 2022³⁶, l'absence de faculté de psychologie à Orléans, le surcoût important liés recours accru aux heures supplémentaires pour assurer la continuité du service, l'accentuation de la pression liée à la saturation des unités de soins et aux listes d'attente et, enfin, le turn-over du personnel exprimant une certaine usure professionnelle (cf. demandes de disponibilité et de détachement en hausse).

Enfin, si le recrutement de contractuels contribue à résorber temporairement les postes vacants, il ne contribue pas systématiquement, selon l'EPSM, « à maintenir une qualité de prise en soins spécialisés lorsqu'il s'agit de praticiens non formés en psychiatrie ou formés dans leur pays mais ne disposant pas de la reconnaissance du diplôme. »

1.3.4 Une diminution de l'absentéisme

Depuis 2021³⁷, l'absentéisme des personnels de l'établissement est en diminution. Selon l'établissement, cette amélioration est en partie le résultat des mesures d'amélioration des conditions de travail et de suivi de l'absentéisme.

Tableau n° 5 : Évolution du taux d'absentéisme

	2019	2020	2021	2022	2023
Personnels médicaux	4,25 %	8,91 %	7,07 %	11,89 %	6,44 %
Personnels non médicaux	6,44 %	9,51 %	9,04 %	8,51 %	7,69 %
<i>dont personnels de soins</i>	6,79 %	10,52 %	9,90 %	9,36 %	9,08 %

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données de l'établissement

Chaque mois, une requête portant sur les motifs d'absence suivants est adressée par la direction des ressources humaines pour un suivi individuel des agents concernés et notamment en vue de leur convocation aux visites médicales obligatoires. Une commission de maintien

³⁶ Depuis, universitarisation du CHRU d'Orléans et création d'un département de formation médicale à l'Université d'Orléans).

³⁷ Le taux d'absentéisme 2019 mentionné dans le tableau ne porte que sur le budget H et diffère de celui apparaissant dans le bilan social 2019 qui comprenait le budget EHPAD fermé fin 2019.

dans l'emploi réunit presque tous les mois les directions concernées³⁸ et les cadres supérieurs de pôles pour examiner les situations individuelles des agents en absences longues ou concernés par un retour ou le maintien dans l'emploi.

Un tableau de bord mensuel comparatif de l'évolution du taux d'absentéisme est produit par la direction des personnels. Trimestriellement, un suivi statistique de l'absentéisme lié aux accidents de travail et maladies professionnelles est présenté aux membres de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Annuellement, le bilan social accompagné de ses annexes est présenté aux instances, dont les indicateurs relatifs à l'absentéisme.

Un travail est en cours entre la direction des personnels et la direction des finances en vue de produire régulièrement des tableaux de bord comportant notamment des indicateurs d'absentéisme plus fins (par typologies, par statut, par grades, par unité fonctionnelle) à destination des responsables de pôles, dans le cadre d'un dialogue de gestion.

1.4 Des difficultés persistantes dans l'accès aux soins

Un critère essentiel de la qualité du service rendu aux patients et à la population réside dans l'accessibilité de l'offre de soins de l'établissement tant en ambulatoire qu'en hospitalisation.

1.4.1 Une démographie médicale défavorable

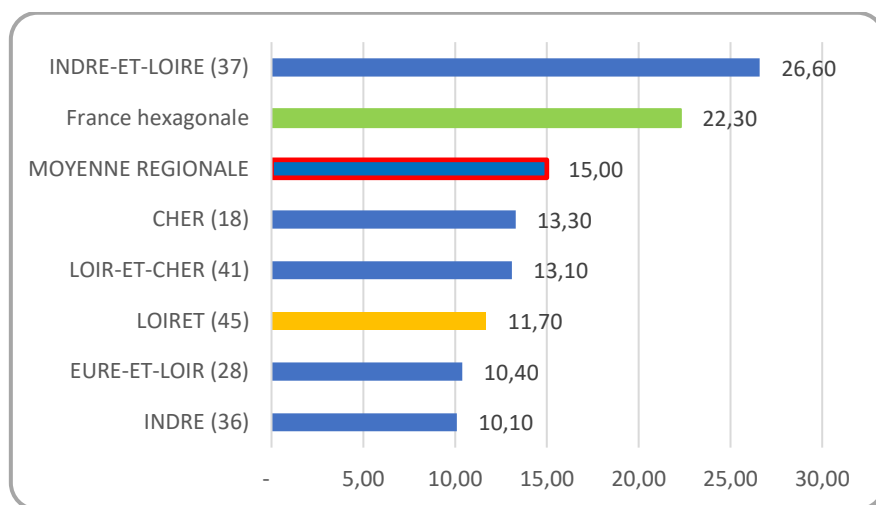
Avec des densités médicale et paramédicale parmi les plus faibles de France et une demande de soins croissante en raison du vieillissement de la population et des maladies chroniques, le Centre-Val de Loire connaît des difficultés d'accès aux professionnels de santé.

Si la France bénéficie d'une densité de psychiatres favorable (22,8 pour 100 000 habitants, contre une moyenne à 15,6 au sein de l'OCDE), leur répartition sur le territoire révèle des disparités importantes, qui constituent un obstacle à l'accès aux soins. Les questions d'attractivité et de démographie des postes médicaux, notamment en pédopsychiatrie, et leurs incidences pour tous les professionnels du secteur, sont essentielles.

La densité médicale en psychiatres salariés et libéraux pour 100 000 habitants était, en 2023 de 11,7 dans le Loiret contre 15 en région Centre-Val de Loire (l'indicateur régional le plus bas de France hexagonale) et 22,3 pour la France. Le manque d'offre dans le secteur libéral crée alors un réel risque de défaut de prise en charge des patients sur le département. La faiblesse de l'offre médicale libérale rend d'autant plus important le rôle du secteur public hospitalier pour le territoire du Loiret.

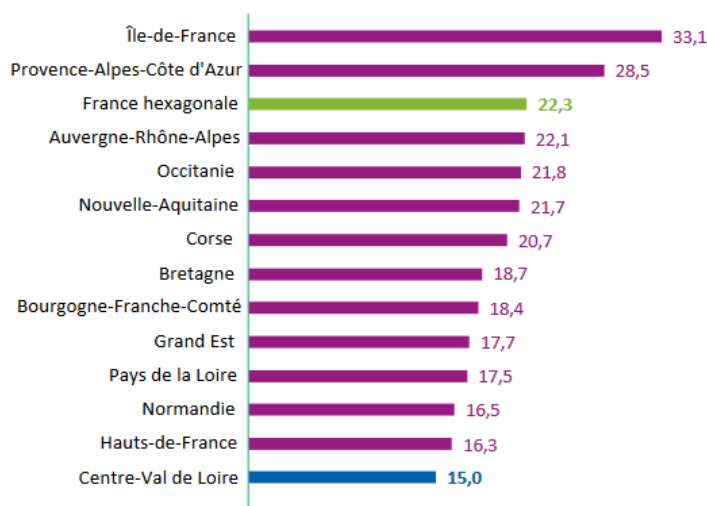
³⁸ Le service de santé au travail, la direction des personnels, la direction des soins, la direction de la logistique des achats et du patrimoine.

Graphique n° 1 : Répartition des psychiatres dans les départements de la région CVDL



Source : Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire, Démographie des professionnels de santé

Graphique n° 2 : La densité de psychiatres pour 100 000 habitants en 2023



Source : Observatoire régional de la santé Centre-Val de Loire

En décembre 2023, la sénatrice du Loiret, Madame Pauline Martin, a alerté le Sénat sur cette situation : « cette iniquité manifeste entre les territoires entraîne de graves conséquences pour le Loiret et ses habitants. L'établissement public de santé mentale (EPSM) du Loiret Georges-Daumézon, le plus important de la région Centre-Val de Loire, (...) se voit ainsi contraint de fermer des lits, faute de personnels médicaux et non médicaux ainsi que de moyens »³⁹.

Dans un rapport récent, la Haute autorité de santé (HAS) a souligné que le manque de personnels et les difficultés de recrutement ont contribué à une dégradation des soins.

³⁹ Site du Sénat, Question orale n° 0971S - 16e législature, Situation de la psychiatrie dans le Loiret.

Les difficultés dans le champ de la psychiatrie

En France, le dispositif de psychiatrie est constitué, d'une part, d'établissements hospitaliers (publics et privés), d'autre part, d'une offre ambulatoire (cabinets libéraux et centres médico-psychologiques (CMP)) et médico-sociale très diversifiée.

Une dégradation de l'accès aux soins liée à un recul de l'offre et un manque de ressources humaines :

- Entre fin 2008 et fin 2019, 81 départements ont connu une baisse de la densité de lits en psychiatrie générale.
- Au 31 décembre 2022, près d'un quart des établissements hospitaliers (24 %) ont été contraints de fermer de 10 % à 30 % de leur capacitaire alors qu'ils n'étaient que 5 % à enregistrer de telles fermetures capacitaires avant 2020.
- Le manque de personnel médical et/ou paramédical est identifié comme étant le facteur principal de 88 % des fermetures structurelles de lits en 2022.
- Entre un quart et trois quarts des postes de médecins sont vacants dans 40 % des établissements et 8 % des établissements déplorent la vacance de plus de la moitié de leurs postes de médecins. En 2023, 63 postes de médecins psychiatres n'ont pas été pourvus par les épreuves classantes nationales (ECN) (sur 547), nombre doublé par rapport à 2022.
- 15 % de la population se situe à plus d'une heure d'un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP).
- Le délai moyen d'accès à l'ambulatoire est de 1 à 4 mois pour plus de la moitié des établissements (53 %) en ce qui concerne les soins en psychiatrie de l'adulte.

Source : *Rapport d'analyse prospective 2024, HAS*

Le recrutement de psychiatres est difficile dans ce département pourtant proche de la région parisienne. L'organisation médicale de l'établissement est fragilisée par le nombre des postes vacants, soit un taux de vacance de 21 % en 2023.

Face à ce constat, l'établissement a adopté deux séries de mesures. Premièrement, il a élaboré un plan d'attractivité médicale qui repose notamment sur plusieurs aides matérielles à l'installation concernant l'accès au logement⁴⁰, la mise à disposition de véhicules et l'accès à la crèche. Même si le recours à des contractuels est nécessaire pour pallier le manque de médecins.

Deuxièmement, afin de dégager du temps médical, l'EPSM a recours à la fonction d'infirmier de pratique avancée (IPA) en santé mentale. Ce recours reste encore limité puisque seulement deux infirmiers en pratique avancée (IPA) sont affectés en CMP⁴¹. La particularité des IPA⁴² est qu'ils interviennent dans le champ clinique (examen du patient) et le suivi individualisé du parcours de soins du patient, en veillant à la bonne coordination entre les secteurs sanitaire et social. Ils ont la possibilité de prendre en charge des patients dont le suivi leur est confié par un médecin, dans le cadre d'un exercice protocolisé. Dans le domaine

⁴⁰ Ainsi, réuni le 27 juin 2022, le conseil de surveillance a ainsi décidé l'attribution d'un logement à quatre médecins de l'établissement.

⁴¹ L'un exerçant au CMP de Saint-Jean de Braye et l'autre au CMP de la Source.

⁴² Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée a été créé par le décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018. Les spécialités des IPA sont : Pathologies chroniques, oncologie et hématologie, maladies rénales chroniques, psychiatrie et santé mentale et urgences.

d'intervention « psychiatrie et santé mentale », le protocole d'organisation est établi entre un ou plusieurs psychiatres et un ou plusieurs infirmiers exerçant en pratique avancée⁴³.

Dans ce contexte, la chambre invite l'établissement à organiser la montée en puissance du dispositif des IPA afin de dégager du temps médical.

1.4.2 Un maillage territorial dense mais hétérogène

En ambulatoire, la prise en charge des patients est assurée par les CMP de psychiatrie de l'enfant et de l'adulte sur l'ensemble du territoire du Loiret. L'orientation des patients s'opère en fonction de la domiciliation de l'utilisateur.

Le territoire du Loiret est desservi par un maillage ambulatoire dense avec 95 % de la file active suivie en ambulatoire. A contrario, le taux d'équipement en lits d'hospitalisation ramené à la population du département est inférieur à la moyenne nationale et régionale. Ce constat s'explique par une évolution historique de l'offre de soins en faveur de l'insertion de la personne dans la cité.

Plus précisément, le maillage du territoire comprend 12 CMP pour la psychiatrie infanto-juvénile et 13 CMP pour la psychiatrie adulte. Accessibles les jours ouvrés de 9h00 à 17h00, ils permettent une prise en charge en équipe pluriprofessionnelle, au plus près des besoins de la population.

Afin d'assurer ces missions, les CMP travaillent en réseau et en collaboration avec l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir dans la prise en charge des patients : familles et proches, médecins libéraux (généralistes, spécialistes, SOS médecins), services d'urgence hospitalière, professionnels paramédicaux libéraux, éducatifs, de l'enseignement, médico-sociaux, sociaux, les services hospitaliers, la justice, les forces de l'ordre, les services d'aide à l'enfance, d'aide au logement, d'insertion professionnelle, etc. Le dispositif ambulatoire de secteur est complété d'équipes mobiles dédiées à des populations spécifiques.

Toutefois, si le maillage ambulatoire assure une couverture de l'ensemble du territoire en matière de soins de secteurs et, comme le souligne le projet territorial de santé mentale, « l'accès aux soins spécifiques de recours départemental (addictologie, réhabilitation psychosociale, thérapie familiale, gériatrie-psychiatrie) est encore hétérogène », notamment pour les territoires de Gien, Montargis, Pithiviers, Meung-sur-Loire, du fait de la distance des dispositifs spécialisés essentiellement situés sur l'agglomération Orléanaise.

1.4.3 La saturation des centres médico-psychologiques

L'accès aux soins est un droit fondamental contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et permettant une réponse adaptée et équitable en termes de délais d'attente acceptables.

⁴³ L'établissement a fourni un exemplaire du protocole d'organisation.

L'accès aux soins : un droit fondamental

L'universalité, l'équité et la solidarité sont les principes clés de la bonne gouvernance des systèmes de santé. Ils requièrent de garantir l'égalité d'accès aux soins. « L'accès aux soins est un élément essentiel du droit fondamental à la santé. Les inégalités d'accès aux soins de santé sont en train de s'accroître dans les États membres du Conseil de l'Europe », alerte le Conseil de l'Europe en 2013 dans sa Résolution 1946 en faveur de l'égalité de l'accès aux soins de santé (10).

Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies [créé en 2000], l'accès aux soins de santé est un des éléments essentiels du droit à la santé. Le droit à la santé est un droit global couvrant de nombreux éléments : accessibilité, disponibilité, acceptabilité, bonne qualité (les biens et les services doivent être scientifiquement et médicalement appropriés et en bon état de fonctionnement), participation, responsabilité.

Face aux difficultés d'accès aux centres médico-psychologiques de la région, l'agence régionale de santé (ARS) a confié à l'observatoire régional de santé (ORS) une étude⁴⁴ pour évaluer les délais d'attente dans les CMP et définir les modalités d'organisation et d'accueil qui pourraient permettre de réduire les délais d'attente en maintenant une qualité de prise en charge. Outre la grande hétérogénéité de l'organisation des CMP, l'étude montre que sur l'ensemble de la région, chez les adultes, le délai moyen observé est de 20,9 jours entre la prise de contact et le premier rendez-vous d'évaluation, de 34,5 jours entre cette prise de contact et le début de la prise en charge, et de 63,8 jours pour accéder à une consultation avec un psychiatre. Chez les enfants, ces délais sont respectivement de 73,1 jours, 92,8 et 92,2 jours.

L'établissement dresse le constat d'une hétérogénéité dans l'accès aux soins des patients des territoires ruraux pour la psychiatrie de l'adulte (Gien, Pithiviers, Montargis). En psychiatrie adulte, les « délais d'accès à la primo consultation infirmière sont supérieurs à dix jours pour les CMP de Pithiviers, Meung-sur-Loire, la Source, Orléans-Chanzy et Montargis. Les délais d'accès à la consultation médicale sont supérieurs à un mois pour sept CMP »⁴⁵.

Les délais d'obtention d'un rendez-vous médical, variables selon les CMP, sont plus longs dans les CMP ayant une faible présence médicale.

Tableau n° 6 : Délais de rendez-vous dans les CMP

Soins programmés 2024	Saran	Fleury-les-Aubrais	Orléans Chanzy	Orléans Nord-Est	Saint-Jean de Braye	Orléans Fanon
Délai pour obtenir un premier rendez-vous avec un IDE	2 semaines	2 semaines	1 semaine	1 semaine	1 semaine	2 à 3 semaines
Délai pour obtenir un premier rendez-vous avec un médecin	1 mois et demi	1 mois et demi	Pas de nouveau patient en 2024	3 à 4 mois	3 à 4 mois	3 mois

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézou

⁴⁴ Rapport d'activité 2020, Observatoire régional de santé Centre-Val de Loire.

⁴⁵ Source : Projet territorial de santé mentale du Loiret, novembre 2020.

Soins programmés 2024	Orléans La Source	Meung- sur-Loire	Pithiviers	Châteauneuf	Sully-sur- Loire	Gien
Délai pour obtenir un premier rendez-vous avec un IDE	1 mois	1 mois	1 mois et demi	3 semaines	3 semaines	2 à 3 semaines
Délai pour obtenir un premier rendez-vous avec un médecin	3 semaines	1 mois et demi	2 à 3 mois	2 mois	2 mois	1 mois

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

1.4.4 Une présence médicale variable selon les centres médico-psychologiques

À l'origine, le CMP associe une activité d'accueil et de prise en charge, et une fonction de pivot et de coordination des acteurs et est appelé à proposer un large spectre de réponses allant de la prévention, du repérage et du dépistage à l'accompagnement médico-psychosocial en passant par les soins. Dans les textes, les missions de service public se sont multipliées depuis une vingtaine d'années.

En ce qui concerne la production de soins, selon l'établissement la plupart des CMP ont une vocation polyvalente et reçoivent tous types de patients qui s'y présentent, à la fois les profils sévères et chroniques (psychotiques, schizophrènes, dépressifs, bipolaires...) et les patients présentant des troubles de l'humeur plus classiques et des troubles psychiques d'allure modérée.

