



Inspection générale  
des affaires sociales

Organisation et fonctionnement du dispositif  
de soins psychiatriques,  
60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

**TOME 1**  
**RAPPORT**

Établi par

Alain LOPEZ

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2017 –

- N°2017-064R -



## SYNTHESE

Un français sur trois souffrira de troubles mentaux au cours de sa vie. Bien d'autres chiffres pourraient être cités pour montrer l'importance et la gravité de ce « fléau », selon l'expression longtemps utilisée par le code de la santé publique. Ses conséquences ne se mesurent pas qu'en termes de mortalité, de handicap, de souffrance, d'années de vie gâchées pour les personnes concernées, ni même de dépenses pour la collectivité. Les répercussions sur les familles et les proches peuvent être considérables, parfois se retrouver sur la génération suivante. Le sujet justifie amplement une évaluation de la politique publique de soins psychiatriques définie et mise en œuvre, afin de savoir si celle-ci est à la hauteur des défis à relever. C'est l'objectif que s'est fixée l'IGAS, dans le cadre de son programme de travail, en limitant ses investigations aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, à destination des adultes et enfants.

Les travaux de la mission ont porté sur l'architecture du dispositif de soins et non sur les objectifs de la psychiatrie et les pratiques de soins. Ils ont concerné le dispositif de soins psychiatriques et, même si certaines questions soulevées pourraient probablement se poser pour d'autres segments du dispositif de soins, la mission n'a pas mené d'investigations en ce sens et ne se prononce donc pas sur la possibilité d'étendre ses constats et recommandations.

La politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960, qui a mis en place la sectorisation, complétée par plusieurs textes législatifs, réglementaires et circulaires. En soixante ans, le dispositif de soins s'est profondément transformé. Les prises en charge se sont diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires. Sur les 25 dernières années, le nombre des patients traités par les secteurs de psychiatrie a plus que doublé et ne cesse d'augmenter. Les équipes psychiatriques interviennent dans la cité, en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs, afin d'accompagner les personnes souffrant de pathologies chroniques dans leur réinsertion, et d'assurer une continuité de leur parcours de soin. Les pratiques médicales ont beaucoup évolué. Le dispositif de soins psychiatriques est loin d'être statique, il fait preuve d'une remarquable capacité à innover et à se redéfinir mais pourrait aussi se replier sur des prises en charge plus traditionnelles dans un contexte de découragement des professionnels et de rationalisation budgétaire. Ces constats ne doivent pas cependant masquer les problèmes d'organisation et de fonctionnement du dispositif existants.

En effet, la politique publique menée depuis 60 ans n'a pas su réduire les fortes inégalités d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Elles s'expliquent par d'importantes différences d'équipements, de moyens, de pratiques soignantes entre les services, les établissements, les territoires. Les délais d'attente pour obtenir une prise en charge en pédopsychiatrie restent inacceptables. La diversification toujours plus grande des types de soins et des modes de prise en charge, leurs références territoriales variables, la multiplicité des partenariats à organiser, forment une représentation complexe du dispositif de soins et, au total, rendent son pilotage difficile. Les acteurs de la santé mentale sont déconcertés face à cinq outils d'organisation à appliquer au dispositif de soins psychiatriques (Projet régional de santé, projet d'établissement, projet médical partagé du GHT, convention constitutive de la CPT, projet territorial de santé mentale), tous à articuler, faisant référence à des territoires différents. Le contraste s'est accentué entre un dispositif public sectorisé dont les lits diminuent, offrant des soins de plus en plus diversifiés répartis dans la cité, et un dispositif privé à but lucratif, non sectorisé, dont les lits augmentent et disposant de peu de structures alternatives à l'hospitalisation temps plein. Les partenariats, nécessaires à la gestion du parcours de la personne souffrant de pathologie psychiatrique et de handicap psychique, peinent à s'organiser et à se développer, avec les médecins

généralistes, les structures sociales et médico-sociales. Les innovations sont nombreuses mais ne sont pas évaluées et leur financement est souvent précaire. La recherche en santé mentale est insuffisante, plaçant la France très en dessous du rang qu'elle devrait occuper sur le plan international.

Il serait inexact d'expliquer cette situation en invoquant une diminution des ressources consacrées aux soins psychiatriques, une diminution du nombre des psychiatres ou des personnels soignants. Les moyens consacrés à la psychiatrie progressent, certes moins que les dépenses de santé, même s'ils n'augmentent que très peu ces dernières années. Le nombre des psychiatres n'a cessé de progresser ces treize dernières années, aussi bien à l'hôpital qu'en ville (même si la distinction entre psychiatres généraux et pédopsychiatres mériterait d'être faite). La baisse est prévisible pour les 5 prochaines années mais elle serait faible (-3,3 % entre 2016 et 2021), dépendant des choix de départ à la retraite, et momentanée avant que les effectifs ne repartent à la hausse. **En revanche, les moyens sont inégalement répartis et cela explique les difficultés dans lesquelles se trouvent certains services ou territoires.**

Il serait tout aussi inexact de considérer que le dispositif de soins psychiatriques serait en proie à un certain désordre expliqué par des querelles d'écoles portant sur la conception de la maladie mentale et de sa prise en charge. Les divergences scientifiques ont toujours existé en psychiatrie. Elles sont nécessaires au progrès des connaissances et des pratiques. Elles cohabitent bien, parfois au sein d'un même service, et le dispositif de soins sait souvent utiliser ces approches différentes de la maladie dans l'intérêt des patients. Les difficultés actuelles du dispositif de soins psychiatriques sont dues à des questions d'organisation et de fonctionnement qu'il est impératif de résoudre pour tirer tous les avantages possibles des efforts faits depuis 60 ans, transformer le dispositif de soins et mieux répondre aux besoins de la population. Les difficultés sont dues aussi, et de plus en plus, aux désaccords sur la pertinence des interventions psychiatriques. L'identification incertaine de l'objet même de la politique publique dans ce domaine, de psychiatrie ou de santé mentale, en est une illustration emblématique. La définition des limites de l'intervention de la psychiatrie concernant la maladie, la souffrance psychique et le handicap psychique est conflictuelle entre la psychiatrie et ses partenaires. Il manque des repères et des outils, admis par tous, pour parvenir à dépasser les controverses sur la nécessité des interventions psychiatriques et leurs conditions.