L'évaluation clinique de la demande ou de la situation se fait dès le premier contact (téléphonique ou en présentiel), et les délais de prise en charge dépendent du niveau de l'urgence. En fonction de celle-ci, une réponse immédiate avec prise de rendez-vous est faite ou une proposition de prise en charge est formulée lors de la réunion d'orientation hebdomadaire.

Toutefois, la présence médicale varie selon les CMP. En psychiatrie de l'adulte, les temps de présence des psychiatres sont hétérogènes et varient entre 0,40 (CMP de Châteauneuf) et 1,70 ETP (CMP de Gien). En pédopsychiatrie, le temps varie entre 0,20 ETP et 0,5 ETP en fonction des CMP.

Par leurs missions de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention, ils constituent le maillon de proximité essentiel à la prévention des situations d'urgence et de crise. En prévention des situations de crise, les CMP effectuent également des visites à domicile, dans le cadre du suivi des patients connus de leur file active.

1.4.5 L'ouverture différée d'un centre d'accueil et de crise

Inscrit dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT) et du projet territorial de santé mentale, ce centre d'accueil et de crise (CAC) devait initialement ouvrir en 2023. Situé sur le site de l'EPSM, ce centre de huit lits proposera une prise en charge des situations de crise à l'occasion d'une hospitalisation courte - moins de 72 heures - dans un cadre plus adapté et moins stigmatisant que les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale. Le projet a été soutenu dans le cadre des investissements du Ségur pour moderniser et favoriser l'accès aux soins sur le territoire. Toutefois, l'ouverture du centre d'accueil et de crise (CAC)

a été différée en raison des difficultés de recrutement de personnel médical et paramédical et du départ de deux praticiens du centre psychiatrique d'accueil et d'urgence (CPAU).

L'EPSM envisage d'ouvrir quelques lits du CAC pour le premier trimestre 2025 à la faveur d'un récent recrutement en novembre 2024, sur les urgences de psychiatrie, la campagne de recrutement des IDE est actuellement en cours.

1.5 Des points de fragilité dans les parcours de soins

L'organisation de filières de soins constitue un axe central du volet psychiatrique du projet médical partagé (PMP) du GHT⁴⁶. En dépit de ce choix très structurant, des points de fragilité subsistent dans les parcours de soins.

1.5.1 Un nombre conséquent d'hospitalisations inadéquates

L'accès aux services médico-sociaux et sociaux des personnes en situation de handicap psychique demeure difficile ce qui conduit à ce que ces patients se chronicisent en milieu hospitalier (adultes, personnes âgées, autisme), entraînant des hospitalisations dites « inadéquates ». Il s'agit de patients hospitalisés par défaut en psychiatrie, avec un prix de séjour élevé et une qualité des soins qui n'est pas adaptée à leur état sanitaire. La part des séjours de plus d'un an dans le Loiret est de 20,8 % pour une moyenne régionale de 21,5 % (source ARS).

En 2023, environ 54 lits de l'EPSM étaient occupés par des patients en situation d'hospitalisation dite inadéquate, parmi lesquels 18 lits étaient occupés par des patients relevant d'une prise en charge gériatrique en Ehpad⁴⁷. Ce constat traduit le manque de structures d'aval qui pénalise la durée moyenne de séjour de l'établissement⁴⁸ et les patients concernés. Afin de remédier à cette situation, un important travail de réflexion est mené, à l'initiative de l'ARS, en vue de réduire les hospitalisations inadéquates⁴⁹.

Parallèlement, l'EPSM a conclu plusieurs conventions⁵⁰ avec des Ehpad afin de faciliter l'admission de certains patients âgés, en contrepartie des interventions de l'équipe mobile. Cependant, cette filière ne compte qu'une praticienne « qui gère les structures d'Olivet et de Saint-Denis-de-l'Hôtel, qui se déplace également à Gien, Pithiviers et Meung-sur-Loire et gère seule les équipes mobiles, alors qu'elle n'est pas à temps plein sur la filière. ⁵¹»

⁴⁶ Les filières sont les suivantes : urgences et liaison, précarité, réhabilitation psychosociale, addictologie, soins en milieu pénitentiaire, addictologie, soins somatiques, thérapies spécialisées, enfants et adolescents, autisme.

⁴⁷ Source : procès-verbal de la réunion du conseil de surveillance du 9 novembre 2023.

⁴⁸ En effet, la durée moyenne de séjour (DMS), pourrait être réduite s'il existait suffisamment de structures d'aval ouvrant des possibilités de sortie des patients en soins de suite dans un établissement, après la phase d'hospitalisation aigüe.

⁴⁹ Entretien avec Mme Sabine Dupont, directrice de l'offre sanitaire, le 26 février 2025.

⁵⁰ Cf. liste des établissements gériatriques en annexe n° 2.

⁵¹ Procès-verbal du conseil de surveillance du 22 juin 2023.

En dépit de ces différentes initiatives, l'établissement indique que les établissements gériatriques restent, dans l'ensemble, réticents à accueillir des patients psychiatriques vieillissants sans compter les difficultés financières auxquelles sont eux-mêmes confrontés ces établissements. L'absence de médecin coordonnateur pour nombre d'entre eux ne facilite pas la coopération inter-établissements.

1.5.2 Une durée moyenne d'hospitalisation en augmentation

L'activité globale de l'établissement poursuit son redéploiement vers la prise en charge ambulatoire (+ 10 % des actes). L'hospitalisation à temps plein a diminué de 7,6 % tandis que la durée moyenne d'hospitalisation (DMH)⁵² a augmenté, passant de 38,4 à 41,8 jours sur la période. L'augmentation de la DMH pourrait traduire un défaut de prise en charge en ambulatoire même si la prise en charge de certains troubles particulièrement consommateurs de soins peut conduire à une augmentation de la DMH.

Pour autant, la DMH de l'établissement reste inférieure à la moyenne nationale qui est d'environ 55 jours par an en psychiatrie adulte. Cette durée a légèrement diminué ces dernières années, passant de 56,2 jours en 2021 à 55,1 jours en 2022⁵³.

Enfin, le taux de ré-hospitalisation annuel sur la même période varie entre 23 et 26 % selon les années, sachant que sont aussi comptabilisées les sorties temporaires au-delà de 48 heures pour lesquelles un retour est prévu car le système d'information ne peut les dissocier du séjour.

1.5.3 Le taux d'hospitalisation par transfert depuis les urgences

Le taux des hospitalisations en psychiatrie par transfert depuis les urgences constitue un des indicateurs de la bonne coordination des acteurs. Or, le taux des admissions en urgences sur la période 2019 à 2023 tend à augmenter dans l'établissement et représente plus de 45 % des entrées en 2023.

Tableau n° 7 : Modes d'entrée en hospitalisation

<i>Mode d'entrée</i>	2019	2020	2021	2022	2023
% des entrées directes	59,8 %	58,1 %	60,7 %	57,7 %	54,4 %
% des admissions en urgence	40,2 %	41,9 %	39,3 %	42,3 %	45,6 %

Source : données communiquées par l'établissement

⁵² La durée moyenne d'hospitalisation (DMH) est plus élevée que la DMS. Pour calculer la DMH, on divise le nombre de journées d'hospitalisations, non pas par le nombre de séjours mais par celui de patients. Elle additionne, le cas échéant, la durée de séjours dans l'année non consécutifs. Un patient hospitalisé plusieurs fois dans l'année n'est compté qu'une fois pour la durée cumulée de ses séjours.

⁵³ Source : les établissements de santé en 2022, Édition 2024, DREES.

L'augmentation du taux d'hospitalisation en psychiatrie après un transfert depuis les urgences, ainsi que la hausse des admissions en urgences, peuvent être attribuées à plusieurs facteurs interdépendants.

D'abord, les crises récentes, comme la pandémie de covid-19, ont exacerbé les troubles anxieux, dépressifs et psychotiques. Ces troubles se manifestent de manière symptomatique aux urgences sous la forme de crises suicidaires (idéations suicidaires, passages à l'acte suicidaires...) ou de décompensations psychotiques (recrudescence des symptômes dissociatifs, hallucinations, délires...), nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, soit en service libre, soit sous contrainte. La population des mineurs (moins de 18 ans) et des jeunes adultes (18-25 ans) a été la plus affectée durant cette période.

Un autre facteur explicatif tient à la hausse des troubles liés aux addictions. L'usage accru de substances psychoactives (alcool, drogues, usage détourné du protoxyde d'azote...) contribue à une augmentation des urgences psychiatriques et ce en lien avec le risque de complication liée au sevrage. L'évaluation psychiatrique précoce réalisée par l'équipe du centre psychiatrique d'accueil et d'urgence et l'unité d'addictologie hospitalière de liaison aux urgences du CHRU d'Orléans, favorise une alternative à l'hospitalisation dans certains cas.

Le vieillissement de la population joue aussi un rôle dans cette évolution. Les troubles cognitifs et les démences ne constituent pas un motif premier d'orientation vers une prise en charge en hospitalisation psychiatrique. Cependant, le manque de dépistage précoce de ces troubles conduit à une prise en charge urgente notamment dès qu'il y a dégradation se manifestant par des crises suicidaires ou des troubles du comportement à type d'agressivité.

D'autres facteurs peuvent aussi expliquer la tendance observée comme la saturation des services de santé mentale. Les délais pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue sont souvent longs en libéral ou dans le service public hospitalier, ce qui pousse les patients vers les urgences⁵⁴.

En outre, le manque d'un système de repérage précoce notamment des patients non connus ou de possibilité de programmer des hospitalisations, l'ouverture retardée du centre d'accueil et de crise, complique la gestion des situations aigües. De fait, ces situations peuvent se retrouver aux urgences à un stade avancé ne laissant pas d'autre alternative que l'hospitalisation. De même, le manque de médecins généralistes peut entraîner des orientations plus fréquentes vers les urgences, même pour des cas qui pourraient être gérés en ambulatoire. La difficulté actuelle pour la population du Loiret d'accéder à un médecin généraliste référent est en lien avec la pénurie médicale du territoire.

Enfin, le service des urgences est devenu le point d'entrée dans l'accès aux soins. En effet, les patients ou leurs proches privilégient souvent les urgences, ne connaissant pas d'autres alternatives adaptées. Durant cette période, le service des urgences du CHRU d'Orléans a connu de fortes tensions⁵⁵ avec des orientations en psychiatrie plus directes.

⁵⁴ Elle s'explique par la pénurie médicale et reste un enjeu actuel de l'accès aux soins de la population du Loiret.

⁵⁵ Avec un fonctionnement en mode dégradé limitant l'accès aux seules urgences vitales, fermeture de l'UHTCD.

1.5.4 Une coordination avec la médecine de ville à développer

Les médecins généralistes prennent en charge une part importante des soins psychiatriques. L'établissement de bonnes relations avec la psychiatrie est donc nécessaire pour que le relais de prise en charge soit assuré lorsque l'état du patient le nécessite, mais aussi pour que les médecins traitants participent à la prise en charge des patients ayant par ailleurs un suivi psychiatrique (surveillance somatique, relais pour le traitement, etc.).

Lorsque le patient n'a pas de médecin traitant, l'établissement travaille avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour permettre au patient d'avoir un médecin généraliste. Des interventions ont été initiées entre certains CMP et CPTS sur les secteurs de Pithiviers, Châteauneuf et Gien. Par ailleurs, la lettre de liaison est majoritairement remise au patient à sa sortie avec une moyenne annuelle de 73 % de lettres envoyées ou remises.

Enfin, le projet territorial de santé mentale souligne également que l'accès aux soins bucco-dentaires est particulièrement difficile car ils nécessitent en plus une adaptation de la prise en charge. Les dentistes libéraux n'interviennent pas en établissement, les professionnels se heurtent à des refus. Ce constat reste d'actualité et selon l'EPSM « les tentatives de partenariat n'ont pas abouti, les libéraux étant déjà en nombre insuffisant sur le territoire. »

Dans ce contexte, la chambre invite l'établissement à se rapprocher de l'ARS et de l'assurance maladie afin de mener conjointement des actions d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de ville en vue de lever certains obstacles à l'accès aux soins.

1.5.5 L'augmentation des hospitalisations sans consentement

Le nombre d'hospitalisations sans consentement est en augmentation sur la période. Selon le projet territorial de santé mentale, « l'augmentation du recours aux soins à la demande d'un représentant de l'État et aux soins en cas de péril imminent en sont les deux principales causes. La proportion des patients en soins sans consentement au sein de l'EPSM est ainsi passée de 20 à 30 % depuis 2016. Ce constat laisse penser qu'une intervention précoce et mieux coordonnée en amont de la crise serait de nature à prévenir le recours à ces modalités. »

Sur la période 2019 à 2023, la proportion des patients hospitalisés en soins sans consentement a augmenté passant de 42,5 % en 2019 à 45,5 % en 2023 pour le pôle de psychiatrie de l'adulte. Selon l'établissement, les causes de cette évolution sont multifactorielles. Ainsi, le secteur psychiatrique ayant un faible ratio lits par habitant, l'EPSM donne la priorité aux soins sans consentement. Par ailleurs, l'EPSM hospitalise régulièrement des patients en soins sans consentement en provenance du Montargois (secteur de psychiatrie de l'adulte et inter-secteur de pédopsychiatrie).

1.5.6 Une structuration insuffisante de la psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison prend en charge les patients hospitalisés ou suivis dans les services de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et assiste les soignants qui en ont la charge, dans d'autres établissements ou services que ceux autorisés en psychiatrie. La part des

urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée entre 10 et 30 %.

La mission des psychiatres de liaison est aussi d'évaluer les interactions entre les troubles psychiatriques et les affections somatiques, en tenant compte des facteurs psychosociaux. Ils forment et conseillent les équipes non spécialisées sur la gestion des patients ayant des besoins psychiatriques et coordonnent les traitements psychiatriques et somatiques pour assurer une prise en charge globale du patient.

La psychiatrie de liaison, auparavant de la compétence du CHRU d'Orléans, n'est rattachée à l'EPSM que depuis 2021. En pratique, elle n'est effective que depuis 2023 car sa montée en charge est très progressive. Selon l'établissement, cette situation expliquerait que le nombre d'interventions de la psychiatre de liaison dans une unité somatique (c'est-à-dire une unité délivrant des soins de nature non psychiatrique) du CHRU d'Orléans reste encore faible même si l'établissement ne peut les chiffrer précisément.

Dans ces conditions, la chambre recommande à l'établissement d'améliorer l'exhaustivité et la traçabilité des actes de la psychiatrie de liaison.

Recommandation n° 1. : Améliorer l'exhaustivité et la traçabilité de l'enregistrement des actes de la psychiatrie de liaison.

1.5.7 Un déploiement de la télémedecine à renforcer

La télémedecine peut améliorer l'accès aux soins, notamment lorsque les patients vivent éloignés des lieux de consultation ou se déplacent difficilement. Ainsi, la mise en place de téléconsultations au bénéfice de patients à leur domicile ou en établissement pourrait être efficace. La crise sanitaire de la covid-19 a été un accélérateur du développement de la télésanté en psychiatrie. Les établissements ont eu recours à cet outil à diverses occasions : consultations, expertises, réunions de concertation entre professionnels notamment. Le développement de la télémedecine en milieu carcéral est également un axe de la stratégie santé des personnes placées sous-main de justice.

L'usage de la télémedecine de l'EPSM concerne principalement la psychiatrie de la personne âgée mais cette activité a été suspendue depuis 2022 en raison de la raréfaction du temps médical (passage de quatre praticiens à un praticien actuellement). En revanche, l'activité téléphonique, qui concerne l'ensemble des activités de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, a progressé depuis sa mise en place en 2021 à la faveur de la crise sanitaire.

Tableau n° 8 : Entretiens en audio et télémedecine

	2020	2021	2022	2023
<i>Nombre d'entretiens audio par tous types de professionnels</i>	Néant	3 942	6 588	7 544
<i>Nombre d'entretiens audio réalisés par des médecins en intervenant principal ou associé</i>	Néant	515	1 073	807

	2020	2021	2022	2023
Nombre d'actes Avis Télé-expertise requis	24	24	2	0
Nombre d'actes : réunion Télé-staff	18	6	1	0

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

Le projet médical partagé (PMP) du GHT fixe comme objectif le développement de la télémedecine afin d'améliorer la prise en charge des enfants et des adultes atteints de trouble du spectre de l'autisme. Dans ces conditions, la chambre invite l'établissement à se conformer aux préconisations du PMP du GHT.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Outre la qualité et la sécurité des soins dispensés à l'hôpital, l'approche retenue par la chambre prend en compte les efforts d'adaptation de l'offre de soins aux besoins des patients et de la population, le management de la qualité et des ressources humaines et, enfin, l'accessibilité et la structuration des parcours de soins.

Dans ce cadre, il ressort de l'examen des investigations conduites par la chambre que l'établissement est bien engagé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, l'activité de l'EPSM a été certifiée par la HAS sans réserve en 2024. L'établissement a adapté son organisation afin de prendre en compte les recommandations émises par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Un projet de soin personnalisé est élaboré avec chaque patient et les mesures d'isolement et de contention ont été réduites ces dernières années. L'EPSM assure un suivi des événements indésirables et a élaboré une charte de bientraitance.

Des efforts significatifs ont été accomplis par l'établissement pour adapter l'offre de soins aux besoins des patients. La prise en charge en ambulatoire est en augmentation, ce qui correspond aux attentes des patients. En outre, quand elle n'est pas traitée par les CMP, l'urgence psychiatrique est prise en charge par une structure spécifique, le centre psychiatrique d'accueil d'urgence (CPAU), qui permet de prévenir les situations d'urgence et de crise 24h/24 et tous les jours de la semaine. L'EPSM a aussi créé plusieurs équipes mobiles, selon le principe de « l'aller vers », notamment en direction des populations à risque comme les jeunes (16-25 ans) en situation de précarité et les personnes âgées.

Toutefois, sur la base d'un faisceau d'indicateurs, elle a aussi relevé la persistance de difficultés dans l'accès aux soins ainsi que dans la structuration des parcours du patient. En effet, avec des densités médicale et paramédicale parmi les plus faibles de France, le Centre-Val de Loire connaît des difficultés d'accès aux professionnels de santé. Face à ce constat, l'établissement a mis en œuvre une politique d'attractivité médicale et promu la fonction d'infirmier de pratique avancée (IPA) en santé mentale afin de dégager du temps médical.