**L'architecture du dispositif de soins psychiatriques est à redessiner**, en renforçant certains traits déjà tracés, mais aussi en remodelant son aspect que 60 ans de sectorisation ont profondément fait évoluer. C'est à cette échelle que les recommandations de ce rapport entendent se situer. Un autre sujet est celui des objectifs de santé mentale et des moyens à mobiliser pour les atteindre. Il n'en sera pas question ici.

La loi du 27 janvier 2016 définit largement les missions du dispositif de soins psychiatriques sectorisé. Elle est beaucoup moins diserte sur celles du dispositif non sectorisé limitées à apporter des soins. Le décret du 27 juillet 2017 sur le projet territorial de santé mentale (PTSM) liste un certain nombre d'objectifs à assigner à l'offre de soins. Mais aucun texte ne précise ni ne structure « *les fonctions* » qui seront à exercer par le dispositif de soins dans son ensemble, public et privé, pour mettre en œuvre les missions que la loi lui confère et atteindre les objectifs qui lui sont fixés. Ce défaut ne permet pas de situer aisément les stratégies d'organisation et de développement de l'offre par rapport à un cadre de référence, indispensable pour en mesurer la cohérence d'ensemble. Il ne facilite pas l'identification des orientations à prendre pour être en position d'atteindre complètement les objectifs assignés à l'offre de soins.

**La première proposition porte sur l'identification de quatre fonctions** à remplir par le dispositif de soins public et privé, pour exercer les missions qui lui sont confiées : les soins, l'urgence, le soutien partenarial, l'action inter-partenariale. A chacune de ces fonctions doivent correspondre des moyens d'intervention et un dispositif de coordination, territorialisés. A partir de cette grille structurant le dispositif dans son ensemble, il devient possible de suivre les ressources précises affectées à la mise en œuvre de chacune de ces quatre fonctions et d'apprécier, le cas échéant, les efforts à conduire pour renforcer telle ou telle d'entre elles. La bonne mise en œuvre de chacune de ces fonctions exige l'organisation d'une coordination efficace, non seulement entre acteurs impliqués dans la réalisation des soins ou dans les interventions en urgence, mais aussi entre partenaires ayant besoin de s'entendre sur la pertinence des interventions psychiatriques, celles assurées en soutien de ceux dont la mission est sociale, médico-sociale ou éducative, comme celles menées en commun avec tous ceux qui participent à la prévention et à la réinsertion des patients.

**La seconde proposition vise à organiser une offre de soins ouverte sur un partenariat multiple (médecine somatique, services sociaux, médico-sociaux, éducatifs, usagers...), inscrite dans le groupement hospitalier de territoire (GHT), au sein d'un cadre territorial simplifié.** Les services publics de psychiatrie ne sauraient se trouver engagés dans plusieurs appartenances hospitalières ayant chacune leur logique de développement propre. Si cela se produisait, il s'en suivrait une situation de confusion quant aux stratégies suivies et, surtout, un épuisement des professionnels parties prenantes de plusieurs gouvernances hospitalières. **Tous les services publics de psychiatrie membres d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) devraient appartenir à un même GHT. La CPT doit être la forme d'organisation du partenariat dont les services de psychiatrie ont besoin.**

Convention constitutive de la CPT et projet médical de la psychiatrie au sein du GHT sont à mener de front. Au final, le projet des services publics de psychiatrie aura à s'intégrer dans le projet médical partagé (PMP) du GHT, en totale cohérence avec les orientations générales de ce dernier.

Au sein du GHT, les services de psychiatrie doivent disposer des marges de manœuvre suffisantes pour gérer leurs ressources, leur organisation et leur fonctionnement particuliers, et structurer leur partenariat dans le cadre de la CPT. Un texte réglementaire est nécessaire pour sécuriser ce dispositif.

Il n'est pas possible de s'en tenir à une situation de confusion quant aux références territoriales de l'organisation des soins tiraillée entre différents espaces ayant chacun leur légitimité. Le territoire de santé mentale devrait être celui du GHT, celui où s'organiserait en conséquence la CPT, dans l'idéal c'est le territoire du département. Il serait vain de courir après une cohérence absolue des découpages territoriaux, tous adaptés à chacune des formes de l'action publique. La cohérence de l'organisation territoriale de la santé doit être première. Elle est dictée par les nécessités de la configuration de son dispositif hospitalier. Dans bon nombre de cas, le territoire de santé, celui donc du GHT et de la CPT, correspondra aux découpages retenus par d'autres secteurs de l'action publique. Le travail en commun sera plus facile à construire. Parfois, les périmètres des GHT ne permettent pas de parvenir à cet idéal mais, avec le temps, des progrès devraient être possibles. Parfois, les défauts de correspondances entre découpages seront irréductibles, portant plus ou moins sur les marges. Cela compliquera les constructions de partenariats mais ne peut justifier de renoncer à la cohérence de l'organisation sanitaire.

***La troisième proposition entend réduire le contraste actuel entre offre sectorisée et non sectorisée, en favorisant la diversification de l'offre de soins, tout en maîtrisant les dépenses.***

La régulation de l'offre de soins obéit aujourd'hui à deux mécanismes de régulation : le régime des autorisations décliné sous forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), et la régulation budgétaire appliquée de façon inégale selon le secteur public ou privé. Il y a un paradoxe à limiter la création de dispositifs de soins en ambulatoire avec les OQOS, tout en prônant le virage ambulatoire. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), établi entre l'ARS et les établissements publics et privés, devrait être le seul cadre de définition des objectifs à poursuivre et des moyens à mobiliser en conséquence. L'action publique gagnerait ainsi en simplicité de mise en œuvre et sans doute en efficacité.

La dépense liée à la création de lits ou de places dans le secteur privé est compensée par une augmentation de l'objectif quantifié national (OQN) et/ou une régulation prix-volume conduisant à une baisse générale des prix de journée. Ce mécanisme accentue la place du privé dans l'hospitalisation, quand le public diminue de son côté ses lits et fait l'objet d'une dotation dont l'évolution est inférieure depuis des années à celle de l'OQN (en 13 ans, le nombre des journées d'hospitalisation a diminué de près de 8 % dans les établissements publics et ESPIC, et a augmenté de 22 % dans les cliniques, dont la part est passée de 20 % à 26 %). S'il devait perdurer, il finirait par poser un problème, car le secteur privé lucratif ne prend pas en charge les mêmes malades que le public. Les troubles les plus graves sont traités par le secteur public, qui voit son périmètre de moyens progressivement réduit par rapport à celui du privé lucratif qui n'endosse pas les mêmes charges. Par ailleurs, ce mécanisme de régulation fait supporter par toutes les cliniques la dépense liée à la création de lits et places acceptée dans une région. Il n'incite pas les ARS à une gestion des créations de lits et places privés prenant en compte la nécessaire maîtrise des dépenses.