Enfin, si l'organisation de filières de soins constitue un axe central du volet psychiatrique du projet médical partagé (PMP) du GHT, des points de fragilité subsistent dans la structuration des parcours de soins comme le nombre d'hospitalisations inadéquates, la structuration insuffisante de la psychiatrie de liaison ou le faible usage de la télémedecine.

2 UN PARCOURS DE SOINS EN PÉDOPSYCHIATRIE À FLUIDIFIER

Le département est découpé en trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dont deux sont rattachés à l'EPSM, et le troisième au centre hospitalier de l'agglomération Montargoise (CHAM).

Depuis l'adoption de la feuille de route⁵⁶ sur la santé mentale du 28 juin 2018, la pédopsychiatrie fait l'objet d'un axe programmatique spécifique⁵⁷. Elle formalise, à l'endroit des acteurs nationaux et régionaux, l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de pédopsychiatrie.

Les résultats de l'enquête Enabee⁵⁸ mis à disposition par Santé publique France en juin 2023 montrent que 13 % des enfants de 6 à 11 ans scolarisés présentent au moins un trouble probable de santé mentale, dont la prévalence et la sévérité sont du même ordre de grandeur que celles observées dans d'autres pays de la zone Europe sur la même tranche d'âge.

2.1 Une offre de soins diversifiée et évolutive

Contrairement à la psychiatrie générale, l'offre en pédopsychiatrie est historiquement centrée sur la prise en charge ambulatoire, l'hospitalisation étant conçue comme une étape exceptionnelle du parcours. L'offre de soins de l'établissement est diversifiée et évolutive afin de s'adapter en permanence aux besoins des patients. Elle est cependant fortement contrainte par la vacance de nombreux postes médicaux.

2.1.1 Une activité principalement ambulatoire en augmentation

La prise en charge en pédopsychiatrie à l'EPSM est principalement réalisée en ambulatoire. L'établissement dispose de sept CMP infanto-juvéniles⁵⁹ et de 12 lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile.

⁵⁶ À cette feuille de route s'est ajouté en 2021 un travail issu des « Assises de la santé mentale ». Cf. bilan de la feuille de route en annexe n° 3.

⁵⁷ Sur les 37 actions concrètes identifiées, plusieurs sont dédiées à la pédopsychiatrie, comme celle qui consiste à faire « *figurer la pédopsychiatrie dans les disciplines essentielles à renforcer* ».

⁵⁸ Étude nationale sur le bien-être des enfants.

⁵⁹ Depuis la fermeture récente du CMP de Patay.

Tableau n° 9 : Modalités de prise en charge en pédopsychiatrie

Types de structure	Nombre
Centres médico psychologiques/ Centre d'accueil à temps partiel	7
Hôpitaux de jour	3
Unité d'hospitalisation à temps complet à vocation départementale	1
Places d'hôpital de jour pour adolescents	4
Équipe mobile d'intervention de crise pour enfant et adolescent à vocation départementale	1
Centre de diagnostic précoce de l'autisme et des troubles du neurodéveloppement	1
Unité d'éducation thérapeutique du patient, addiction aux écrans et psycho-traumatisme des enfants et adolescents du Loiret (ETAP)	1
Structure du service d'accueil familial thérapeutique	1

Source : centre hospitalier départemental Georges Daumézon

La file active a augmenté de 24,5 % entre 2019 et 2023 avec une moyenne de 37 % de nouveaux patients chaque année. Cette augmentation s'explique notamment par une demande croissante de soins corrélée à la croissance démographique du bassin de population dont l'indice de rajeunissement est positif⁶⁰.

La croissance de la file active est notamment tirée par l'activité ambulatoire avec une évolution de + 10 % d'actes entre 2019 et 2023 pour un nombre moyen d'actes par patient de onze actes, ainsi que par l'hospitalisation à temps complet avec une augmentation de 11,6 % du nombre de journée entre 2019 et 2023. Bien que l'unité d'hospitalisation pour adolescents soit passée de six à dix lits installés (pour douze lits autorisés), la totalité des lits n'est pas à ce jour déployée en raison de la vacance de postes médicaux.

Tableau n° 10 : L'activité ambulatoire en CMP-IJ (en nombre d'actes)

	2019	2020	2021	2022	2023
CMP CHÂTEAUNEUF I02	1 717	1 291	1 633	2 864	2 708
CMP FLEURY I02	3 205	2 889	3 633	3 207	3 496
CMP MEUNG I01	2 219	2 484	2 409	1 941	3 016
CMP ORLÉANS I01	6 679	6 260	6 290	5 477	6 146
CMP ORLÉANS I02	4 802	4 070	5 065	4 299	5 040
CMP PATAY I01	737	473	614	365	211
CMP PITHIVIERS I02	3 241	2 982	3 619	3 221	3 050
CMP ST JEAN RUELLE I02	1 233	950	1 533	1 476	1 474
Total actes	23 833	21 399	24 796	22 850	25 141

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données du centre hospitalier départemental Georges Daumézon

⁶⁰ L'activité a un caractère cyclique et elle est en partie rythmée par le calendrier scolaire.

2.1.2 Les profils cliniques des patients

Les profils cliniques des patients varient selon qu'ils sont pris en charge en consultation ou en hospitalisation. En consultation en ambulatoire, les indications psychiatriques sont, principalement, les troubles du développement psychologique (près de 31 %) et les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (près de 28 %).

Tableau n° 11 : Les catégories de pathologies (consultation en CMP)

<i>Pathologies</i>	2022	2023
<i>Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes</i>	19,4 %	19,0 %
<i>Troubles du développement psychologique</i>	30,6 %	30,7 %
<i>Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence</i>	29,5 %	27,7 %
<i>Symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement</i>	3,6 %	4,9 %
<i>Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socioéconomiques et psychosociales</i>	8,3 %	7,6 %
<i>Autres</i>	8,6 %	10,1 %

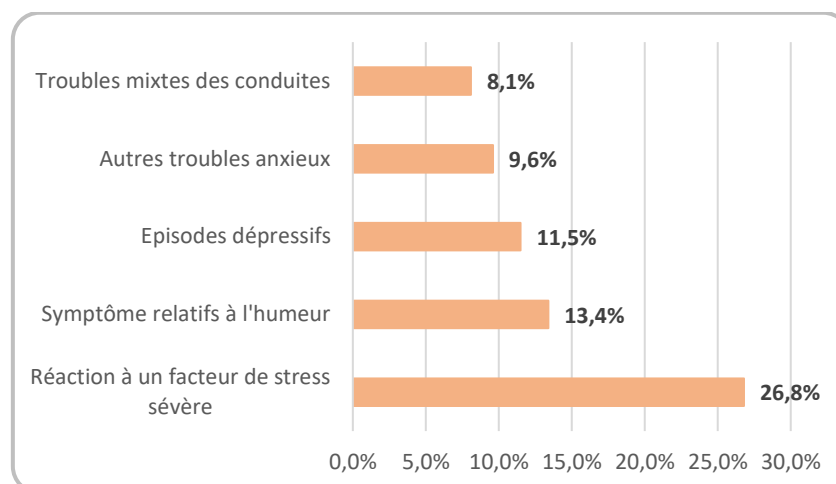
Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données de l'établissement

S'agissant des motifs d'hospitalisation du seul pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA), les pathologies en lien avec la réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation dominant. Les indications psychiatriques d'hospitalisation sont, principalement, les tentatives de suicide, les troubles graves des conduites alimentaires, les automutilations et les scarifications⁶¹. Le profil clinique des patients semble indiquer que l'activité d'hospitalisation se concentre bien sur les troubles modérés et sévères.

La prédominance des troubles en lien avec le stress (« réaction à un facteur de stress sévère ») dans le pôle de psychiatrie infanto-juvénile (PPEA) tient au fait que les enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie sont souvent confrontés à des situations de stress intense (maltraitance, harcèlement scolaire, séparation parentale, violences familiales).

⁶¹ Entretien avec la cheffe de pôle de pédopsychiatrie le 26 novembre 2024.

Graphique n° 3 : Les catégories de pathologie (hospitalisation complète au PPEA,2023)



Source : rapport de l'activité médicale de l'EPSM 2023

En pédopsychiatrie, le nombre des hospitalisations sous contrainte est faible⁶². Le soin à la demande d'un tiers n'existe pas pour les mineurs, car ce sont les détenteurs de l'autorité légale qui peuvent entériner une hospitalisation, conjointement à la recherche du consentement du mineur⁶³.

Les mesures d'isolement font systématiquement l'objet d'une décision médicale et d'une traçabilité de l'ensemble des éléments de surveillance et de suivi dans le DPI. Ces recours, justifiés médicalement et généralement de courte durée, ne donnent pas lieu à un placement en soins sans consentement (SDRE) et ce, en accord avec le juge des libertés et de la détention (JLD) dans l'attente de la conclusion des réflexions menées au plan national appelée à produire des aménagements législatifs concernant les mineurs. L'établissement est activement engagé dans le développement d'alternatives au recours à l'isolement à l'appui notamment de la création d'espaces d'apaisement⁶⁴ et de la formalisation de plans de prévention partagés.

L'EPSM prend en charge les enfants de zéro à seize ans. Toutefois, le décret du 28 septembre 2022, relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, prévoit un recul de la limite d'âge jusqu'à dix-huit ans pour les prises en charge pédopsychiatriques. Le transfert de la population sur la pédopsychiatrie nécessitera des redéploiements et/ou création de moyens supplémentaires notamment en temps IDE et psychologues en se basant sur le nombre moyen d'actes attendus et la file active transférée. Le point le plus sensible sera le temps médical car aujourd'hui cette spécialité présente un véritable déficit d'attractivité au niveau national.

L'établissement devrait mettre en œuvre ces nouvelles dispositions en 2025. Après la validation du dossier d'autorisation, l'EPSM dispose désormais d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité. En parallèle, la direction des affaires médicales et la cheffe de pôle

⁶² L'EPSM hospitalise un ou deux mineurs au maximum par an.

⁶³ Une hospitalisation contre l'avis des parents et justifiée médicalement s'effectue au travers du recours au juge des enfants, dans le cadre d'ordonnance de placement provisoire.

⁶⁴ Pièce dédiée qui est conçue pour éviter la mesure d'isolement.

cultivent bien en amont la fidélisation des internes intéressés par la pédopsychiatrie pour un recrutement en post internat.

2.1.3 La réorganisation en cours du pôle de pédopsychiatrie

Bien que le tableau des effectifs médicaux prévoie deux postes de médecin pour l'UHTCA, un seul poste est actuellement pourvu. En outre, le titulaire de ce poste partage son temps médical entre l'hôpital de jour pour adolescents, l'unité ETAP, et ses fonctions de médecin-chef de pôle et chef de service des unités spécifiques départementales. En raison de la pénurie médicale, six centres médico-psychologiques sur sept ne disposent pas de temps médical en continu sur la semaine. Par conséquent, tous les pédopsychiatres à temps plein ont une double affectation afin de couvrir les différentes unités.

Sur la période, l'EPSM a eu un temps un renfort d'un contractuel puis a recruté un praticien hospitalier qui a dû renoncer au bout de quelques mois pour des raisons d'ordre personnel. Depuis la réforme de la loi Rist, les agences d'intérim n'adressent plus de candidats à l'établissement. Depuis novembre 2024, un ancien pédopsychiatre de l'EPSM, à la retraite, a repris du service à temps partiel, au sein de l'unité pour adolescent mais pour des périodes ponctuelles d'un mois.

Le pôle de pédopsychiatrie est en cours de réorganisation et devrait désormais reposer sur trois services, à savoir la pédopsychiatrie générale regroupant les CMP et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, le service des anomalies neurodéveloppement (CDAA 45⁶⁵ et hôpital de jour (HDJ)) et les unités spécifiques départementales.

Schéma n° 2 : Réorganisation du pôle de pédopsychiatrie

Pédopsychiatrie générale de l'Enfant et de l'Adolescent	Anomalies du neuro-développement de l'Enfant et de l'Adolescent	Unités spécifiques départementales+
Centres médico-psychologiques (CMP)	Hôpital de jour (HDJ) Émile Zola	Dispositif ADOS
Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	HDJ SJDB ELECTRA	Accueil familial thérapeutique (SAFT)
	HDJ Châteauneuf sur Loire	EMICEA ⁶⁶
	Consultations CDAA-45	ETAP ⁶⁷

Source : données du centre hospitalier départemental Georges Daumézon

Sur le plan médico-administratif, le bureau de pôle se réunit chaque semaine. Cette réunion rassemble le chef de pôle, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif. En outre, des réunions dites "trio de pôle" se tiennent toutes les deux semaines. Elles réunissent le chef de pôle, le directeur référent, le cadre supérieur de santé et le cadre administratif. Selon les

⁶⁵ CDAA-45 : centre de diagnostic et d'accompagnement précoces de l'autisme (45).

⁶⁶ EMICEA : équipe mobile d'intervention de crise auprès des enfants et adolescents.

⁶⁷ ETAP : Unité d'éducation thérapeutique du patient, addiction aux écrans et psycho-traumatisme des enfants et adolescents du Loiret.

sujets abordés, d'autres intervenants peuvent être invités, tels que les médecins référents d'unité ou toute personne contribuant au bon fonctionnement du pôle.

Des conseils de pôle constitués du bureau de pôle et des représentants des différentes catégories professionnelles présentes au sein du pôle « seront planifiés tous les semestres. Les réunions par fonction (médecins, psychologues et secrétaires) seront maintenues. Les séminaires du pôle seront également poursuivis avec une fois par an un thème de gouvernance et trois fois par an des thèmes cliniques. Dans chaque unité fonctionnelle, nous souhaitons que le trio médecin responsable d'unité / psychologues / cadre de santé puisse s'engager sur les missions propres à leurs unités, en lien avec le projet de pôle et le projet d'établissement. »

Concernant les ressources humaines médicales du pôle, il est à noter que le pôle prévoit quatorze ETP de pédopsychiatre. Le pôle connaît depuis trois ans une baisse sensible de ses effectifs médicaux avec une moyenne de sept ETP vacants, soit la moitié des postes de pédopsychiatres non pourvus. La discipline souffre d'un déficit d'attractivité observé également au niveau national.

Compte tenu de la faiblesse en moyens historiques de la pédopsychiatrie, le pôle a également été renforcé à la faveur des appels à projet et des rebasages issus de la réforme du financement de la psychiatrie.

Renforcement des moyens

- six IDE et psychologue issus de l'appel à projet régional de pédopsychiatrie en 2021 pour consolider les CMP infanto-juvéniles et renforcer l'équipe mobile ;
- deux IDE fléchés par décision interne suite au rebasage de 2022 pour le renfort des CMP ;
- un psychologue issu d'un financement régional sur le psycho-traumatisme (2023) ;
- six ETP de personnels paramédicaux (psychomotricien, assistant social, infirmier de pratique avancée, IDE) et administratif (secrétaire) en faveur de l'équipe mobile d'intervention de crise auprès des enfants et adolescents (EMICEA), des CMP et de l'activité universitaire développée au sein de la filière des troubles du neurodéveloppement pilotée par le Pr TRIPI (2023-2024) ;
- trois ETP d'IDE, un ETP de moniteur éducateur et 0.30 ETP d'ergothérapeute à l'unité pour adolescents.

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données du centre hospitalier départemental Georges Daumézon

2.1.4 La prise en charge de l'autisme

La filière des troubles du neurodéveloppement de l'enfant se structure autour d'un centre de diagnostic précoce de niveau 2 labellisé et autorisé en 2014 et de trois hôpitaux de jour. Devenue filière à vocation universitaire, c'est le premier service « universitarisé » de psychiatrie depuis la constitution du CHRU d'Orléans. Il fonctionne en étroite collaboration avec le centre régional autisme du CHRU de Tours.

Le centre de diagnostic et d'accompagnement précoces de l'autisme (CDAA) a pour mission le diagnostic précoce des enfants de moins de six ans présentant une suspicion d'autisme, l'accompagnement de leurs familles dans leurs orientations vers les partenaires ainsi qu'une mission de formation et d'information du grand public et des professionnels. Les trois hôpitaux de jour sont situés sur Fleury-les-Aubrais, Saint-Jean de Braye, Châteauneuf-sur-

Loire. Les équipes pluridisciplinaires prennent en charge les enfants de quatre à seize ans sur indication médicale d'un CMP du pôle. L'équipe du CDAA a été renforcée suite à la mise en place de la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) du Loiret qui assure le rôle de porte d'entrée des enfants avec suspicion de troubles du neurodéveloppement (TND) et qui les oriente vers le CDAA pour un diagnostic complet. L'arrivée d'un pédopsychiatre a également permis d'étendre l'offre de prise en charge avec une amplitude d'ouverture de cinq jours au lieu de trois.

2.1.5 Les prises en charge alternatives à l'hospitalisation

L'EPSM dispose de deux dispositifs qui constituent des alternatives à l'hospitalisation des jeunes patients. D'abord, l'accueil familial thérapeutique offre à des adolescents ou des enfants pour lesquels le retour à domicile n'est pas possible, une alternative à l'hospitalisation en leur permettant d'engager une phase de réadaptation ou d'acquisition d'une certaine autonomie dans un milieu familial dans lequel ils pourront tisser des liens sociaux et affectifs. Les patients restent suivis par une équipe de psychiatrie.

Le service d'accueil familial thérapeutique a été créé en 1990, à la suite de la fermeture des unités d'hospitalisation de psychiatrie infanto juvénile. Cet outil de soins né dans le deuxième Inter secteur est devenu, grâce à la mise en pôle en 2016, un outil transversal accessible pour l'ensemble des enfants et adolescents du pôle. Cette unité comprend une équipe pluridisciplinaire dédiée (psychiatre, psychologue, infirmiers, cadre de santé, secrétaire) et des assistants familiaux employé par l'EPSM, possédant le diplôme d'état d'assistant familial.

Le pôle dispose d'une alternative à l'hospitalisation avec quatre accueillants familiaux thérapeutiques pour un total de dix agréments, avec un projet d'augmentation de deux places supplémentaires, le taux d'équipement du Loiret étant de 2,35 pour 100 000 jeunes, inférieur à la moyenne régionale de 3,2 et une moyenne nationale de 4,39. Environ 60 % de la file active de ce service concernent des enfants relevant d'une mesure de protection de l'ASE.