La contention budgétaire appliquée au privé devrait s'exercer au niveau régional, comme c'est le cas pour le secteur public en psychiatrie. Le niveau national serait responsable de la fixation de l'OQN, de sa répartition entre les régions **sous la forme d'un objectif quantifié régional (OQR) et de la fixation de fourchettes tarifaires.**

Afin de favoriser le développement de dispositifs de soins en ambulatoire, il conviendrait, dans le même temps, d'élargir la grille tarifaire appliquée aux cliniques. Cet élargissement pourrait être l'occasion de qualifier les dispositifs de soins en ambulatoire en types de soins plutôt qu'en termes de structures.

***La quatrième proposition cherche à développer les complémentarités entre public et privé.*** Le contenu **des conditions techniques d'autorisation des cliniques privées doit être revu**, de manière à y inclure des obligations de participation à la permanence des soins et à l'organisation des urgences.

Les inégalités de répartition territoriale de l'offre privée, aussi bien en hospitalisation qu'en psychiatres installés en cabinet, aujourd'hui importantes, devraient progressivement être réduites. Le dispositif privé doit pouvoir venir compléter une offre publique parfois trop faible, et faciliter le dépassement de la contradiction entre le principe de libre choix du patient et celui d'une sectorisation de l'offre de soins. Aussi, les reconstructions et regroupements de cliniques doivent faire l'objet de conditions sur leurs nouvelles implantations. Quant au droit à conventionnement des professionnels libéraux, il devrait être aménagé, soit en le remettant en cause dans les zones de fortes densités, soit en l'assortissant de conditions de participation (notamment en utilisant la télémedecine) à la réponse aux besoins dans des territoires disposant d'une offre psychiatrique insuffisante.

**La cinquième proposition porte sur le financement du dispositif de soins psychiatriques.** Un consensus existe aujourd’hui sur un financement mixte de la psychiatrie publique, **combinant une dotation, pondérée selon des critères populationnels et d’environnement, avec une rémunération à l’activité** pour quelques actes présentant peu de variabilité dans les coûts. Sur cette base, des travaux à conduire au niveau national sont nécessaires, pour définir des règles de répartition plus équitables des dotations entre les régions, et s’entendre sur un financement partiel à l’activité, pour quelques actes réalisés aussi bien dans le public que le privé. Le dispositif de pondération de la partie dotation du financement devrait être conçu par étapes, avec des règles simples au départ et peu à peu plus ajustées, prenant par exemple en compte dans un premier temps la population **et le niveau de dépenses par habitant.**

Par ailleurs, il faut mieux piloter les innovations pour en faire des expérimentations. Les innovations nombreuses, financées au départ par le fonds d’intervention régional (FIR), doivent pouvoir faire l’objet d’un suivi national et d’une évaluation permettant de leur assurer, en fonction des conclusions tirées, un financement pérenne et une généralisation (les innovations en psychiatrie ne correspondant pas souvent aux critères leur permettant d’être éligibles au dispositif d’évaluation générale des innovations prévu par le PLFSS 2018). Parmi ces innovations, une attention particulière doit être portée à la télémédecine, en concevant un plan de développement.

**La sixième proposition concerne la recherche.** Pour mieux piloter la politique publique, l’administration de la santé doit disposer des éléments scientifiques nécessaires pour orienter l’organisation et le fonctionnement du système de soins psychiatriques. Or il faut relever le petit nombre de travaux de recherche évaluative, dans un contexte plus général d’insuffisance de la recherche en santé mentale en France.

Il n’existe pas de stratégie du ministère de la santé sur la recherche en santé mentale, la coordination entre les directions d’administration centrale est faible, il n’y a pas de mutualisation des budgets autour d’un projet commun, et le lien entre chercheurs et décideurs n’est pas organisé. Il manque un dispositif spécifique à la santé mentale, comparable à celui mis en place pour le cancer avec l’INCA, permettant de développer la recherche en fléchant des moyens, d’évaluer les innovations, d’obtenir les avis scientifiques dont l’action publique a besoin pour assurer la pertinence de ses décisions.

A défaut de constituer une telle agence, pourrait être créée, au sein du ministère de la santé, une mission consacrée à la recherche et à l’expérimentation, dont l’activité serait orientée par une instance de pilotage stratégique, en redéfinissant la mission du comité de recherche en santé (CORESA) actuel. Un conseil scientifique devrait être constitué pour compléter ce dispositif.

La mission recherche et expérimentation en santé mentale serait chargée de développer et valoriser la recherche et l’évaluation des expérimentations dans les domaines de la santé mentale et en particulier de la psychiatrie. Cela consistera à proposer des projets de recherche, assurer la coordination entre les différents projets portés par les administrations centrales et leurs grands opérateurs et rechercher des mutualisations de moyens possibles pour les financer. Elle assurera aussi le suivi des expérimentations. L’importance du problème de santé publique posé par les pathologies mentales justifie amplement qu’un tel effort en faveur de la recherche soit fait.

**La septième proposition insiste sur deux domaines d’action prioritaires : la pédopsychiatrie et l’amélioration des conditions d’hospitalisation.** Le constat des difficultés que connaît la pédopsychiatrie est ancien. Pour y porter remède, il conviendrait de s’engager dans l’élaboration d’un plan d’action spécifique national dont quelques axes sont précisés par le rapport (suivi et évolution des financements, organisation de la première ligne...).

De même, les conditions d'hospitalisation devraient faire l'objet d'un plan d'investissement national, à ne définir qu'après avoir procédé dans les régions à un examen précis des problèmes existants dans tous les établissements, et mené une réflexion nationale sur les formes architecturales les mieux adaptées aux prises en charge actuelles.

Quant aux chambres d'isolement, il conviendrait de définir par voie réglementaire les normes auxquelles elles doivent obéir, afin d'assurer une meilleure sécurité des prises en charge et des conditions d'hospitalisation respectueuses de la dignité des personnes.

***La huitième et dernière proposition reprend les éléments principaux des propositions précédentes, de façon à fixer les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins.***

La référence à la circulaire de 1960 est loin d'être dépassée, mais elle ne suffit plus à guider notre trajectoire compte tenu des changements qu'a connus le dispositif psychiatrique et les demandes qui lui sont aujourd'hui adressées. Il ne s'agit pas de refondre une politique publique de soins psychiatriques mais de lui donner un nouvel élan.



## SOMMAIRE

SYNTHESE .....	3
INTRODUCTION .....	13
I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE .....	15
1 UNE ORIENTATION CONSTANTE DEPUIS 60 ANS : REDUIRE LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET ACCROITRE LES SOINS EN AMBULATOIRE .....	16
1.1 Un contexte international de « désinstitutionnalisation » à partir des années 1960 .....	16
1.2 La politique publique de soins psychiatriques mise en œuvre en France ces soixante dernières années .....	17
1.3 Les impacts de cette politique : moins d'hospitalisation et plus de soins diversifiés en ambulatoire, articulés avec de nombreuses formes d'accompagnement et de réhabilitation.....	19
1.4 Le contraste qui s'accroît entre les composantes sectorisée et non sectorisée du dispositif de soins.....	21
1.5 Un consensus sur l'objectif général de la politique publique depuis 60 ans accompagné de fortes craintes et de méfiance .....	22
2 LA GESTION TOUJOURS PLUS DIFFICILE D'UN CONFLIT DES LIMITES.....	26
2.1 La limite entre la maladie mentale et la souffrance psychique.....	27
2.2 La limite entre la maladie mentale et le handicap psychique .....	28
II. LES ECARTS ENTRE LES OBJECTIFS ET LA REALITE.....	29
1 L'EGAL ACCES A DES SOINS DE QUALITE EST LOIN D'ETRE ASSURE .....	29
1.1 Certaines organisations ne permettant pas d'offrir cette diversité de soins et de prises en charge.....	29
1.2 Une réponse inégale aux besoins de soins de la population .....	30
1.3 De nombreux obstacles à l'accès aux soins .....	31
1.4 Des différences de pratiques inexplicables et interrogeant sur la qualité des soins et parfois le respect des droits des patients.....	33
1.5 Des conditions d'hospitalisation trop souvent insatisfaisantes, malgré des progrès importants .....	34
1.6 Un libre choix du patient inégalement assuré .....	34
2 UN DISPOSITIF EN PASSE DE DEVENIR ILLISIBLE ET DIFFICILE A PILOTER.....	35
2.1 La complexité du dispositif de soins, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires .....	35
2.2 Des établissements engagés dans des organisations multiples .....	36

2.3	L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que l'enchevêtrement des territoires.	36
3	UN PARTENARIAT A LA FOIS INDISPENSABLE POUR LA FLUIDITE DES PARCOURS, MULTIPLE ET INEGALEMENT DEVELOPPE	37
3.1	La coordination avec les partenaires est centrale pour le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.	38
3.2	Les acteurs du soin peinent à établir des relations avec les généralistes même s'il existe des expériences innovantes, dont la pérennité n'est pas assurée.	38
3.3	La qualité des relations avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux dépend de l'accord qui peut être trouvé sur les limites de leurs interventions respectives.	39
4	UN BESOIN D'EVALUATION AUSSI IMPERIEUX QUE NON SATISFAIT	41
4.1	Les différences de pratiques doivent pouvoir être expliquées, leurs résultats évalués.	41
4.2	Les efforts pour développer l'évaluation des organisations et des pratiques sont insuffisants...	41
III.	LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	44
1	FIXER UN CADRE CLAIR D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES PERMETTANT L'EXERCICE DE SES MISSIONS	44
2	ORGANISER UNE OFFRE DE SOINS OUVERTE AU PARTENARIAT, ANCREE AU SEIN DU GHT, DANS UN CADRE TERRITORIAL SIMPLIFIE	51
2.1	Simplifier la construction territoriale de l'offre de santé mentale.	51
2.1.1	Définir trois niveaux territoriaux d'organisation de l'offre de santé mentale	52
2.1.2	Définir au niveau national une méthode d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale.	54
2.2	Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT, avec un cadre territorial simplifié.	55
3	FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES SOINS EN AMBULATOIRE, PUBLICS ET PRIVES, ET ORGANISER L'OFFRE SOUS FORME DE TYPES DE SOINS.	58
3.1	Simplifier les conditions de développement des alternatives à l'hospitalisation, tout en maîtrisant les dépenses	59
3.2	Etablir une classification des types de soins, pour décrire l'offre de soins en ambulatoire déployée dans le cadre d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés...	61
4	MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOINS SECTORISES ET NON SECTORISES.	62
5	MIEUX FINANCER.	64
5.1	Assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques	65
5.2	Evaluer les expérimentations en psychiatrie, afin de déboucher sur des dispositifs financés de façon pérenne	67

6	DOTER LE MINISTERE DE LA SANTE DES MOYENS DE DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE .....	69
7	SOUTENIR DES AVANCEES DANS DEUX DOMAINES PRIORITAIRES .....	71
7.1	Renforcer le dispositif de pédopsychiatrie .....	72
7.2	Améliorer les conditions d’hospitalisation .....	73
8	FIXER LES PRINCIPES GUIDANT LE CADRE D’ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS .....	73
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	77
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....	81
	SIGLES UTILISES.....	91

LISTE DES ANNEXES TOME 2 :

Annexes thématiques

- Annexe 1 : Rappel historique sur la politique publique de soins psychiatriques en France
- Annexe 2 : Epidémiologie psychiatrique
- Annexe 3 : Plans nationaux de santé mentale
- Annexe 4 : Politiques menées par les administrations centrales
- Annexe 5 : Organisation des établissements de santé accueillant des patients présentant des pathologies psychiatriques
- Annexe 6 : Outils de planification
- Annexe 7 : Financement
- Annexe 8 : Maîtrise des dépenses des établissements de santé en psychiatrie
- Annexe 9 : Conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales
- Annexe 10 : Démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie
- Annexe 11 : conseils locaux de santé mentale
- Annexe 12 : Libre choix du patient
- Annexe 13 : Soins sans le consentement des patients
- Annexe 14 : Les obstacles à l'accès aux soins
- Annexe 15 : Evolution des équipements, des activités en psychiatrie
- Annexe 16 : Analyse des textes législatifs et réglementaires relatifs aux GHT et CPT