Le second dispositif est celui des séjours de rupture que s'adresse à l'ensemble des enfants et adolescents souffrant de troubles du comportement pour lesquels une mise à distance du conflit serait profitable tant au jeune qu'au milieu familial. Les indications de séjour de rupture sont posées par les médecins des CMP référents. Le jeune est accompagné par l'équipe soignante du CMP référent et des liens sont faits avec l'accueillant pendant la semaine d'observation qui donne lieu à un écrit.

2.1.6 Le traitement des urgences et des situations de crise

L'urgence en pédopsychiatrie n'est comparable ni à celle des adultes ni aux urgences somatiques. Contrairement à l'offre de soins pour les adultes, il n'existe pas, sauf exception, de services d'urgences pédopsychiatriques ; les hospitalisations s'effectuent donc en services d'urgences générales ou pédiatriques, et parfois en service psychiatrique pour adultes dans le cas des adolescents. En pédopsychiatrie, l'urgence se caractérise le plus souvent par une crise, notamment de nature suicidaire, dont la prise en charge ne doit pas nécessairement conduire

aux urgences.⁶⁸ À l'EPSM du Loiret, les urgences pédopsychiatriques sont prises en charge au centre de premier accueil d'urgence. Si une hospitalisation s'avère nécessaire, les patients peuvent être orientés, sur indication médicale, vers l'unité d'hospitalisation temporaire pour crise aiguë (UHTCA).

Afin de mieux traiter les situations de crise, l'établissement a mis en place une équipe mobile qui est chargée d'aller à la rencontre du jeune et de sa famille, à domicile, avec des missions d'évaluation, de soutien, de coordination et d'accompagnement vers le soin, évitant ainsi des hospitalisations. Cette équipe dénommée équipe mobile d'intervention de crise auprès des enfants et adolescents (EMICEA) est positionnée dans le parcours de soins en amont de la prise en charge des CMP, à l'attention des mineurs connus ou non connus de la file active, et en relais du centre psychiatrique d'accueil d'urgence.

Ainsi, lorsqu'un enfant ou un adolescent et sa famille se retrouvent en situation de crise à domicile ou en institution (ex. : foyers), l'EMICEA peut être sollicitée en première intention. L'équipe mobile intervient dans des délais courts, sur les lieux et dans le contexte de l'apparition de la crise. Une fois la phase critique apaisée, le patient est orienté vers d'autres structures de soins si nécessaire.

L'objectif de cette équipe est d'assurer une intervention précoce que les CMP ne peuvent apporter, avant la survenue d'une situation d'urgence afin de prévenir la décompensation du jeune et le recours à l'hospitalisation aiguë. L'équipe intervient en binôme selon le niveau de réactivité nécessaire après évaluation, entre 24 heures et maximum une semaine. Elle travaille en réseau avec les professionnels de santé de ville, l'éducation nationale, les structures de placements et institutions médicosociales et l'ensemble des dispositifs de soins de pédopsychiatrie du Loiret, incluant l'inter-secteur de Montargis.

Au sein de cette équipe mobile en 2020, 79 % des situations de crise ont été résolues par le travail de l'équipe et n'ont pas nécessité d'hospitalisation ou de poursuite des soins. Dans le même temps, 11 % ont fait l'objet d'une orientation vers un CMP pour un suivi prolongé, et 9 % ont été orientés vers un professionnel libéral. Il s'agit là d'un modèle d'intervention précoce visant à prévenir l'enkystement de troubles et à réassurer l'enfant et la famille, les partenaires du médico-social auprès desquels l'EMICEA intervient. À noter que 20 % des prises en charge sont effectuées sur l'inter-secteur du Montargois, relevant du centre hospitalier de Montargis, en lien avec les CMP infanto juvéniles de cet inter-secteur.

2.1.7 La prévention des impacts croisés entre addictions et santé mentale

Les corrélations existantes entre les troubles addictifs et mentaux sont largement établies, chacun pouvant être un facteur causal ou aggravant pour l'autre. Par ailleurs différentes études ont confirmé qu'une moins bonne santé mentale et un stress plus important perçu étaient associés à une durée d'exposition prolongée aux écrans. Or, un doublement du temps d'exposition des adolescents aux écrans chez les dix-quatorze ans a été constaté durant l'épidémie de la covid-19 et ce phénomène semble persister aujourd'hui.

⁶⁸ Source : « La pédopsychiatrie », Cour des comptes, mars 2023.

L'établissement a créé une nouvelle unité appelée ETAP (éducation thérapeutique du patient, addiction aux écrans et psychotraumatisme⁶⁹ à destination des enfants et adolescents) avec des moyens constants. Cette unité a ensuite été renforcée dans le cadre d'un appel à projets régional de pédopsychiatrie. Elle a pour mission de prévenir et de traiter l'addiction aux écrans. Il s'agit d'un dispositif de soutien à l'ensemble des centres médico-psychologiques (CMP) du département. L'enjeu est de pouvoir optimiser les compétences existantes, qui ne peuvent être multipliées dans tous les CMP en raison de leur niveau de spécificité. Cela permet également de libérer du temps pour les CMP afin qu'ils puissent se concentrer sur leur mission de prise en charge des troubles sévères et modérés.

Déclarée « grande cause nationale » par le président de la République depuis la parution du rapport « Enfants et écrans » en avril 2024 et à la faveur du recrutement d'une psychologue spécialisée et reconnue pour son expertise, une consultation est proposée pour les jeunes du Loiret de onze à dix-sept ans et leur famille. Dans ce cadre, une évaluation et un projet de prise en charge des troubles liés à l'addiction et dans une optique de prévention secondaire est réalisée en lien étroite avec les CMP en charge du suivi, pendant et à la sortie de l'hospitalisation pour adolescents, et les partenaires, notamment l'éducation nationale, la maison des adolescents. La prise en charge des enfants exposés aux écrans de moins de dix ans s'effectue au sein des CMP de secteurs avec l'appui d'ETAP sur les éléments de psychoéducation.

2.1.8 La prise en charge des autres pathologies émergentes

L'éducation thérapeutique du patient, addiction aux écrans et psychotraumatisme (ETAP) propose deux autres axes de prises en charge afin d'intervenir précocement et rapidement sur des troubles susceptibles d'engendrer des pathologies plus sévères de type risque suicidaire.

Le premier axe traite de la prise en charge du psychotraumatisme. La mission de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) est d'intervenir pour des urgences à risque psychotraumatique pour les enfants de seize ans et plus et ponctuellement pour les enfants de treize à seize ans. Le centre départemental de psychotraumatisme de l'adulte intervient à partir de seize ans, les CMP du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents sont positionnés sur les situations complexes avec de multiples traumatismes, en lien avec le centre départemental de psychotraumatisme du Loiret.

Le second axe concerne l'éducation thérapeutique. L'unité ETAP proposera un programme d'éducation thérapeutique à destination des adolescents souffrant de troubles anxieux généralisés. Actuellement, il est difficile de mettre en œuvre ce type de groupe en CMP compte tenu de la difficulté de composer un groupe suffisamment conséquent et durable de patients. Cette prise en charge inter-CMP s'effectuera sur adressage des médecins de CMP du Loiret. Les modalités du programme sont validées par le centre régional et le centre départemental du psychotraumatisme.

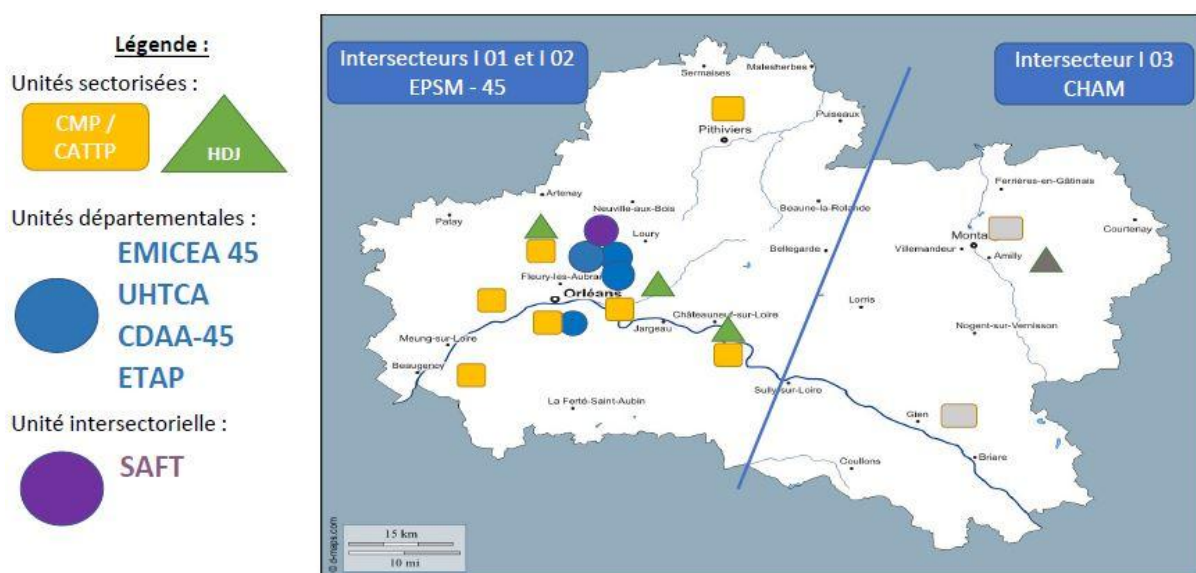
⁶⁹ Le psychotraumatisme est un traumatisme psychique qui peut être provoqué par la confrontation à une situation violente (accident de la circulation, agression physique ou sexuelle, harcèlement, morsure de chien, deuil familial, etc.).

2.2 Une structuration des parcours de soins à améliorer

2.2.1 Une couverture territoriale moins dense à l'Est du département

La pédopsychiatrie de l'EPSM couvre actuellement les deux tiers du département du Loiret au travers des inter-secteurs⁷⁰ 45 I01 et 45 I02, les territoires du Giennois et du Montargois étant desservis par l'inter-secteur de pédopsychiatrie 45I03 du centre hospitalier de l'agglomération du Montargois. Le bassin de population correspondant à ces deux inter-secteurs est d'environ 500 000 habitants pour une file active de 2 947 enfants suivis par les services de pédopsychiatrie de l'EPSM.

Carte n° 1 : L'implantation des unités psychiatriques



Source : données du centre hospitalier départemental Georges Daumézon

Selon la cheffe de pôle de pédopsychiatrie, le maillage territorial des CMP est, dans l'ensemble, pertinent. Il reste cependant moins dense à l'Est du département en raison de l'étendue géographique du troisième secteur infanto-juvénile. Pour remédier à cette situation, l'EPSM a cédé au CHAM une parcelle attenante au CMP de Giens afin que ce dernier puisse y développer l'activité ambulatoire mais le projet d'extension n'a pas encore abouti.

L'établissement admet aussi qu'il convient « d'approfondir les articulations avec le CHAM sur l'Est du département pour graduer un parcours de soins pour les adolescents dans un territoire qui ne compte plus qu'une seule pédopsychiatrie. » Compte tenu de la saturation des lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie de l'EPSM, l'établissement estime qu'il serait

⁷⁰ Un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (ou pédopsychiatrie) constitue l'aire fonctionnelle d'intervention d'une équipe soignante dans le domaine de la santé mentale pour une population d'enfants et d'adolescents.

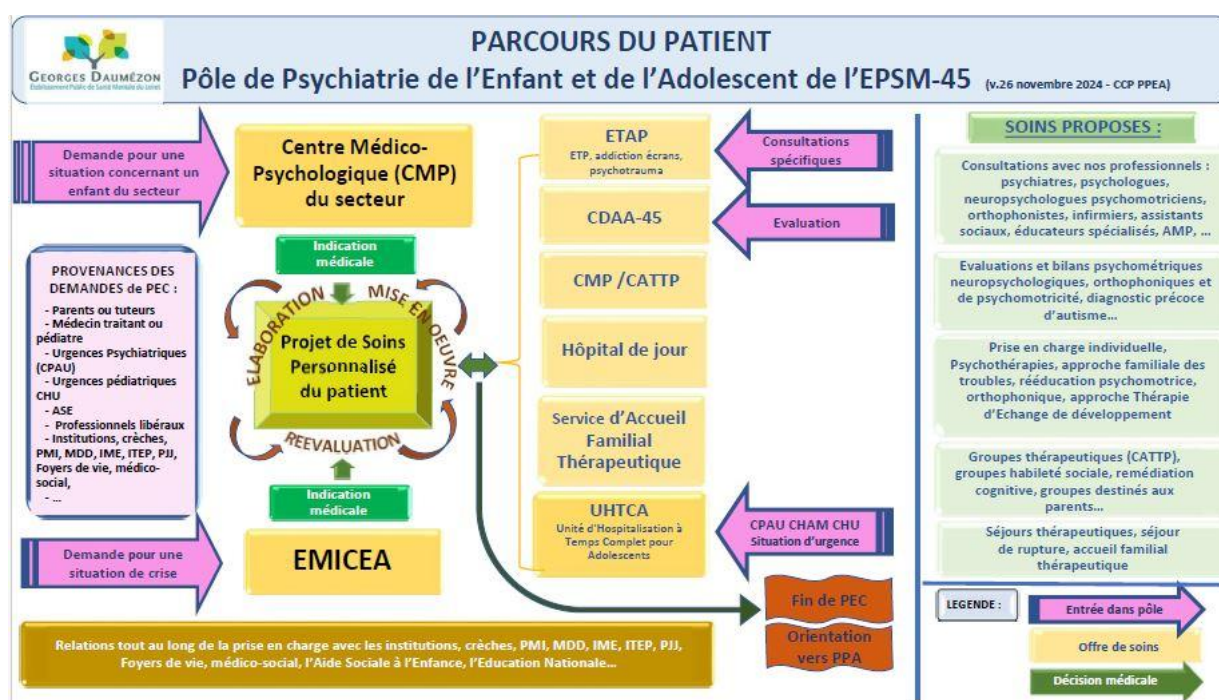
opportun d'envisager à terme l'ouverture de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie au CHAM⁷¹.

Enfin, l'hôpital de jour est un maillon du parcours de soin. Le secteur de Montargis-Gien est dépourvu d'hôpital de jour et de centre d'accueil thérapeutique à temps partiel spécifique à la prise en charge des enfants et des adolescents, la seule possibilité de recours à cette modalité de soins est l'hôpital de jour de psychiatrie générale pouvant prendre en charge les jeunes patients à partir de l'âge de quinze ans et trois mois.

2.2.2 Le rôle pivot des centres médico-psychologiques

Le PMP du GHT identifie plusieurs difficultés en amont de la prise en charge des jeunes patients : difficultés à recourir à des professionnels libéraux (pédopsychiatres, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, kinésithérapeutes) ; rupture des prises en charge orthophonique ; manque de places dans les établissements médico-sociaux ; manque de médecins scolaires dont le rôle est crucial dans le repérage des troubles et l'orientation du jeune public.

Schéma n° 3 : Parcours du patient en pédopsychiatrie



Source : schéma fourni par le centre hospitalier départemental Georges Daumézon

⁷¹ Actuellement, l'EPSM étant le seul établissement à disposer de lits de pédopsychiatrie, il accueille de nombreux enfants qui résident dans l'Est du département.

Le pivot du parcours de soins est le centre médico-psychologique (CMP). Le maillage du territoire se structure autour huit CMP infanto-juvénile dont quatre sont situés dans l'agglomération orléanaise. L'établissement a engagé un processus de regroupement de trois CMP (Patay, Fleury-les-Aubrais, Saint Jean de la Ruelle) et l'hôpital de jour de Fleury-les-Aubrais afin d'optimiser les ressources humaines notamment médicales, de rationaliser l'organisation des soins et de mutualiser les compétences.

Tableau n° 12 : Localisation des centres médico-psychologiques

CMP	Localisation
4	Fleury-les-Aubrais, les deux CMP « Bascule » et « Bourgogne » sur la commune d'Orléans, Saint-Jean de la Ruelle
1	Châteauneuf-sur-Loire (à l'est de l'agglomération) distant de 30 km
1	Meung-sur-Loire, à l'ouest de l'agglomération, distant de 20 km
1	Pithiviers (57 km) au nord-est de l'agglomération

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données de l'établissement

Les centres médico-psychologiques prennent en charge les enfants de zéro à seize ans par une équipe pluridisciplinaire composée d'IDE, de psychologues, neuropsychologues, orthophonistes, psychomotriciens, assistantes sociales, éducateurs spécialisés. Ils sont les principaux points d'entrée dans le parcours de soins en pédopsychiatrie. Au regard de la démographie médicale très contrainte du pôle depuis plusieurs années, l'organisation des soins s'organise autour d'un premier entretien assuré par un infirmier ou un psychologue selon le recueil des éléments cliniques. Ce premier entretien fait l'objet d'un échange en réunion pluridisciplinaire du CMP afin d'exposer son évaluation en premier niveau et de définir un projet de soins personnalisé initial élaboré sous la responsabilité et en lien avec le médecin pédopsychiatre du CMP. Le premier entretien permet aussi d'adapter le délai de réponse et de prioriser les rendez-vous en faveur des situations d'urgence.

Selon la situation clinique et tout au long du parcours, différents soins individuels ou de groupes en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pourront être proposés au jeune patient en fonction de la réévaluation régulière de son projet de soins. Les orientations vers les hôpitaux de jour (HDJ), le service d'accueil familial thérapeutique (SAFT) et les séjours de rupture sont faites uniquement sur l'indication médicale des praticiens.

S'agissant des demandes d'hospitalisation, elles émanent de multiples acteurs et vont donner lieu au préalable à l'élaboration d'un projet de soins personnalisé du patient. L'hospitalisation, dont la durée est moyenne de quinze jours, permet de traiter la situation de crise et, si cela s'avère nécessaire, l'enfant ou l'adolescent est alors transféré vers une clinique privée pour des séjours plus longs (5 % des sorties) qui impliquent d'associer une prise en charge médicale et un temps de scolarisation⁷².

⁷² Mais le mode de sortie principal (95 % des cas) reste le retour à domicile.

2.2.3 Des délais d'attente insatisfaisants

Depuis une quinzaine d'années, les CMP infanto-juvéniles font face à une demande croissante. Le nombre d'enfants pris en charge par ces structures, après avoir augmenté de 17 % entre 1997 et 2016, continue à progresser de plus d'un pour cent par an malgré le mouvement de diversification des réponses offertes par les pédopsychiatres à la demande (Maison des adolescents (MDA), équipes mobiles, consultations spécialisées).

Dans le département du Loiret, les listes d'attente restent importantes. Le projet territorial de santé mentale souligne qu'« en 2019, au niveau des secteurs I01 et I02, 610 enfants sont sur liste d'attente ; le secteur I03 en compte 507. De plus, les délais d'entretien de première intention sont de 3,5 mois en moyenne. Pour le CMP de Pithiviers⁷³, ils s'élèvent à 7,7 mois. Le délai d'accès à l'évaluation médicale priorisée est de 2,4 mois en moyenne avec une amplitude pouvant aller jusqu'à 5,6 mois au CMP de Pithiviers. »

Selon l'étude précitée de l'observatoire régional de santé (ORS), « dans les CMP infanto-juvéniles, le délai moyen mesuré pour ce premier rendez-vous est d'environ d'un mois dans l'Eure-et-Loir, d'un mois et demi dans le Loiret et dans le Cher, alors que les autres départements de la région présentent des délais beaucoup plus importants. » Bien que les délais d'accès à un premier entretien dans le Loiret semblent moins longs que dans les autres départements de la région Centre-Val de Loire, ils ne sont pas pour autant satisfaisants.

L'établissement a communiqué des données actualisées. Ainsi, en 2024, le délai d'accès pour un rendez-vous avec le médecin est de 4,2 mois en moyenne sur les CMP, tandis que le délai d'accès pour un entretien infirmier de première intention est de trois mois en moyenne.

Tableau n° 13 : Les délais d'attente dans les CMP infanto-juvéniles (2024)

CMP	CMP PPEA	CMP Pithiviers
<i>Nombre de nouvelles demandes</i>	1 040	143
<i>% de réponse à l'accès aux soins⁷⁴</i>	70 %	43 %
<i>Délai en jours pour ce premier RV (venu ou non)</i>	97 jours (3,2 mois)	69 jours (2,2 mois)
<i>Délai pour 1^{er} RDV infirmier</i>	95 jours (3 mois)	64 jours (2,1 mois)
<i>Délai pour 1^{er} RDV médecin</i>	126 jours (4,2 mois)	127 jours (4,2 mois)

Source : données communiquées par le centre hospitalier départemental Georges Daumézou

La vacance de plusieurs postes de psychiatres ⁷⁵ explique, dans une large mesure, les délais d'attente et de prise en charge des patients. Certains postes plus spécifiques aux CMP

⁷³ Concernant la situation du CMP de Pithiviers en 2019, ces données correspondaient à un contexte d'absence de présence médicale selon l'établissement.

⁷⁴ Ainsi, 70 % des demandes dans les CMP PPEA obtiennent une réponse et par conséquent 30 % des demandes restent en attente.

⁷⁵ Comme la plupart des CMP infanto-juvéniles de la région.

infanto-juvéniles, comme les orthophonistes ou les psychomotriciens, « sont également très difficiles à pourvoir. Les délais sont très importants pour avoir accès à ces professionnels en CMP, quand les structures ne renvoient pas directement les demandes sur l'extérieur. »⁷⁶

Situation critique pour le secteur de la pédopsychiatrie

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 45 % des établissements décrivent des délais d'accès à l'ambulatoire compris entre cinq mois et plus d'un an. Le délai moyen d'accès à l'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est compris entre un et quatre mois pour 20 % des établissements et 13 % des établissements déplorent des délais d'accès à l'hospitalisation de cinq mois à un an. La majorité des établissements (59 %) déplorent plusieurs années de délai, voire une dizaine d'années pour 3 % d'entre eux, alors même que les besoins ont augmenté depuis 20 ans, comme en atteste la progression de plus de 60 % du nombre de personnes suivies chaque année en psychiatrie infanto-juvénile, tous modes de prise en charge confondus (hospitalisation complète, hospitalisation partielle ou soins ambulatoires).

Source : rapport d'analyse prospective 2024, HAS

2.2.4 Une pénurie de médecins partiellement compensée

L'établissement est confronté à la vacance de plusieurs postes médicaux notamment en pédopsychiatrie. En effet, à la fin de l'année 2023, une douzaine de postes étaient vacants répartis dont sept postes sur le pôle de psychiatrie de l'enfant et un poste pour le pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Actuellement l'EPSM « privilégie l'intra hospitalier. L'idée étant de stabiliser les pôles de psychiatrie de l'adulte et de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Enfin, c'est vraiment dans le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent où il y a le plus de manques.⁷⁷»

Afin d'atténuer l'impact des vacances de postes de pédopsychiatres, l'organisation médicale des CMP a été adaptée. D'abord, les premiers entretiens sont assurés par des infirmiers ou des psychologues en première intention. Ce premier entretien permet une évaluation des besoins des enfants et des adolescents en prenant en compte les antécédents médicaux et psychiatriques, les motifs de la demande de soins et les éventuelles difficultés scolaires. De plus, le pôle tente de développer le recours à la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA)⁷⁸.

Ensuite, les autorités de tutelle et de tarification ont renforcé les moyens en personnel des CMP infanto-juvéniles. À la suite d'un appel à projet régional, la pédopsychiatrie a ainsi bénéficié d'un renfort de six IDE et psychologue en 2021 pour consolider les CMP infanto-juvéniles et renforcer l'équipe mobile.

Enfin, le service de pédopsychiatrie a développé un partenariat avec la maison de l'enfant et de l'adolescent afin de réguler les flux de patient en amont de la prise en charge par les CMP⁷⁹.

⁷⁶ Cf. étude précitée de l'ORS.

⁷⁷ Procès-verbal du conseil de surveillance du 9 novembre 2023.

⁷⁸ Un seul IPA pour l'instant.

⁷⁹ L'EPSM est membre du conseil d'administration de l'association gestionnaire de la maison de l'enfant et de l'adolescent.

2.2.5 La saturation des capacités en lits pour les adolescents

L'unité prend en charge les principales psychopathologies des adolescents telles que les troubles dépressifs, du comportement alimentaire, de l'humeur mais aussi les risques suicidaires et les psychotraumatismes. Le rapport de certification indique que dans les unités de pédopsychiatrie, les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté et sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents. La multiplicité des activités socio thérapeutiques (médiation animale, art thérapie, lien avec le centre culturel...) et le lien avec les partenaires (maison des adolescents, écoles...) favorisent le travail de réhabilitation et d'atténuation des troubles psychiques.

Toutefois, le projet territorial de santé mentale souligne que l'unité d'hospitalisation pour adolescents, située à l'EPSM, d'une capacité de six lits est régulièrement saturée avec un taux d'occupation de plus de 100 % ne lui permettant pas de jouer son rôle départemental. Le nombre de lits ramené au bassin de la population est insuffisant. Lorsque la prise en charge ne peut être différée, « cela aboutit à l'hospitalisation en unité pour adultes avec les risques iatrogéniques liés au mélange des populations et à la vulnérabilité de ce public.⁸⁰ »

Ainsi, en raison de l'augmentation importante des besoins de prise en charge d'adolescents pour lesquels la prise en soin ne peut être différée, certains, par manque de places, sont hospitalisés en service adulte⁸¹, selon évaluation de la situation clinique du patient concerné et des autres patients. La gestion de ces situations est protocolisée dans un souci de sécurisation. Les adolescents ne sont présents dans ces services que pour la soirée et la nuit. Ils sont installés à proximité des postes de soins et bénéficient d'une surveillance attentive et de la possibilité d'intervention de l'équipe de pédopsychiatrie au sein du service. En journée ils sont pris en charge dans des structures adaptées.

Il arrive aussi que le service soit contraint de procéder à des sorties précoces afin de libérer des lits pour les patients en attente d'hospitalisation⁸². En outre, l'EPSM rencontre des difficultés pour le transfert des adolescents vers d'autres établissements, malgré des tentatives de partenariats formalisés avec ceux-ci. Les établissements concernés⁸³ « n'ont pas souhaité s'engager compte tenu de la pression exercée sur les lits dédiés aux adolescents en région Centre. Pour autant, des transferts sont régulièrement sollicités et obtenus dans le cadre de la gestion des lits, selon les disponibilités en lits des établissements partenaires. »

En 2017, l'établissement a présenté à l'ARS un projet de doublement des capacités au regard du constat du ratio d'équipement inférieur à la moyenne régionale⁸⁴. Les dix lits ont pu être déployés en février 2022 mais deux lits restent actuellement non déployés en raison de la vacance du deuxième poste de médecin. Selon l'établissement, une capacité de vingt lits serait nécessaire, compte tenu de la croissance démographique du département et de son indice de rajeunissement.

Au regard de ce qui précède, la chambre appelle l'établissement, en concertation avec l'ARS, à ajuster la capacité en lits en pédopsychiatrie, ces derniers correspondant à un besoin de soins particulièrement fort et en expansion de la part d'enfants et d'adolescents du

⁸⁰ Cf. projet territorial de santé mentale.

⁸¹ Le département du Loiret présente le ratio population par lit le plus faible de France.

⁸² Source : entretien du 26 novembre 2024 avec l'équipe de pédopsychiatrie.

⁸³ Notamment le CHRU de Tours, le CH de Dreux, le CH Barthélémy Durand, le CH de Bourges, le CH Bonneval.

⁸⁴ Soit 0,3 pour le Loiret contre 1,19 au niveau régional.

département. L'enjeu sanitaire est aussi d'améliorer la gestion de la crise suicidaire à l'adolescence.

3114 : numéro national de prévention du suicide

Pour toute personne confrontée au suicide ou à une détresse psychique, un numéro national et gratuit est disponible 7j sur 7, 24h sur 24 : le 3114. Au bout du fil, des professionnels de santé, formés, mobilisés, en lien avec des acteurs du soin de chaque territoire, pourront apporter des réponses adaptées à toute situation. D'autres ressources de soutien et d'écoute spécifiques aux professionnels et étudiants du secteur de la santé sont disponibles.

2.2.6 Les parcours de soins des enfants protégés à mieux coordonner

En matière de santé, les enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins très spécifiques. Les études disponibles s'accordent sur leur état de santé souvent plus dégradé que celui des enfants en population générale, et mettent l'accent sur plusieurs aspects : le manque d'informations sur les antécédents familiaux, des facteurs de risque plus prégnants (prématurité, retard de croissance néonatal, etc.), la fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, un parcours souvent marqué par des pathologies, des traumatismes, des hospitalisations, et un fréquent besoin de prise en charge psychologique.

Dans ces conditions, il n'est pas anormal de constater une surreprésentation d'enfants relevant d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance dans la patientèle de l'EPSM. Alors même qu'ils ne représentent que 2 % des mineurs en France, ils constituent jusqu'à 17 % des adolescents hospitalisés à temps complet en particulier pour des troubles du comportement et des syndromes dépressifs. Ils représentent 60 % de la file active des enfants pris en charge dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique⁸⁵.

Face à ce constat, une commission d'étude des situations complexes a été mise en place afin de trouver, avec le département, la réponse la plus adaptée aux situations individuelles repérées par le service de pédopsychiatrie. Elle est composée des acteurs de la protection de l'enfance du Loiret (département, associatif médico-social, éducation nationale, justice, sanitaire...) et se réunit tous les deux mois. Les comptes-rendus sont transmis aux membres de la commissions ainsi qu'au juge des enfants.

Il est important de noter que l'Agence régionale de santé (ARS) a financé quatre postes d'infirmiers en pratique avancée (IPA) pour le département du Loiret. De plus, elle a désigné un coordinateur des parcours de soins des jeunes placés en aide sociale à l'enfance (ASE). Cette fonction est actuellement occupée par le directeur de l'association Appui Santé Loiret.

En dépit de ces initiatives, l'accès aux soins des enfants et adolescents bénéficiant d'une mesure de protection reste souvent difficile. Leurs parcours de soins sont mal coordonnés, alors même qu'ils peuvent s'avérer très complexes, du fait des besoins de suivi et de soins, et du nombre de professionnels impliqués.

Dans ces conditions, la chambre incite l'établissement à mettre en œuvre des actions de coopération avec ses principaux partenaires afin de proposer des réponses adaptées aux

⁸⁵ Cet accueil est organisé selon un mode séquentiel.

problématiques de santé des enfants bénéficiant de mesures de protection de l'enfance ou susceptibles d'en bénéficier.

2.2.7 Une pédopsychiatrie de liaison à renforcer

Dans certains départements, pour prévenir les hospitalisations en pédiatrie après un passage aux urgences, certains secteurs psychiatriques ont développé des équipes dites « de liaison », composées de professionnels de pédopsychiatrie, présentes directement au sein des services d'urgences générales ou pédiatriques⁸⁶.

Dans le département du Loiret, l'EPSM ne dispose pas de temps médical suffisant pour pouvoir assurer une pédopsychiatrie de liaison notamment au sein de la pédiatrie du CHRU d'Orléans⁸⁷. Cependant, le traitement de l'urgence est organisé selon deux modalités qui viennent atténuer les insuffisances de la psychiatrie de liaison.

D'abord, la prise en charge en urgence est assurée par le centre psychiatrique d'accueil et d'urgence (CPAU) qui prend en charge les patients tous âges confondus. Ce dernier s'articule soit avec l'unité d'hospitalisation lorsque les indications d'une prise en charge aiguë sont posées, soit avec l'équipe mobile d'intervention de crise auprès des enfants et adolescents (EMICEA) pour une intervention à domicile ou en institution, notamment pour les enfants encore inconnus de la file active, soit avec les CMP qui priorisent des entretiens d'urgence.

Ensuite, un protocole inter-établissements d'interventions graduées a été élaboré et validé par les responsables médicaux concernés afin de mieux prendre en compte les risques suicidaires et la prise en charge à la sortie de la pédiatrie.

Protocole inter-établissements

- Pour les risques suicidaires : une première évaluation par une psychologue de pédiatrie qui évalue le degré d'urgence. Si le jeune est hospitalisé pour une tentative de suicide, une intervention rapide du pôle de pédopsychiatrie est organisée dans un délai de 24 heures soit avec l'équipe du CMP si le patient est identifié dans la file active, soit avec l'EMICEA.
- Pour le relais d'une prise en charge à la sortie de pédiatrie : si les troubles repérés peuvent attendre la sortie de pédiatrie et la fin des soins somatiques aigus, le patient est orienté vers le CMP de référence, le délai de rendez-vous est priorisé avec le médecin du CMP selon l'évaluation clinique transmise par l'équipe de pédiatrie et l'équipe du CMP.
- Pour une intervention aux urgences pédiatriques : un avis du centre psychiatrique d'accueil et d'urgence est requis par les urgences pédiatriques avec l'appui de l'EMICEA ou du médecin de l'unité d'hospitalisation pour adolescents si situations complexes ou de crise afin d'évaluer et orienter.

L'établissement participe à la filière périnatalité dans le cadre du GHT. Les CMP accueillent des familles en situation de vulnérabilité psychique ou rencontrant des difficultés de développement du nourrisson pendant la grossesse, en période périnatale, ou en postnatal. Cette question de santé publique, réaffirmée régulièrement par l'ARS, nécessite de travailler en lien avec la PMI et le CHRU d'Orléans.

⁸⁶ Contrairement aux équipes mobiles, elles n'ont en principe pas vocation à se déplacer au domicile des patients.

⁸⁷ Cela signifie que le service de pédopsychiatrie de l'EPSM n'intervient pas dans les unités de soins pédiatriques du CHRU d'Orléans.

Le projet de pôle de pédopsychiatrie prévoit une redéfinition de la psychiatrie de liaison pour le versant pédiatrique, notamment par le développement de consultations consacrées aux patients hospitalisés en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique, en étroite collaboration avec le CHRU d'Orléans. Dans ce cadre, un projet de pédopsychiatrie de liaison est en cours d'élaboration, avec un démarrage prévu en mai 2025. Ce dispositif s'appuiera sur des moyens humains partagés entre l'EPSM (infirmier, pédopsychiatre) et le CHRU (psychologues, assistantes sociales), afin de rendre plus efficace la prise en charge conjointe somatique et psychiatrique des adolescents hospitalisés. Ce projet répond aux objectifs institutionnels du groupement hospitalier de territoire (GHT) et aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), en favorisant une meilleure intégration des soins psychiatriques dans les filières somatiques.

Parallèlement, le pôle poursuit son engagement dans le processus d'universitarisation de la psychiatrie. Un axe important concerne la recherche sur les troubles du neurodéveloppement chez l'enfant, portée par un professeur rattaché à l'établissement et également membre du laboratoire santé de la faculté. Ce travail s'inscrit dans la construction d'une filière inter-établissements dédiée à ces troubles, renforçant ainsi le lien entre soins, recherche et formation universitaire.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'offre de soins de l'établissement est diversifiée et évolutive afin de s'adapter en permanence aux besoins des patients. Elle est cependant fortement contrainte par la vacance de nombreux postes médicaux. Compte tenu de la faiblesse en moyens historique de la pédopsychiatrie, le pôle a été renforcé à la faveur des appels à projet et des rebasages issus de la réforme du financement de la psychiatrie.

La prise en charge en pédopsychiatrie à l'EPSM est principalement réalisée en ambulatoire. La file active a augmenté de 24,5 % entre 2019 et 2023 avec une moyenne de 37 % de nouveaux patients chaque année. Cette augmentation s'explique notamment par une demande croissante de soins, corrélée à la croissance démographique du bassin de population dont l'indice de rajeunissement est positif.

Le profil clinique des patients varie selon qu'ils sont pris en charge en consultation ou en hospitalisation. L'examen des profils cliniques semble indiquer que l'activité d'hospitalisation se concentre bien sur les troubles modérés et sévères.

Le parcours des patients reste à fluidifier. Si le maillage territorial des CMP est jugé dans l'ensemble pertinent, il reste cependant moins dense à l'Est du département en raison de l'étendue géographique du troisième secteur infanto-juvénile. De plus, les délais d'attente sont insatisfaisants. Ainsi, en 2024, le délai d'accès pour un rendez-vous avec le médecin est de 4,2 mois en moyenne sur les CMP, tandis que le délai d'accès pour un entretien infirmier de première intention est de trois mois en moyenne. Enfin, l'unité d'hospitalisation pour adolescents est régulièrement saturée avec un taux d'occupation de plus de 100 %. Ainsi, en raison de l'augmentation importante des besoins de prise en charge d'adolescents pour lesquels la prise en soin ne peut être différée, certains, par manque de places, sont hospitalisés en service adulte.