Monographies d'établissements

- Monographie 1 : pôle 59G21 de l'établissement de sante mentale Lille-métropole (59)
- Monographie 2 : CH du Vinatier à Bron (69)
- Monographie 3 : secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice, associés au GHT Paris psychiatrie & neurosciences (75)
- Monographie 4 : établissements d'Eure-et-loir (28)
- Monographie 5 : hôpital Sainte Marie au Puy-en-velay (43)
- Monographie 6 : trois établissements de Toulouse : l'hôpital Gérard Marchant, le CHU et la clinique Beaupuy (31)
- Monographie 7 : clinique belle allée à Chaingy (45)
- Monographie 8 : clinique Alliance à Villepinte (93)
- Monographie 9 : pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil (94)
- Données de comparaison entre les sites visités par la mission



## INTRODUCTION

L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission portant sur « *l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques hospitalier et ambulatoire* ».

La politique française de santé mentale, organisant les soins psychiatriques publics dans le cadre d'une sectorisation et du développement d'activités extrahospitalières, prenant en compte la prévention et la réinsertion-réadaptation des patients, aura bientôt 60 ans. Le dispositif de soins psychiatriques s'est beaucoup transformé. La mission confiée par l'IGAS à Alain LOPEZ et Gaëlle TURAN-PELLETIER avait pour objectif de prendre la mesure de sa situation actuelle en termes d'activité, de financement, d'organisation, afin d'évaluer les difficultés auxquelles il est confronté et d'envisager les réformes dans lesquelles il conviendrait de s'engager pour le faire évoluer, tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire, pour les patients adultes, enfants et adolescents. Si certaines questions soulevées pourraient probablement se poser pour d'autres segments du dispositif de soins, la mission n'a pas mené d'investigations en ce sens et ne se prononce donc pas sur la possibilité d'étendre ses constats et recommandations.

La mission a choisi de se centrer sur l'appareil de soins psychiatriques, et de limiter le périmètre déjà bien large de ses investigations en ne traitant pas de la politique de santé mentale dans son ensemble, de la prévention, de la formation, des soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires et les UHSA/UMD<sup>1</sup>, ni des activités des médecins généralistes dans le traitement de patients souffrant de troubles psychiatriques.

Elle a procédé à la fois à des analyses générales France entière et à des travaux plus ciblés sur quelques hôpitaux et services, de façon à croiser les enseignements qui pourraient être tirés à partir de chacune de ces deux approches. Il ne s'agissait pas de se livrer à une simple description à partir des données recueillies, mais de situer l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins par rapport à la politique publique de lutte contre les maladies mentales fixée par les textes législatifs et réglementaires, les circulaires et les plans nationaux ou régionaux.

Pour ce faire, la mission a :

- recueilli, analysé et interprété au regard des dispositions de la politique nationale, les données existantes sur les équipements, activités et moyens du dispositif de soins psychiatriques, avec une perspective historique aussi large que possible ;
- pris connaissance des travaux nationaux existant et rencontré les administrations centrales concernées ;
- relevé les points de vue et recommandations des représentants des principaux acteurs, des partenaires et des usagers du dispositif de soins, au niveau national ;

---

<sup>1</sup> Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) prennent en charge les personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques. Les unités pour malades difficiles (UMD) prennent en charge des personnes « lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (article L.3222-3 du code de la santé publique).

- visité plusieurs établissements de santé (centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, CHU, centre hospitalier général gérant des services de psychiatrie, ESPIC, clinique privée à but lucratif), implantés dans différentes régions<sup>2</sup> ;
- consulté divers professionnels de santé ayant différents modes d'exercice.

Dans une première intention, la mission avait envisagé de ne pas examiner les questions relevant de la recherche. Devant le constat des insuffisances dans ce domaine, la mission a considéré nécessaire de faire quelques propositions, sans prétendre traiter l'intégralité de cette problématique.

En premier lieu est examinée la politique publique actuelle sur les soins psychiatriques et les principales questions qui peuvent être soulevées à son sujet. Ensuite sont abordés les écarts entre les objectifs de cette politique et la réalité. Enfin une dernière partie présente les recommandations de la mission.

Le rapport s'appuie sur plusieurs annexes, regroupées en deux parties : annexes thématiques explorant des pans de la politique publique et monographies sur les établissements visités, chacun ayant été sollicité par la mission pour valider ou corriger la présentation le concernant.

A l'issue de son travail, la mission souhaite faire part d'une conviction de portée générale à laquelle elle est arrivée. Depuis toujours la psychiatrie a vu se confronter plusieurs écoles scientifiques adoptant des conceptions parfois très opposées sur la maladie mentale et son traitement. La discipline a progressé ainsi. Ce serait une erreur de penser qu'aujourd'hui ces divergences entre « écoles », toujours existantes, représentent un grave problème. Les désaccords qui ont pu s'exprimer dans les années 1970, et au-delà, ont beaucoup perdu de leur vivacité. Le dispositif de soins aujourd'hui sait s'accommoder de ses différences d'approches théoriques, et même les utilise pour apporter au patient la prise en charge la mieux adaptée à sa situation, à ses souhaits. **Mis à part le cas particulier de l'autisme, les questions posées par la politique de soins psychiatriques ne portent pas tant sur la conception de la maladie mentale et de sa prise en charge que sur l'organisation, le fonctionnement, le financement, et la pertinence des interventions du dispositif de soins.**

---

<sup>2</sup> La mission a veillé, sans que les établissements ne puissent constituer un échantillon représentatif, à choisir des établissements publics, privés non lucratifs et lucratifs, disposant de services sectorisés et non sectorisés, intervenant en psychiatrie générale et infanto-juvénile et dans des territoires différents (urbains/ruraux, parmi les mieux/les moins bien dotés).

# I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE

Les troubles mentaux « affectent un individu sur trois au cours de la vie et représenteront la première cause de perte de qualité de vie d'ici 2020 »<sup>3</sup>. « En France...il est estimé que les troubles mentaux représentent 14 % du fardeau total [en termes de mortalité et de morbidité] de l'ensemble des maladies et qu'ils constituent la première cause d'invalidité »<sup>4</sup>.