3 UN DISPOSITIF DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES DÉTENUES EN TENSION FAUTE DE RESSOURCES MÉDICALES SUFFISANTES

En détention, une partie de la population carcérale est atteinte de troubles mentaux et leur nombre ne cesse d'augmenter parallèlement à l'accroissement de la population incarcérée. La dernière étude épidémiologique réalisée en France sur la santé mentale dans les prisons françaises montre que huit détenus masculins sur dix souffrent d'au moins un trouble psychiatrique et, parmi eux, 24 % souffrent d'un trouble psychotique. (...) 40 % des hommes et 62 % des femmes détenues présenteraient un risque suicidaire⁸⁸.

Publiés en février 2023, les résultats de l'étude nationale menée par la Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie des Hauts-de-France, évaluent la santé mentale en population carcérale sortant de prison en France. Cette étude relève que les deux tiers des hommes et les trois quarts des femmes présentent au moins un trouble psychiatrique et/ou un trouble lié à une addiction à leur sortie.

Dans ce contexte, la question de l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins des personnes détenues se pose avec d'autant plus d'acuité que l'établissement a été contraint de réduire la capacité de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) en raison du manque de personnel médical. Or, la qualité de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues contribue à la prévention de la récidive.

3.1 L'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

L'EPSM dispose d'une filière de soins complète, graduée et complémentaire pour les personnes détenues. Le descriptif de cette filière est détaillé sur le site de l'établissement. Cette filière se décompose en trois niveaux identifiés sur le territoire national.

3.1.1 Le cadre juridique et stratégique

Depuis trente ans, les modalités de prise en charge de la santé des personnes détenues ont connu des évolutions majeures. La réforme du système de soins en milieu pénitentiaire, initiée par la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, a confié au service public hospitalier l'ensemble de ces prises en charge⁸⁹.

En application des articles L. 6111-1 et suivants et L. 6112-1 et suivants du CSP, tels que modifiés par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, les établissements de santé assurant le service public hospitalier délivrent les soins à toute personne

⁸⁸ Cf. Avis de la CGLPL du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux.

⁸⁹ Guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice, Ministère de la justice, 2019.

qui recourt à leurs services. Dans ce cadre, ils dispensent des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.

Le principe selon lequel les personnes détenues doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale a été réaffirmé par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Les soins aux personnes détenues s'inscrivent dans un dispositif sanitaire prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé, qu'ils soient somatiques ou psychiatriques. Cependant, la prise en charge de cette population et son amélioration nécessitent non seulement la prise en compte de sa situation sanitaire particulière mais également celle du contexte du monde carcéral et de ses contraintes.

Au plan stratégique, le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2023-2028 et le programme régional de santé (PRS) 2023-2028 consacrent quelques dispositions à la santé des personnes détenues. En revanche, le projet médical partagé du GHT comporte un axe spécifique relatif à la filière pénitentiaire.

3.1.2 Une gradation des soins en trois niveaux de prise en charge

Le dispositif de santé dédié aux soins psychiatriques à la population pénale du département du Loiret propose une offre de soins complète et complémentaire. Cette filière de soins aux détenus s'adresse également à toute personne sous-main de justice dans les établissements pénitentiaires dans la région Centre-Val de Loire et de l'inter région pénitentiaire de Dijon⁹⁰ en fonction des niveaux de soins décrits ci-dessous.

Le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) présente la particularité d'intégrer dans ses locaux une équipe soignante pluri professionnelle chargée des soins psychiatriques de niveau un et de niveau deux. De plus, des soins psychiatriques de niveau trois sont proposés à proximité avec la présence de l'UHSA non loin du site hospitalier de l'EPSM à Fleury-les-Aubrais.

Tableau n° 14 : Les trois dispositifs de soins psychiatriques (DSP)

		Places/lits	Ressort
DSP 1	Activité de suivi ambulatoire en consultations	-	Local
DSP 2	Activité d'hôpital de jour	18	Régional
DSP 3	Activité d'hospitalisation à temps plein	40	Inter-régional

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données de l'établissement

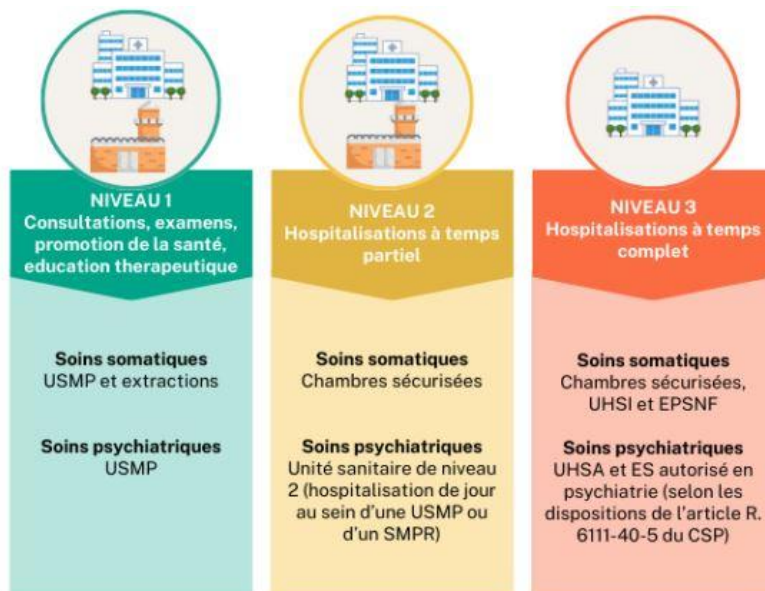
Ces trois niveaux de soins sont organisés de façon parfaitement intégrée au sein d'un même pôle « Psychiatrie en milieu pénitentiaire » de l'EPSM. Ce pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire (PPMP) a été créé en 2013 dans un contexte marqué à la fois par l'ouverture des

⁹⁰ Soit le Centre-Val de Loire, une partie de la Bourgogne et de la Champagne Ardennes.

UHSA au niveau national et par la construction du vaste centre pénitentiaire Orléans-Saran⁹¹ pour succéder à l'ancienne maison d'arrêt d'Orléans.

Ainsi, les soins des personnes détenues font l'objet d'une gradation en trois niveaux, tant pour les prises en charge somatiques que psychiatriques.

Schéma n° 4 : Les niveaux de la prise en charge



Source : note d'information de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 4 novembre 2024

Les soins de santé mentale de premier niveau, dénommé « dispositif de soins psychiatriques de niveau 1 » (DSP 1), propose des soins ambulatoires aux personnes incarcérées au centre pénitentiaire d'Orléans Saran (CPOS). Ce dispositif de santé offre aux personnes détenues l'opportunité de bénéficier de soins de proximité, sous la forme de consultations, d'entretiens individuels et de traitements. Il dispense aussi des actions de formation à la santé, de prévention sanitaire ainsi que des actions de continuité des soins à la sortie. L'orientation des patients se fait par l'équipe de l'unité sanitaire sur signalements des personnels pénitentiaires et sur demande des détenus.

Le second niveau de soins (DSP 2) regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, assurée par une structure d'hôpital de jour de 18 cellules pouvant accueillir des personnes détenues dans les prisons de la région Centre-Val de Loire. À vocation régionale, les soins en hospitalisation de jour s'adressent aux détenus des sept établissements pénitentiaires de la région Centre-Val de Loire⁹². En principe, ils sont réalisés par des unités sanitaires en milieu pénitentiaire qui sont porteuses d'un service médico-psychologique régional (SMPR), ce qui n'est pas encore le cas pour l'EPSM. L'équipe soignante est commune aux deux niveaux de prise en charge sur le CPOS.

⁹¹ Soit 899 places théoriques avec deux maisons d'arrêt pour les hommes, une maison d'arrêt pour les femmes, un centre de détention et un quartier de semi-liberté.

⁹² À savoir Tours-Blois-Bourges-Châteaudun Châteauroux-Saint Maur-CPOS.

Le séjour des détenus y est organisé en séquence d'isolement dans les cellules et de libre circulation dans l'unité sécurité de l'hôpital de jour. Afin de renforcer et de diversifier l'offre de soins psychiatrique aux personnes détenues, cette unité propose des activités thérapeutiques de groupe, sous la forme d'ateliers artistiques, de lecture, d'expression corporelle. Les cas d'incidents de violence à l'égard du personnel sont rares.

Enfin, le troisième niveau (DSP 3) est constitué d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), qui accueille en soins libres ou sur décision de représentant de l'État (SDRE) des personnes nécessitant une hospitalisation à temps complet, hommes, femmes et mineurs, en provenance d'un ressort territorial interrégional⁹³. Elle a été conçue pour accueillir deux unités de soins de 20 lits chacune⁹⁴.

Sur la période allant de 2018 à 2023, l'activité ambulatoire (niveau 1) a progressé, contrairement aux autres activités, notamment l'activité de l'UHSA⁹⁵.

Tableau n° 15 : L'activité de soins en milieu pénitentiaire

Unités de soins	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DSP 1						
Nombre d'actes	7 153	9 755	9 448	10 352	11 577	11 075
File active	945	1 174	1 106	1 135	1 183	1 220
DSP 2						
Nombre ½ journées	7 817	6 626	7 485	5 389	5 171	6 500
Nombre de patients	35	53	44	42	52	40

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après le rapport d'activité de l'UHSA (2023)

3.1.3 L'organisation du service médico-psychologique régional

En principe, les soins DSP 2 sont réalisés par des unités sanitaires en milieu pénitentiaire qui sont porteuses d'un service médico-psychologique régional (SMPR), ce qui n'est cependant pas le cas de l'EPSM. Cette situation s'expliquerait par des considérations d'ordre historique. En effet, en 1995, le centre pénitentiaire de Châteauroux a été désigné en qualité de SMPR. Depuis, l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a évolué. Ainsi, le DSP2 a ouvert au centre pénitentiaire d'Orléans Saran (CPOS), alors que le centre pénitentiaire de Châteauroux ne dispose toujours pas de lits d'hôpital de jour.

Le pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire de l'EPSM revendique cette nomination en tant que SMPR avec un budget spécifique qui lui permettrait d'assurer les missions de

⁹³ Avant la création des UHSA, les détenus souffrant de troubles mentaux ne pouvaient être hospitalisés qu'au sein d'une unité d'un EPSM et sous un mode contraint.

⁹⁴ Toutefois, depuis décembre 2021, l'UHSA compte une baisse de la moitié de ces lits relative à un manque d'effectif médical.

⁹⁵ Cf. partie 3.2.

coordination régionale et de formation des acteurs du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire. Une demande de reconnaissance a été formulée en ce sens auprès de l'ARS.

Au-delà du recours clinique de niveau 2, les SMPR ont une mission de coordination régionale impliquant une coopération avec l'ensemble des acteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile intervenant en milieu pénitentiaire. De même, cette qualification suppose une articulation avec les dispositifs de soins psychologiques (DSP) des unités sanitaires de leur région et les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)⁹⁶. Le SMPR joue aussi un rôle d'interface avec les autorités de tutelle et met en place des formations au niveau régional, formation initiale (étudiants hospitaliers, internes, stages d'Instituts de formation en soins infirmiers [IFSI], etc.) et formation continue.

Le projet demande l'affectation de la mission de coordination régionale « SMPR » au pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire (PPMP) de l'EPSM du Loiret car celle-ci « manque [selon l'ordonnateur] actuellement cruellement dans la région Centre-Val de Loire ». Cela se traduit par l'absence de rencontres professionnelles organisées, la faiblesse des échanges cliniques en dehors des indications UHSA et, enfin, un contexte de désert médical qui rend la coordination et la collaboration entre les acteurs de soins encore plus nécessaire.

3.1.4 Le suivi des recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté

La loi du 30 octobre 2007 modifiée institue un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, autorité administrative indépendante française chargée « de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux ». Le Contrôleur général est nommé par le président de la République pour un mandat de six ans, non renouvelable.

En application de la loi précitée du 30 octobre 2007, le Contrôleur général a effectué une visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Fleury-les-Aubrais (45) du 13 au 16 mai 2013. Le rapport de visite formule 16 observations dont certaines portent plus spécifiquement sur l'organisation des soins. Il a également effectué une visite du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) en 2021. Le rapport de visite identifie six bonnes pratiques et formule 97 recommandations, dont une petite quinzaine (notamment les recommandations 62 à 75) porte plus spécifiquement sur la prise en charge médicale des personnes détenues.

Les investigations conduites par la chambre montrent que, pour l'essentiel, l'établissement a adapté son organisation afin de prendre en compte les recommandations émises par le Contrôleur général tant dans le rapport de 2013⁹⁷ que celui plus récent de 2021⁹⁸. Cela concerne notamment l'aménagement des locaux, l'information des établissements pénitentiaires afin d'élargir la provenance des patients détenus, le renforcement des activités collectives pour réduire le temps en chambre fermée, l'organisation de repas thérapeutiques,

⁹⁶ Par exemple, l'élaboration d'un projet régional d'organisation des soins psychiatriques aux personnes détenues, qui pourra être intégré au projet territorial de santé mentale.

⁹⁷ Cf. la note rédigée par la cheffe de pôle, sur l'évolution de l'offre de l'UHSA.

⁹⁸ Cf. réponse de l'établissement sur l'évolution de l'offre à l'EPSM.

l'élargissement des horaires des promenades, l'accès au dossier médical pour les personnels du SAMU notamment.

Pour autant, certaines recommandations n'ont pas encore été mises en œuvre comme celle relative à l'emplacement du téléphone et l'absence de cabine qui compromettent le respect du caractère privé des conversations. De même, le Contrôleur général recommande qu'un temps de médecin généraliste soit spécifiquement affecté à l'UHSA, conformément aux termes de la convention de fonctionnement. En pratique, ce temps médical (0,5 ETP) de médecine générale a été réaffecté au pôle d'appui en gestion du service de médecine générale de l'établissement.

Dans ces conditions, même si les médecins généralistes interviennent sur demande avec une bonne réactivité selon l'établissement, la chambre invite l'EPSM à prévoir un temps de médecin généraliste spécifiquement affecté à l'UHSA, suivant ainsi une recommandation du Contrôleur général, conformément aux stipulations de la convention de fonctionnement.

3.1.5 La prévention du risque suicidaire

Le risque suicidaire dans la population carcérale est plus fréquent que dans la population générale. C'est la première cause de décès en prison à travers le monde. Les hommes et les femmes incarcérés constituent donc une population vulnérable.

En France, le taux de suicide en population carcérale est sept fois supérieur à celui observé en population générale. La mortalité par suicide des détenus a nettement progressé au cours des dernières décennies, passant de deux pour 10 000 détenus en 1950 à 25 pour 10 000 dans les années 2000. La baisse modérée du nombre de suicides à partir de 2012 pourrait s'expliquer en partie par une série d'initiatives prises par l'administration pénitentiaire et le ministère de la Santé⁹⁹.

Des mesures sont mises en place au centre pénitentiaire d'Orléans-Saran : placement en cellule de protection d'urgence (CPROU), codétenu de soutien, commission pluridisciplinaire unique (CPU) avec dispositif de soins psychiatriques (DSP), formation des agents pénitentiaires notamment.

3.1.6 Les structures locales de concertation

Les soins en milieu pénitentiaire font appel à la coordination notamment de l'administration pénitentiaire, l'EPSM, la préfecture, magistrats, ARS. Selon l'établissement, « la lourdeur administrative relative au statut des détenus et les contraintes de chacune des entités précitées potentialisent les difficultés de fonctionnement des soins en milieu pénitentiaire. » Dans ces conditions, la concertation locale repose pour l'essentiel sur la commission locale de coordination présidée par le préfet d'une part et, d'autre part, sur le comité de coordination présidé par l'ARS.

⁹⁹ Source : « les suicides et les tentatives de suicide, et leur prise en charge en milieu carcéral », revue adsp n° 104, septembre 2018.

Ainsi, la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA met en place une commission de coordination locale, présidée par le préfet du département siège de l'implantation de l'UHSA. Elle se réunit à son initiative, au moins une fois par an. Cette commission a pour objet d'examiner le fonctionnement de l'UHSA dans les interactions entre les services hospitaliers, les services pénitentiaires, les services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et les missions dévolues au préfet. Dans ce cadre, elle est un lieu privilégié d'échanges entre les différents services, ce qui permet d'anticiper et de mieux répondre aux difficultés éventuelles¹⁰⁰. L'établissement a communiqué le procès-verbal des réunions qui ont eu lieu en 2023 et 2024.

Le comité de coordination est le deuxième organe de concertation entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire. Sa mission porte notamment sur les conditions d'application du protocole¹⁰¹. Présidé par le directeur général de l'ARS ou son représentant, il se réunit au moins une fois par an pour la présentation du rapport annuel d'activité par l'établissement de santé.

3.2 L'hospitalisation des personnes détenues

Concernant la prise en charge psychiatrique, l'hospitalisation complète du patient détenu est réalisée de façon privilégiée au sein d'une UHSA. Neuf UHSA sont en service à ce jour¹⁰² et trois devraient ouvrir prochainement (en Île-de-France, en Normandie et en Occitanie).

3.2.1 Le cadre juridique

Selon l'article L. 3214-1 du CSP modifié par la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

« I. – Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée. »

L'hospitalisation sans consentement des personnes détenues est régie par l'article L. 3214-1 II du CSP. Elle ne peut avoir lieu que sous forme d'hospitalisation complète. Elle est réalisée dans un établissement autorisé en psychiatrie chargé d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou, sur la base d'un certificat médical, dans toute unité adaptée.

¹⁰⁰ La composition de cette commission est fixée par l'article 5 de la convention de fonctionnement.

¹⁰¹ Cf. article R. 6112-23, 10° du code de la santé publique.

¹⁰² Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux.

L'UHSA est une unité hospitalière implantée au sein d'un établissement de santé, sécurisée par l'administration pénitentiaire. Cette dernière assure les transferts, le contrôle des entrées et des sorties. Elle n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf demande du personnel soignant. La loi de programmation et d'orientation de la justice de septembre 2002 a en effet instauré le principe d'unités spécialisées permettant l'accueil des hospitalisations psychiatriques des personnes détenues dans un environnement sécurisé.

Les grands principes d'organisation des unités hospitalières spécialement aménagées :

- l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) exerce une mission de recours auprès des établissements de santé en assurant, durant l'hospitalisation à temps complet, l'observation clinique et l'élaboration de la conduite à tenir en fonction des diagnostics retenus ;
- l'accueil en UHSA est mixte en âge et en genre ;
- les patients peuvent être admis en UHSA avec ou sans leur consentement ;
- l'UHSA prend en charge les patients détenus dans l'un des établissements pénitentiaires relevant de son ressort territorial ; toutefois, pour des raisons de sécurité ou en cas d'absence de place dans l'UHSA de rattachement, le détenu peut être admis au sein d'une autre UHSA.

3.2.2 Les conditions techniques de fonctionnement des unités sanitaires

L'UHSA de l'EPSM est un bâtiment de plain-pied. L'unité de soins est conçue selon des principes architecturaux adaptés à la psychiatrie. Ainsi, conformément à l'article D. 6124-265 du CSP, les unités d'hospitalisation proposant des soins sans consentement comprennent nécessairement des espaces et des locaux adaptés à la prise en charge des personnes détenues.

Photo n° 1 : L'unité hospitalière spécialement aménagée



Source : rapport du CGLPL (2013)

Le titulaire de l'autorisation doit s'assurer que l'aménagement des locaux permet la libre circulation des patients entre les différents lieux de soins de l'unité mentionnés aux articles D. 6124-257 et D. 6124-265 du CSP.

Conditions techniques et architecture des unités

- un ou des espaces d'apaisement adaptés à la nature de la prise en charge des patients et au projet thérapeutique mis en œuvre, permettant des échanges avec le psychiatre ou avec un autre professionnel à l'écart des autres patients ;
- une ou plusieurs chambres d'isolement individuelles ; chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ;
- un espace d'accueil de l'entourage du patient permettant des visites dans l'intimité et respectant la confidentialité des échanges et notamment les rendez-vous avec les avocats ;
- Un espace extérieur sécurisé.

L'établissement de santé dispose d'unités ou d'espaces fermés ou pouvant être fermés, ce qui permet de favoriser le respect de la réglementation applicable en matière d'isolement et de contention.

3.2.3 Une convention de fonctionnement conclue tardivement

Conformément à l'article R. 3214-3 du CSP, les modalités d'admission et de séjour des personnes détenues dans l'unité hospitalière spécialement aménagée ainsi que les règles d'organisation et de fonctionnement applicables au sein de l'unité sont précisées par une convention signée en 2022 par le directeur de l'établissement de santé, le chef de l'établissement pénitentiaire auquel les personnels pénitentiaires affectés à l'unité spécialement aménagée sont rattachés, le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires et le préfet du département du siège de l'établissement de santé.

Outre les précisions relatives aux ressources humaines, cette convention définit les procédures de travail, d'admission et de sortie et prévoit les articulations entre les UHSA, les service médico-psychologique régional et les unités de consultation et de soins ambulatoires ; elle détermine les rôles respectifs des personnels de santé, pénitentiaires et éducatifs.

Cette convention a été complétée, en juillet 2023, par un protocole-cadre relatif au fonctionnement de l'unité sanitaire pour personnes détenues du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran.

Interrogé sur le caractère tardif de cette contractualisation, l'EPSM a mis en avant le fait que chaque document a donné lieu « à de nombreuses réunions préparatoires avec de multiples interlocuteurs, qui ont changé au fil des ans, ce qui a retardé le processus de validation multipartite. »

3.2.4 La composition des personnels et leurs missions

Le personnel hospitalier de l'unité de soins est placé sous la responsabilité médicale du chef de Pôle en charge de la délivrance de soins psychiatriques. L'équipe soignante est pluriprofessionnelle, sa composition est adaptée à la prise en charge des patients détenus¹⁰³.

La prise en charge sociale des patients-détenus relève du travailleur social hospitalier affecté à l'UHSA pour assurer cette mission, en liaison avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) référent de l'administration pénitentiaire affecté à l'UHSA. Les effectifs ont légèrement diminué entre 2019 et 2022, passant de 75,55 à 71,57 ETP rémunérés.

Tableau n° 16 : L'évolution des effectifs

ETPR	2019	2020	2021	2022
Personnels médicaux	3,43	3,91	3,91	2,89
Personnels non médicaux	72,12	72,18	71,07	68,68
TOTAL	75,55	76,09	74,98	71,57

Source : données communiquées par l'établissement

La composition est décrite dans l'annexe 9 de la convention de fonctionnement.

Tableau n° 17 : Répartition des personnels au sein de l'UHSA

Fonctions	ETP 2021	ETP 2022	ETP 2023
Psychiatres	1,9	1,19	1,34
Internes	2	1,5	0,5
Infirmiers	33,75	31,52	32,24
Aides-soignants	23,22	23,42	23,22
Psychologues	0,20	0,20	0,20
Assistant socio-éducatif	0,40	0,44	0,55
Cadre de santé	1,67	2	1,58
Cadre supérieur	0,21	0,10	0,05
ASH	10,29	9,77	10
Adjoint administratif	1,33	1,21	1,35

Source : données communiquées par l'établissement

Une présence médicale est assurée du lundi au samedi midi en journée. Par ailleurs, une ligne de garde médicale assure la continuité des soins en dehors de ces horaires. En dehors des horaires de présence médicale, l'établissement de santé organise, au sein de l'UHSA, un système

¹⁰³ Article 4 de la convention de fonctionnement.

de permanence des soins décrit dans l'annexe 10. Le médecin responsable de l'UHSA est en outre responsable de la continuité des soins.

La gestion interne de chaque unité de 20 lits est assurée par le personnel hospitalier, qui s'appuie sur le règlement intérieur hospitalier. Il assume ainsi le fonctionnement au quotidien, comme la sécurité, à l'intérieur de l'unité de soins. Le personnel de santé accompagne les patients-détenus dans le cadre de leurs déplacements en dehors des unités de l'UHSA, sauf en cas de prise en charge par une équipe sanitaire d'urgence. Cependant, le personnel soignant peut faire appel au personnel pénitentiaire pour des interventions ou missions ponctuelles dans les unités de soins conformément au décret du 18 mai 2010.

Le personnel soignant se coordonne avec le personnel pénitentiaire de l'UHSA sur l'ensemble des incidents dans le respect des protocoles d'intervention précisés dans la convention de fonctionnement (cf. annexe 11).

3.2.5 La sous-utilisation de la structure et ses conséquences

Alors que l'UHSA est conçue pour accueillir 40 détenus, faute de personnels médicaux suffisants, elle a été contrainte de réduire sa capacité d'accueil en fermant 20 lits en septembre 2021. Cette décision n'a pas été sans conséquences sur la qualité et l'accès aux soins. Ainsi, l'activité de l'UHSA est marquée par une réduction de la durée des séjours, des taux d'occupation plus élevés, un allongement des délais d'attente et davantage d'hospitalisations sous contrainte¹⁰⁴.

Selon l'établissement, cette réduction capacitaire n'est pas propre à l'EPSM et se retrouverait dans de nombreux établissements.

Tableau n° 18 : Fermeture de lits dans les UHSA

Établissements	Capacité totale	Fermatures lits
MARSEILLE	60	Fermeture de 20 lits
LYON	60	Fermeture de 15 lits
VILLEJUIF	60	Fermeture de 16 lits

Source : données communiquées par l'établissement

En outre, depuis la fermeture de la moitié des lits de l'UHSA (décembre 2021), les hospitalisations sous contrainte ont fortement augmenté en raison de listes d'attentes. Par ailleurs, selon l'ordonnateur, « les soins sans consentement sont priorités au regard de la sévérité de l'état clinique. Le mode d'hospitalisation est à l'initiative du médecin adresseur. » La part des séjours en hospitalisation sous contrainte est particulièrement élevée (72 %).

En octobre 2024, 24 lits sur 40 sont ouverts avec pour objectif d'avoir 30 lits ouverts en novembre 2024 grâce au recrutement d'un psychiatre.

¹⁰⁴ Cf. rapport d'activité 2023.

Tableau n° 19 : L'activité de l'UHSA

UHSA	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>File active</i>	260	246	206	197	201	208
<i>Hospitalisations</i>	353	357	303	267	266	285
<i>Taux d'occupation</i>	69 %	77 %	63 %	60 %	95 %	95 %
<i>Durée moyenne de séjour</i>	29	31	30	27	23	23
<i>Hospitalisation libre</i>	162	191	128	123	83	79
<i>Hospitalisation sous contrainte</i>	191	166	175	144	183	206
<i>Délais d'admission</i>	6,46	7,05	9,68	8	10,76	14,60

Source : rapport d'activité de l'UHSA (2023)

Le rapport d'activité de l'année 2023 souligne la nécessité de fluidifier les consultations afin de faire « baisser l'absentéisme des patients. » Sur ce point, l'établissement déclare avoir pris des mesures pour y remédier comme l'amélioration de l'organisation au sein du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran avec l'arrêt des « créneaux de consultation par bâtiment, sauf pour les femmes qui gardent un créneau dédié ». Ainsi, selon l'ordonnateur, « l'accès au DSP est donc nettement plus facile pour les patients, et la prise de rendez-vous nettement moins contrainte pour les soignants. »

Lors de la visite sur place, les agents du service ont indiqué que la liste d'attente oscille selon les semaines entre zéro et quatorze personnes. Toutefois, comme le repérage des troubles psychiatriques en milieu carcéral est loin d'être exhaustif, cette liste d'attente est peu fiable et n'a donc pas de réelle signification.

En conclusion, au regard de la prévalence des troubles psychiques au sein de la population carcérale, la question de l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins des personnes détenues se pose avec d'autant plus d'acuité, que la qualité de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues contribue à la prévention de la récidive.

3.2.6 Une activité structurellement déficitaire

Au plan budgétaire, l'activité d'hospitalisation des personnes détenues est très déficitaire, ce qui pèse à la fois sur la trésorerie et les résultats comptables de l'établissement. Le poids des charges indirectes est relativement élevé et se situe en moyenne autour de 34 % de l'ensemble des charges de la structure.

Tableau n° 20 : L'évolution comparée des recettes et des dépenses

En euros	2019	2020	2021	2022
<i>Recettes</i>	5 141 649	5 147 709	5 156 087	5 969 844
<i>Dépenses</i>	5 870 256	6 180 193	6 426 397	6 851 189

En euros	2019	2020	2021	2022
Charges directes	3 824 640	4 026 396	4 289 510	4 646 088
Charges indirectes	2 045 616	2 153 797	2 136 887	2 205 102
Déficit	728 607	1 032 484	1 270 310	881 345

Source : CRC Centre-Val de Loire d'après les données communiquées par l'établissement

L'établissement attribue le caractère déficitaire de cette activité à deux facteurs principaux. En premier lieu, les recettes perçues proviennent d'une dotation historique qui, selon l'EPSM, n'a pas été revalorisée en proportion des effets prix subis, entraînant un déséquilibre croissant entre les charges et les ressources. L'ARS précise à cet égard que la dotation globale allouée à l'établissement évolue selon les taux annuels définis au niveau national. En second lieu, le poids des charges indirectes (logistique, structure, administration, etc.) contribue également à ce déséquilibre.

Certaines charges comme celles de la prise en charge du linge, de la restauration, de la distribution de la cantine sont à la charge de l'EPSM. Elles sont financées par la dotation annuelle de financement perçue à ce titre. Aucune convention de répartition des charges entre l'administration pénitentiaire et l'EPSM n'a jusqu'à présent été signée.

Dans un souci de transparence, la chambre invite l'établissement à se rapprocher de l'administration pénitentiaire afin de conclure une convention précisant les clés de répartition des charges entre les deux partenaires.

3.3 Les difficultés du suivi psychiatrique des détenus

L'organisation de la prise en charge des personnes détenues soulève un certain nombre de difficultés, qui ont pu être identifiées au cours d'échanges avec des professionnels de santé de l'établissement ainsi qu'avec des représentants des usagers et de leurs familles¹⁰⁵.

3.3.1 Un recours fréquent aux hôpitaux de rattachement

Bien que les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète (niveau 3) doivent être en priorité prises en charge en unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA), un grand nombre d'entre elles fait toujours l'objet d'admissions dans d'autres services au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie. Cette pratique prive les personnes détenues d'une prise en charge de qualité dans les établissements spécialisés en psychiatrie.

Plusieurs facteurs expliquent pourquoi la prise en charge médicale des détenus ne peut s'effectuer au sein de la filière psychiatrique de l'EPSM mais doit se faire dans les

¹⁰⁵ L'équipe de contrôle a rencontré des représentants de l'UNAFAM.

établissements hospitaliers de rattachement¹⁰⁶, lesquels ne disposent pas toujours des moyens humains et matériels nécessaires pour offrir des conditions d'accueil optimales aux patients détenus (mise en chambre d'isolement systématique).

D'abord, l'éloignement géographique des lieux de détentions du ressort de l'UHSA ne va pas sans poser de difficulté. En effet, chaque mouvement de patient vers ou via l'UHSA nécessite la mobilisation d'une escorte pénitentiaire. Or, l'UHSA ne dispose que d'une seule équipe et, par conséquent, un seul mouvement à la fois est donc possible¹⁰⁷. Cela a pour conséquence d'allonger les délais de prise en charge et d'orienter en première intention les patients vers les établissements hospitaliers de rattachement.

Ensuite, même si l'accueil des patients à l'UHSA est en principe possible 24 heures sur 24 et tous les jours de la semaine, le manque « de moyens humains et matériels ne nous permet pas [selon l'ordonnateur] d'assurer cet engagement. », étant précisé que chaque mouvement de patient nécessite une escorte et, pour les hospitalisations sous contrainte, un accompagnement sanitaire associé. Sur ce point, la convention de fonctionnement prévoit qu'en l'absence de « place disponible ou d'impossibilité notoire de l'UHSA, pour toute demande d'hospitalisation sans consentement, les hospitalisations peuvent également être orientées vers un établissement de santé de proximité de chaque département, autorisé et habilité à accueillir des personnes en soins sans consentement (art. D. 394 et D. 398 du CPP). ».

3.3.2 Un niveau élevé d'hospitalisations sans consentement

En UHSA, les personnes détenues sont hospitalisées soit en soins libres soit en soins à la demande du représentant de l'État. Le nombre de patients en soins sans consentement est passé de 113 en 2019 à 153 en 2023, la proportion de patients en soins sans consentement étant passée de 48,7 % à 77,3 %. Ainsi, l'UHSA accueille plus des trois quarts de patients sans consentement.

La fermeture des lits peut expliquer cette proportion anormalement élevée de patients pris en charge sans consentement. En effet, dans ce cadre contraint, la priorité est donnée aux soins sans consentement au détriment des personnes détenues volontaires pour s'engager dans une démarche de soins.

3.3.3 L'accès aux soins somatiques notamment dentaires

Un quart des détenus de métropole, hommes ou femmes, présenterait un trouble psychotique. Les associations de troubles sont fréquentes dans ces populations, essentiellement sous la forme de troubles thymiques et anxieux (trois à quatre détenus sur 10), troubles anxieux et dépendance aux substances ou à l'alcool, troubles thymiques et dépendance, troubles anxieux et psychotiques, chacune de ces associations concernant environ 20 % des détenus¹⁰⁸.

¹⁰⁶ Cf. article R. 6111-40-5 du code de la santé publique.

¹⁰⁷ L'équipe d'escorte de l'UHSA comptabilise 90 000 km par an.

¹⁰⁸ Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes en prison. Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani, Bruno Falissard, 2006.

La bonne prise en charge des détenus souffrant de troubles somatiques en UHSA est, dans les faits, aussi importante pour la préservation du sens de l'exécution de la peine que la bonne prise en charge des troubles psychiatriques, notamment en raison des facteurs de comorbidité.

Afin d'évaluer les besoins du patient, le dispositif de soins somatiques (DSS) de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) reçoit en examen d'entrée toute personne détenue venant de l'état de liberté. À l'issue de cet examen, l'équipe soignante apprécie la situation clinique et peut orienter rapidement le patient vers le dispositif de soin psychiatrique (DSP) le plus adapté. Au-delà, une prise en charge peut être réalisée en réponse à une demande de la personne elle-même ou de toute personne agissant en son intérêt, si l'état clinique de la personne détenue le justifie et si son consentement a été recueilli.

Concernant les soins dentaires, l'UHSA n'est pas équipée de fauteuil dentaire. Elle oriente les patients vers les consultations du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran assurées par l'équipe de soins somatiques du CHRU. Un créneau est réservé pour les patients de l'UHSA une fois par mois. Pour autant, le temps, le compte-rendu de la réunion de coordination du 25 juin 2024 mentionne que la prise en charge est insuffisante (0,8 ETP), « un seul fauteuil est installé et sur les deux assistantes dentaires, une personne est en arrêt maladie depuis janvier 2023. »

Par ailleurs, l'activité de télémedecine ne fonctionne pas depuis le changement de logiciel en début d'année 2024 et les difficultés informatiques évoquées lors des réunions précédentes persistent. Or, les téléconsultations permettraient de limiter les extractions à l'urgence et aux soins indispensables.

Dans ce contexte, la chambre invite l'établissement à se rapprocher de l'ARS et de l'assurance maladie afin de lever les différents obstacles à l'accès aux soins dentaires et à la mise en œuvre de la télémedecine aux bénéfices de la population carcérale.

3.3.4 Les taux de ré-hospitalisation des personnes détenues

La durée moyenne de séjour dans l'UHSA est de 23 jours. Les taux de ré-hospitalisation élevés, mais variables selon les années, peuvent témoigner des limites des prises en charge ou d'approches séquentielles s'inscrivant dans une démarche thérapeutique, sans qu'il soit possible de faire la part des choses.

Selon l'établissement, plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce constat. D'abord, avec la fermeture des lits et la pression de la liste d'attente, les médecins ont pu accélérer les sorties rapidement pour pouvoir évaluer d'autres situations cliniques d'urgence, induisant potentiellement un plus fort taux de réadmissions.

Ensuite, afin d'éviter des décompensations graves, certains patients se voient proposer des hospitalisations séquentielles, projet qui les aide à observer leur traitement même lors du retour en détention et limite les décompensations graves. Ce type de prise en charge est couramment proposé en UHSA.