Non seulement les maladies mentales ont une forte prévalence mais elles ont des conséquences sanitaires et sociales majeures. Ainsi, « l'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. De fait, la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité, et l'espérance de vie des patients est en moyenne de dix ans inférieure à celle de la population générale »<sup>5</sup>. Cette pathologie psychiatrique touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007)<sup>6</sup>.

Si le constat de l'importance des pathologies psychiatriques et de leurs conséquences sur la morbidité et les handicaps de la population ne suffisait pas pour faire de ce sujet une préoccupation majeure de la politique publique en faveur de la santé de la population, il suffirait de considérer le poids que ces pathologies dans les dépenses de santé et son évolution. En 2015, les maladies psychiatriques et traitement par psychotropes<sup>7</sup> représentaient 22,5 Mds € de dépenses pour l'assurance maladie<sup>8</sup>. C'est la catégorie de pathologies qui représente le coût le plus élevé (exception faite des « hospitalisations ponctuelles » qui regroupent les dépenses n'étant pas affectées à une pathologie). Les dépenses pour les soins psychiatriques sont donc largement supérieures à celles liées au cancer (16,8 Mds €) ou à des maladies cardio-neurovasculaires (15,8Mds €)<sup>9</sup>.

<sup>3</sup> Murray et al., 2012 ; Murray and Lopez, 1997 ; Organisation mondiale de la santé, 2005, 2002. Cités dans rapport de recherche QUAPRI-PSY. Mars 2016. Coralie Gandré, Jeanne Gervais, Julien Thillard, Maxime Oriol, Massinissa Aroun, Jean-luc Roelandt, Jean-Marc Macé et Karine Chevreul.

<sup>4</sup> Cuerq et al., 2008 ; Organisation de coopération et de développement économique, 2011. Cité par le rapport de recherche QUAPRY-PSY.

<sup>5</sup> Questions d'économie de la santé N°206 février 2015.

<sup>6</sup> Voir annexe 2 sur l'épidémiologie psychiatrique.

<sup>7</sup> Rapport charges et produits de la CNAMTS pour 2018 qui définit ainsi ces deux catégories:

**Pathologies psychiatriques** : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

**Traitements psychotropes** : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique).

<sup>8</sup> Dépenses de soins et de prestations en espèces. D'autres travaux ont cherché à établir un coût global. Ainsi, un rapport de la fondation FondaMental et de l'institut Montaigne (Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français, octobre 2014) estime que « Les coûts associés à ces maladies atteignent un total de 109 milliards d'euros par an, répartis comme suit : médical : 13,4 milliards d'euros, soit 8 % des dépenses totales de santé ; médico-social : 6,3 milliards d'euros ; pertes de productivité : 24,4 milliards d'euros ; perte de qualité de vie : 65 milliards d'euros ».

<sup>9</sup> Voir annexe 7 sur le financement.

En France, la politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960 complétée et approfondie par plusieurs textes législatifs, réglementaires et des circulaires. Elle se traduit par des stratégies qui ont pris la forme de trois plans nationaux<sup>10</sup>, le premier datant de 2001. Elle se décline dans les régions avec les projets régionaux de santé (PRS) arrêtés par les directeurs généraux des ARS (DGARS). Elle a permis de profondes transformations du dispositif de soins. Elle est confrontée aujourd'hui à la nécessité de trouver un nouvel élan, afin de s'adapter aux exigences d'une nouvelle configuration de l'offre de soins, radicalement différente de celle qui existait en 1960, et aux évolutions de notre société et de la place prise par la psychiatrie dans les représentations collectives.

## 1 UNE ORIENTATION CONSTANTE DEPUIS 60 ANS : REDUIRE LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET ACCROITRE LES SOINS EN AMBULATOIRE

La circulaire du 15 mars 1960 a mis en place une politique de sectorisation des soins psychiatriques. Elle considère que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* », et elle développe en conséquence une organisation territoriale des soins dans le cadre de secteurs. Désormais, le soin psychiatrique est à organiser dans le milieu de vie du malade<sup>11</sup>. Le territoire départemental constitue alors dans son ensemble un secteur. Il doit être découpé en « *sous-secteurs* » géo-démographiques tous reliés au dispositif hospitalier. A chacun de ces « *sous-secteurs* » d'un département correspondra un service hospitalier qui prendra en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire. On estimait alors que le nombre de lits d'un secteur de psychiatrie générale de 67 000 habitants devait être idéalement de 200. Aujourd'hui, la plupart des services sectorisés ont quatre fois moins de lits.

La transformation du dispositif de soins psychiatriques entraînée par la politique de sectorisation ne se résume pas, loin s'en faut, à la seule diminution du nombre des lits. Elle ne s'est pas produite qu'en France, et elle a conduit à une configuration de l'offre totalement nouvelle. Il est essentiel de prendre la mesure du changement qui s'est opéré en moins de soixante ans, si nous voulons réorienter de façon pertinente notre politique publique de soins psychiatriques.

### 1.1 Un contexte international de « désinstitutionnalisation » à partir des années 1960

Dans différents pays occidentaux s'est engagé, à partir des années 1960, un mouvement de désinstitutionnalisation qui n'a pas concerné que la psychiatrie mais a porté sur la sphère sociale dans son ensemble. En psychiatrie, ce mouvement s'est traduit par une diminution des patients hospitalisés et un développement des prises en charge en ambulatoire. Il a été souvent qualifié de « désinstitutionnalisation », du fait de la remise en cause parfois radicale de la place de l'institution hospitalière dans la prise en charge des malades mentaux.

En Italie, la loi a décidé en 1978 la fermeture des asiles et l'organisation des prises en charges des malades souffrant de pathologies psychiatriques dans des structures intermédiaires réparties au

<sup>10</sup> Voir l'annexe 3 sur les plans nationaux de santé mentale.

<sup>11</sup> « *Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* ». Deuxième paragraphe du chapitre 1<sup>er</sup> de la circulaire du 15 mars 1960.



sein de la communauté<sup>12</sup>. Au Royaume-Uni, les services de psychiatrie ont été intégrés dans les hôpitaux généraux. Dans tous les pays comparables au nôtre, l'hospitalisation s'est réduite, parfois davantage qu'en France<sup>13</sup>, les soins se sont diversifiés, l'articulation avec des accompagnements renforcés dans le domaine du social s'est développée, la place des usagers s'est accrue.