Une troisième hypothèse tient au fait que les détenus n'ont aucune obligation à suivre un traitement dès lors qu'ils quittent l'UHSA (pas de programme de soin possible) ce qui favorise les rechutes car l'observance des traitements n'est pas aussi encadrée que dans les prises en charge de droit commun en CMP.

3.3.5 Les inégalités d'accès aux soins

Outre la prévalence des troubles psychiatriques en prison, le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran comme beaucoup de lieux de détention fait état d'une surpopulation et de manque d'effectifs, situation qui est propice à la survenue de troubles psychiatriques. En effet, le manque de personnel pénitentiaire a un impact direct sur leur disponibilité à accompagner les détenus vers les soins de consultation. De nombreux retards ou annulations sont comptabilisés selon l'établissement.

Depuis 2021, l'effectif médical du PPMP n'a cessé de diminuer entraînant une baisse des lits de l'UHSA de moitié depuis décembre 2021. Cette situation entraîne une augmentation des délais d'attente pour une hospitalisation (mise en place d'une liste d'attente), une baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) avec risque de ré hospitalisation plus fréquent et, enfin, une augmentation des signalements de détenus par l'administration pénitentiaire.

De plus, le manque de professionnels médicaux dans un grand nombre d'unité de soins des établissements pénitentiaires du ressort de l'UHSA ne permet pas le suivi régulier des détenus présentant des troubles psychiatriques, ce qui est à la cause de retards dans les diagnostics avec indications de prise en charge trop tardive ou en urgence.

Par ailleurs, les soins délivrés par le DSP 2, qui regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel, ne sont pas accessibles aux femmes, ce qui constitue une inégalité d'accès aux soins pour les femmes détenues. Sur ce point, la recommandation n° 75 du rapport de visite du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran par le Contrôleur général (2021) était rédigée ainsi : « L'impossibilité de l'accueil des femmes détenues-patientes au sein du dispositif de soin psychiatriques 2, qui constitue une perte de chance et une discrimination de genre caractérisées dans l'accès aux soins, doit évoluer. »

Sur ce point, l'EPSM a indiqué que la mixité au sein de cette unité sanitaire constituait un axe de travail avec les services pénitentiaires. Ainsi, selon l'établissement, le directeur interrégional des services pénitentiaires s'est montré ouvert lors du conseil d'évaluation du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran du 17 mai 2024. L'ordonnateur souligne également que les activités mixtes sont réalisées en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et cela ne pose pas de difficulté. Le directeur du centre pénitentiaire d'Orléans-Saran (CPOS) confirme l'engagement d'une mixité partielle au DSP2, visant à garantir l'égalité d'accès aux soins pour les femmes détenues. Il rappelle que certaines activités mixtes sont déjà en place et que le dispositif s'inscrit dans une démarche conjointe avec les services médicaux et pénitentiaires.

La chambre recommande à cette fin d'instaurer la mixité dans l'unité de soins réservée aux prises en charge à temps partiel afin de mettre fin à l'inégalité d'accès aux soins pour les femmes détenues. Cela implique de poursuivre les discussions avec l'administration pénitentiaire sur ce sujet.

Recommandation n° 2. : Instaurer l'accès des femmes détenues à l'unité de soins réservée aux prises en charge à temps partiel.

3.4 L'accompagnement à la sortie de l'incarcération

L'établissement a mis en place des dispositifs propres aux sortants de détention comme les consultations médicales de sortie, les appartements de transition et une équipe mobile transitionnelle (EMOT) dont la mise en place est prévue en 2026. En dehors de ces dispositifs spécifiques, les sortants de détention s'inscrivent avant tout dans un parcours de prise en charge de droit commun.

3.4.1 Les consultations médicales de sortie

L'article 53 de la loi pénitentiaire dispose qu'une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération. La consultation de sortie permet, pour les personnes suivies médicalement, d'assurer la continuité des soins dans les meilleures conditions, et, pour les personnes non suivies régulièrement par les services de santé, de bénéficier d'orientation et de conseils en cas de besoin. Cette consultation est l'occasion de faire le résumé médical du séjour carcéral.

L'organisation des consultations médicales de sortie nécessite une bonne coordination entre les professionnels de santé, de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Pour cette raison, il est recommandé que les modalités de cette coordination soient formalisées dans une procédure. En effet, l'administration pénitentiaire doit informer l'unité sanitaire et les professionnels de la PJJ, de façon anticipée, des dates de libération.

Afin de motiver les patients et d'éviter les refus de consultations, les patients détenus et les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs détenus doivent être informés du motif de cette consultation. La consultation médicale de sortie obligatoirement proposée, à l'instar de la consultation médicale d'entrée, est assurée par le médecin généraliste de l'unité sanitaire. Elle peut être complétée en tant que de besoin d'une consultation de psychiatrie ou d'addictologie.

Avant la sortie, le service pénitentiaire d'insertion et de probation, le greffe de l'établissement et les services éducatifs de la PJJ – en lien avec les détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs – doivent contribuer, avec les services de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), à établir ou à rassembler l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la personne pour qu'elle puisse bénéficier, après sa sortie, d'un suivi médical et social. La mobilisation de divers services nécessite leur coordination.

Cependant, l'EPSM a indiqué que, dès lors que le patient est libéré, « nous n'avons plus de liens avec lui et ne pouvons donc pas savoir s'il a pu obtenir tous les papiers nécessaires. »

Concernant l'accès aux droits de santé, le compte-rendu de la commission de coordination avec le centre pénitentiaire d'Orléans-Saran du 3 juillet 2023 souligne qu'il subsiste « des problématiques liées aux détenus ne bénéficiant pas de mutuelle. Cela pose un réel problème de continuité des soins, en sortie d'incarcération ou en semi-liberté. Les éléments précités légitiment le besoin d'un poste d'assistant social à temps plein. »

3.4.2 L'insertion des patients sortant de détention

Afin de prévenir la récidive pénale, le projet territorial de santé mentale (PTSM) s'est fixé, pour objectif, d'améliorer l'insertion des personnes en sortie d'incarcération¹⁰⁹. Il concerne principalement les patients psychotiques, sortant de détention, en situation de précarité et isolés socialement, qui nécessitent une poursuite des soins.

Dans le cadre de cet objectif, l'établissement a créé des appartements de transition appelés « Trolier ». Il s'agit d'une structure intramuros composée de quatre appartements, dédiée à l'accompagnement sanitaire et social des patients sortant de détention, souffrant de handicap psychique et nécessitant des soins ainsi qu'une aide à la réinsertion. Le principe fondamental de ce parcours réside dans la mise à disposition d'un hébergement temporaire, le temps de trouver une solution adaptée en fonction des besoins, des projets et du degré d'autonomie des usagers. Ce type d'organisation, qui repose sur une coordination efficace et place le patient au cœur de sa démarche, favorise la continuité de sa prise en charge et la reconstruction d'un réseau de soutien (famille, associations, etc.).

En outre, la période de libération est particulièrement à risques pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères en prison. Face à ce constat, une équipe mobile transitionnelle (EMOT) est en cours de création, à l'instar des équipes déjà existantes à Lille, Toulouse, Avignon et Rennes. La mise en place de cette équipe mobile, prévue pour 2026, devrait faciliter la continuité des prises en charge durant cette transition du milieu carcéral vers le milieu libre.

Les équipes mobiles transitionnelles (EMOT)

Elles ont été mises en place ces dernières années dans différentes régions. Ces équipes s'adressent aux personnes présentant des troubles psychiatriques et sortant de détention. Elles ont pour objectif d'optimiser les parcours de soins en facilitant le relais de prise en charge entre les structures intra-carcérales et les structures extra-carcérales. Pour cela, l'équipe travaille en partenariat avec les interlocuteurs propres à la détention (USMP, administration pénitentiaire, juge d'application des peines...) et avec ceux susceptibles de prendre en charge ces patients à la sortie (médecine de ville, bailleurs sociaux, UNAFAM, structures sanitaires, sociales et médico-sociales...). La sortie est anticipée, en accompagnant le patient avant sa libération et en lui proposant un suivi à l'issue.

Source : guide pratique de la DGOS du 4 novembre 2024

3.4.3 La prise en compte des problématiques sociales

Le traitement des problématiques sociales est essentiel en détention car elles ont une incidence sur la problématique sanitaire. D'où l'importance d'un repérage et d'un suivi social adaptés aux profils des personnes détenues. L'intervention des assistants sociaux (AS) de l'UHSA, en coordination avec celle des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (CPIP) et des éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), figure dans la circulaire précitée du 18 mars 2011.

¹⁰⁹ Source : fiche projet n° 10 du projet territorial de santé mentale.

Selon l'établissement, l'assistant social de l'UHSA assure un lien entre le soin et le social et travaille avec le CPIP. Il participe même aux entretiens menés par celui-ci à l'UHSA en présence des patients.

3.4.4 L'abandon du projet de service d'accompagnement à la sortie

Afin d'accompagner l'autonomie des détenus sur les plans sanitaire, somatique, psychiatrique et social, le projet territorial de santé mentale prévoit la mise en place la création d'un service d'accompagnement à la sortie (SAS)¹¹⁰. Il concerne principalement les patients, sortant de détention, en demande d'un accompagnement psychosocial ou qui ont des conduites addictives ainsi que les auteurs de violences conjugales. Toutefois, faute de financement, ce projet a été abandonné¹¹¹.

En raison d'un effectif médical insuffisant, l'établissement n'a pu mettre en place une unité de consultation psychiatrique post pénale (UC3P), à l'instar de ce qui se pratique dans d'autres établissements comme le CHRU de Tours. Cependant, le projet d'équipe mobile de transition (EMOT), en préparation, devrait améliorer la transition des patients en amont et en aval de la sortie.

Unité de consultation psychiatrique post pénale (UC3P)

Le CHU de Tours a mis en place une unité de consultation psychiatrique post pénale (UC3P), rattachée au pôle psychiatrie-addictologie. Cette unité s'adresse aux patients sortants d'incarcération et aux patients bénéficiant de soins pénalement ordonnés post sentenciers (obligation de soins, injonction de soins). L'UC3P propose une prise en charge pluriprofessionnelle, après la réalisation d'un premier entretien d'évaluation permettant de définir une orientation de soin individualisée et adaptée à chaque patient. À ce titre, l'UC3P propose un suivi psychologique, un suivi psychiatrique et une prise en charge groupale. Ainsi, pour les sortants de la maison d'arrêt de Tours, des consultations de préparation à la sortie ont été mises en place avec l'IDE de l'UC3P, permettant la programmation des rendez-vous de sortie de façon anticipée ainsi que les échanges entre partenaires (SPIP, juges d'application des peines, partenaires médico-sociaux...).

Source : guide pratique de la DGOS du 4 novembre 2024

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En détention, une partie de la population souffre de troubles mentaux et leur nombre ne cesse d'augmenter avec l'accroissement de la population carcérale.

Dans ce contexte, la question de l'adéquation de l'offre de soins avec les besoins des personnes détenues se pose avec d'autant plus d'acuité que l'établissement a été contraint de réduire de moitié la capacité de l'unité hospitalière de soins aménagés (UHSA) en raison du manque de personnel médical. Or, la qualité de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues contribue à la prévention de la récidive.

¹¹⁰ Cf. fiche projet n° 11 du projet territorial de santé mentale.

¹¹¹ Notamment le retrait d'un soutien financier d'une collectivité territoriale.

Alors que l'UHSA est conçue pour accueillir 40 détenus, l'insuffisance de personnel médical a contraint cette structure à réduire sa capacité d'accueil en fermant 20 lits en septembre 2021. Cette décision n'a pas été sans conséquences sur la qualité et l'accès aux soins. Cependant, la réouverture de 10 lits en 2024, rendue possible grâce à un recrutement, a permis de porter la capacité d'accueil à 30 lits sur 40. Au plan budgétaire, l'activité d'hospitalisation des personnes détenues est très déficitaire, ce qui pèse à la fois sur la trésorerie et les résultats comptables de l'établissement. Le poids des charges indirectes est relativement élevé et se situe en moyenne autour de 34 % de l'ensemble des charges de la structure.

L'établissement a mis en place des dispositifs propres aux sortants de détention comme les consultations médicales de sortie, les appartements de transition et une équipe mobile transitionnelle (EMOT) dont la mise en place est prévue en 2026. En dehors de ces dispositifs spécifiques, les sortants de détention s'inscrivent avant tout dans un parcours de prise en charge de droit commun.

ANNEXES

Annexe n° 1. La procédure.....	75
Annexe n° 2. La liste des Ehpad conventionnés	76
Annexe n° 3. Le bilan de la feuille de route en santé mentale	77
Annexe n° 4. Le glossaire	78

Annexe n° 1. La procédure

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

Objet	Dates	Destinataire	Date de réception des réponses éventuelles
<i>Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle</i>	5 septembre 2024 reçue le 9 septembre 2024	M. Jean-Yves Boisson, directeur général	
<i>Entretien de fin de contrôle</i>	11 février 2025	M. Jean-Yves Boisson	
<i>Délibéré de la chambre</i>	17 mars 2025		
<i>Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)</i>	9 avril 2025 reçu le même jour	M. Jean-Yves Boisson	30 avril et 6 mai 2025
<i>Délibéré de la chambre</i>	18 juin 2025		
<i>Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)</i>	23 juillet 2025 reçu le même jour	M. Jean-Yves Boisson	sans réponse

Source : CRC Centre-Val de Loire

Annexe n° 2. La liste des Ehpad conventionnés

<i>EHPAD</i>	<i>Ville</i>
<i>Petit Pierre</i>	Fay-aux-Loges
<i>EHPADS CHRU</i>	ORLEANS
<i>EHPAD Résidence St Joseph</i>	Orléans
<i>EHPAD Les Jardins d'Eléonore</i>	St-Jean le Blanc
<i>EHPAD La Vrillière</i>	Châteauneuf/Loire
<i>EHPAD Le Relais de la Vallée</i>	Seichebrières
<i>EHPAD Petites Sœurs des pauvres</i>	Orléans
<i>Les jardins de Sido</i>	Châtillon-Coligny
<i>Centre Hospitalier P. Dezarnaulds</i>	Gien
<i>Centre Hospitalier</i>	Sully/Loire
<i>Pierre Lebrun</i>	Neuville-aux-Bois
<i>La Résidence du Parc</i>	Puiseaux
<i>Raymond Poulin</i>	St Jean de la Ruelle
<i>Villecante</i>	Dry
<i>Lour Picou</i>	Beaugency
<i>Le champgarnier</i>	Meung-sur-Loire
<i>La Source</i>	Orléans La Source
<i>Nazareth</i>	Orléans
<i>La Reine Blanche</i>	Olivet
<i>Résidence de Fontpertuis</i>	Lailly-en-Val
<i>La Chapelle</i>	La Chapelle-St-Mesmin
<i>Trianon</i>	Patay
<i>Le Parc des Mauves</i>	Huisseau-sur-Mauves
<i>Les Ombrages</i>	La Chapelle-St-Mesmin
<i>L'Aubinière</i>	La Ferté St-Aubin
<i>La Mothe</i>	Olivet
<i>Le Baron</i>	Orléans
<i>Le Lac</i>	St-Pryvé St-Mesmin
<i>Les Reflets de Loire</i>	La Chapelle-St-Mesmin
<i>Résidence Ste-Cécile</i>	Orléans
<i>Chevilly</i>	Chevilly

Source : données de l'établissement

Annexe n° 3. Le bilan de la feuille de route en santé mentale

L'année 2023 s'est traduite par de nombreuses avancées. Les mesures de promotion et de prévention mobilisent de plus en plus d'acteurs et de citoyens, comme en atteste le déploiement du secourisme en santé mentale, avec près de 114 038 secouristes formés depuis 2019.

17 centres du 3114 (numéro national de prévention du suicide) sont actuellement actifs et ont répondu l'an dernier à près de 268 000 appels. Ils bénéficient d'un financement de 24 millions d'euros par an. **Le dispositif de prévention du suicide VigilantS**, financé à hauteur de 11 millions d'euros, est quant à lui déployé dans l'ensemble des régions françaises, y compris les territoires d'outre-mer.

Parallèlement, le maillage territorial de l'offre de prise en charge se poursuit. **Les centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents continuent d'être renforcés** grâce au recrutement de **400 professionnels supplémentaires**. **125 maisons des adolescents** accueillent, partout en France, 100 000 jeunes par an. De même, le renforcement du réseau des **700 Groupes d'entraide mutuelle** permet aux personnes suivies de recréer du lien, de s'investir dans un collectif à la mesure de leurs besoins et de leurs souhaits, ou encore de retrouver une dynamique professionnelle.

Par ailleurs, **243 006 patients ont bénéficié du dispositif MonSoutienPsy en 2023**. Comme l'a annoncé le Premier ministre, le dispositif évoluera prochainement avec une revalorisation du tarif des consultations, un rehaussement du nombre de séances et la suppression de la prescription initiale par les médecins.

Annexe n° 4. Le glossaire

ARS :	Agence régionale de santé
AT :	Appartement thérapeutique
CATTP :	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDAA :	Centre d'accompagnement de l'autisme
CDI :	Contrat à durée indéterminée
CHS :	Centre hospitalier spécialisé
CME :	Commission médicale d'établissement
CMP :	Centre médico-psychologique
CPAM :	Caisse primaire d'assurance maladie
CPAU :	Centre psychiatrique d'accueil d'urgences
CPT :	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS :	Communautés professionnelles territoriales de santé
CRP :	Compte de résultat principal
CSP :	Code de la santé publique
DAF :	Dotation annuelle de financement
EHPAD :	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EP :	Établissement pénitentiaire
ETPR :	Équivalent temps plein rémunéré
FPH :	Fonction publique hospitalière
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
HAS :	Haute autorité de santé
HDJ :	Hôpital de jour
IDE :	Infirmier diplômé d'État
IPA :	Infirmier en pratique avancée
JLD :	Juge des libertés et de la détention
PTSM :	Projets territoriaux de santé mentale
SMPR :	Service médico-psychologique régional
UHP :	Unité d'hospitalisation en psychiatrie
UHSA :	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI :	Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale
USMP :	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire



Chambre régionale des comptes Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

45000 Orléans

Tél. : 02 38 78 96 00

centre-val-de-loire@crtc.ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-centre-val-de-loire>