L'OMS a défini un plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 qui se fixe notamment pour objectifs de poursuivre les efforts en faveur de l'insertion des soins dans la communauté et de développer la promotion de la santé et la prévention<sup>14</sup>.

## 1.2 La politique publique de soins psychiatriques mise en œuvre en France ces soixante dernières années

Le dispositif de soins psychiatriques est constitué de trois composantes :

- une composante sectorisée<sup>15</sup>, la plus importante, faite d'établissements publics (services de psychiatrie dans des hôpitaux exerçant exclusivement cette spécialité, et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux ou de CHU)<sup>16</sup> et d'établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC)<sup>17</sup> ;
- une composante non sectorisée, faite d'établissements publics (une part de certains CHU) et d'établissements privés à but lucratifs<sup>18</sup> (il existe aussi quelques ESPIC non sectorisés) ;
- une composante exclusivement ambulatoire, faite de cabinets de psychiatres libéraux.

Pour autant, la politique de soins psychiatriques s'est principalement intéressée au dispositif sectorisé. En 1960, avec sa politique de sectorisation psychiatrique, la France a en grande partie ouvert la voie de ce mouvement de désinstitutionalisation constaté dans les autres pays occidentaux. Mais, en réalité, la baisse du nombre des malades hospitalisés s'est produite plutôt à partir des années 1970. Dans les années 1960, se construisaient encore des hôpitaux psychiatriques et la circulaire de 1960 y invite, considérant qu'il manquait des lits.

L'architecture générale de la politique publique traitant de la psychiatrie s'organise à partir de quatre grands principes dont les applications sont déclinées par différents textes législatifs, réglementaires, circulaires et les plans :

- le malade mentale est un malade comme les autres, même si sa maladie présente des particularités ;
- le traitement de la maladie mentale doit se concevoir en évitant toute forme de prise en charge qui serait en elle-même facteur d'aliénation ;

---

<sup>12</sup> Loi du 13 mai 1978 n°180.

<sup>13</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>14</sup> Les quatre objectifs du plan d'action sont les suivants :

- renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale ;
- fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale ;
- renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

<sup>15</sup> En 2014, selon la SAE, il y avait 885 secteurs de psychiatrie générale (il y en avait 800 en 1987 selon une étude réalisée par Bénédicte BOISGUERIN à la DGS), 373 secteurs de pédopsychiatrie et 579 dispositifs intersectoriels formalisés.

<sup>16</sup> Environ 63 % des lits en 2015.

<sup>17</sup> Environ 13 % des lits en 2015.

<sup>18</sup> Environ 24 % des lits en 2015.

- les soins doivent pouvoir être les plus précoces possibles, relever d'une équipe de professionnels pluridisciplinaires intervenant dans la communauté où vivent les personnes ;
- la maladie mentale est une pathologie chronique obligeant à assurer une continuité du projet de soin, à gérer un parcours du patient entre différentes modalités de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale.

En termes de politique publique, la sectorisation psychiatrique a été d'abord une planification visant à établir la meilleure relation possible entre les besoins de santé mentale d'une population territorialisée et une offre publique de soins, de prévention et de réinsertion-réadaptation. Elle a en cela préfiguré la forme prise par la politique de santé à partir des années 1970, mettant en place progressivement des outils de planification appliqués à des territoires, adoptant une approche globale de la santé incluant la prévention, les soins et la réinsertion-réadaptation. La création des ARS s'inscrit elle aussi dans cette logique, en conférant à une autorité publique déconcentrée des compétences larges permettant de mener une stratégie globale de santé, définie par le projet régional de santé (PRS).

La politique publique de soins psychiatriques, ces soixante dernières années, ne s'est pas construite indépendamment de la politique de santé en général. Le dispositif non sectorisé a d'ailleurs été modelé par cette politique générale même s'il a aussi été influencé par les évolutions de la psychiatrie sectorisée. La politique de soins psychiatriques a ses particularités qui concernent surtout le dispositif sectorisé, notamment la gratuité des soins, justifiées par la spécificité de la maladie mentale, mais, tantôt elle précède, tantôt elle suit, les orientations de la politique de santé et les formes qu'elle prend<sup>19</sup>.

La psychiatrie est à bien des égards en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales : quand elle développe l'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation, quand elle recrute dans les services des médiateurs de santé-pairs, quand elle est à l'initiative de la constitution de conseils locaux de santé mentale présidés par les maires<sup>20</sup>, quand elle développe des équipes mobiles intervenant auprès des institutions médicosociales et sociales, quand, avec ses centres médico-psychologiques (CMP), elle répartit très largement sur le territoire des lieux de soins de proximité.

Mais l'application des principes de la politique de santé à la psychiatrie ne se fait pas sans tensions. Le financement du dispositif, déconnecté de l'activité ou des besoins, est toujours inéquitable<sup>21</sup>. Le libre choix du patient est un principe difficilement compatible avec celui qui veut qu'un patient soit traité par le service du secteur géographique qui lui correspond, afin de s'assurer de la continuité du projet de soins<sup>22</sup>. Le regroupement des établissements de santé publics, au sein des GHT<sup>23</sup>, destiné à renforcer la solidarité entre eux pour optimiser la réponse apportée aux besoins de soins de la population d'un large territoire, fait craindre au dispositif psychiatrique de se voir à terme étouffé par la cohabitation avec la médecine somatique dont elle considère que le modèle de soins n'est pas adapté à la prise en charge de la pathologie mentale.

---

<sup>19</sup> Voir l'annexe 1 sur le rappel historique.

<sup>20</sup> Voir l'annexe 11 sur les conseils locaux de santé mentale.

<sup>21</sup> Voir l'annexe 7 sur le financement.

<sup>22</sup> Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

<sup>23</sup> Groupements hospitaliers de territoire voulus par la loi du 27 janvier 2016.

Depuis soixante ans, il y a une certaine continuité dans la politique publique de soins psychiatriques, mais aussi d'importantes évolutions dues notamment à son intégration dans la politique de santé.

### 1.3 Les impacts de cette politique : moins d'hospitalisation et plus de soins diversifiés en ambulatoire, articulés avec de nombreuses formes d'accompagnement et de réhabilitation<sup>24</sup>.

Le dispositif de soins psychiatriques, pour les adultes comme pour les enfants, s'est profondément transformé à partir des années 1970. Ces transformations n'ont pas concerné que le domaine des équipements hospitaliers. Le nombre des professionnels de santé mentale, notamment les psychiatres, a également augmenté, rapporté à la population<sup>25</sup>.

► ***En psychiatrie générale, le nombre de lits a été divisé par deux et l'ambulatoire s'est considérablement développé***

Le nombre des lits de psychiatrie générale en France il y a 40 ans était plus du double de celui d'aujourd'hui (-60 % entre 1976 et 2016). Ce sont surtout les lits publics et privés non lucratifs qui ont diminué (-48 % pour le public et le privé non lucratif et -13 % pour le privé à but lucratif). Aussi, la part du privé dans l'équipement en lits de psychiatrie a nettement augmenté en 40 ans, d'autant plus que le nombre de ses lits augmente depuis une dizaine d'années quand celui du secteur public continue de diminuer. Elle représentait 11 % du total des lits en 1975. Elle représente, en 2014, 23 % des lits et 25 % des journées d'hospitalisation.

Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, CATTP (centre d'activité thérapeutique à temps partiel), foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile...

Ces évolutions des équipements ont eu des conséquences importantes sur les activités. En s'ouvrant sur la cité, le dispositif de soins hospitalier sectorisé a fait face à une demande de plus en plus importante qui s'est traduite par un accroissement incessant des files actives (la file active totale a plus que doublé en trente ans). La plus grande part de cette file active est suivie désormais en ambulatoire (80 % en ambulatoire exclusif)<sup>26</sup>. Mais cette progression des soins ambulatoires et des files actives qui y sont liées a tendance à ralentir<sup>27</sup>.

Comparée aux autres pays européens, la France a un taux d'équipement en lits de psychiatrie relativement élevé. Malgré le très grand développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein permis par la politique de sectorisation voulue en 1960, le recours à l'hospitalisation en psychiatrie générale continue d'occuper une place importante. Il concerne un nombre de personnes qui diminue peu depuis 13 ans. Sur cette dernière période, ce nombre a baissé de 5 % au total, et les journées d'hospitalisation de 4,3 %. On peut se demander si nous ne sommes pas en train de

<sup>24</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>25</sup> voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie : le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants est passé de 15 en 1984 à 22 en 2016.

<sup>26</sup> La part prise par la file active exclusivement en ambulatoire au sein de la file active totale était de 60 % en 1989 ; elle est passée à 80 % en 2016.

<sup>27</sup> La file active en psychiatrie générale a augmenté de 73 % entre 1989 et 20003, et de 32 % entre 2003 et 2016, ce qui est encore un fort taux d'évolution mais qui est nettement plus faible que dans la décennie précédente (voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités).

parvenir au sommet d'une asymptote pour la diminution de l'hospitalisation, mais aussi pour l'accroissement des soins ambulatoires. Deux hypothèses peuvent ici être avancées :

- soit le dispositif psychiatrique est proche de son niveau d'équilibre, compte tenu des besoins de soins de la population et de l'état des connaissances scientifiques ;
- soit la politique publique suivie après 1960 marque le pas et doit être renouvelée pour prendre un nouvel élan.

Cette seconde hypothèse est celle qu'il convient de retenir, étant donné les fortes disparités qui existent entre les établissements et les services, sur le plan des équipements, des organisations et des pratiques.

Toute lecture des impacts de la politique publique de soins psychiatriques, basée sur l'examen de ces évolutions des équipements et des activités, doit cependant se garder de déboucher sur des jugements rapides et définitifs. Il faudrait l'éclairer par des études sur l'évolution de la morbidité et sur les résultats des soins obtenus grâce à ces transformations des organisations et des pratiques. Ces travaux manquent.

➤ ***Les évolutions sont moins marquées en pédopsychiatrie où l'hospitalisation gagne en importance depuis une quinzaine d'années***

Les mêmes évolutions se sont produites en pédopsychiatrie, avec une autre ampleur et quelques différences. La pédopsychiatrie a depuis toujours consacré une part importante de ses activités à des soins ambulatoires. L'accroissement relatif de ces types de soins est donc moindre qu'en psychiatrie générale<sup>28</sup>. Si globalement, sur trente ans, on retrouve les mêmes fortes diminutions de lits, le grand développement des alternatives à l'hospitalisation, le doublement de la file active, le poids plus élevé des soins en ambulatoire, depuis le début des années 2000 le nombre des lits a ré-augmenté de façon significative, les patients hospitalisés sont beaucoup plus nombreux (le double par rapport à la situation constatée il y a trente ans) et les journées d'hospitalisation ont progressé de 20 % depuis 2003.

Même si les situations sont diverses d'un territoire à l'autre, l'augmentation du nombre de patients suivis en ambulatoire et des séjours hospitaliers plus courts rendent nécessaire le développement des accompagnements tout au long du parcours du patient pour favoriser sa réinsertion-réadaptation. L'extension d'un partenariat multiple entre la psychiatrie, le social, le médico-social, la médecine somatique et l'éducatif est devenu un enjeu majeur, quand d'autres exigences sont aussi à satisfaire, l'implication des usagers dans la conception et la conduite des stratégies de prise en charge et d'accompagnement, l'amélioration constante de la qualité des soins.

---

<sup>28</sup> La file active de la pédopsychiatrie exclusivement en ambulatoire représentait 83 % de la file active totale il y a 25 ans ; elle en représente 96 % en 2016.

## 1.4 Le contraste qui s'accroît entre les composantes sectorisées et non sectorisées du dispositif de soins

### ➤ *Le dispositif sectorisé se caractérise aujourd'hui par le développement d'une « palette de soins »*

Les soins proposés dans le dispositif sectorisé sont de plus en plus diversifiés, aussi bien en intra-hospitalier qu'en ambulatoire, répondant aux besoins de territoires à géométrie variable, répartis dans la cité au plus près de la population, articulés avec les services médicaux, sociaux, médico-sociaux, éducatifs.

La création de pôles a permis l'élargissement de la palette de soins. Le regroupement de plusieurs secteurs, sous des formes organisationnelles différentes<sup>29</sup>, a entraîné la création d'unités de soins spécialisées partagées entre secteurs, pôles ou départements. Ainsi, tous les établissements sectorisés visités par la mission ont spécialisé leurs unités d'hospitalisation. Au-delà de la distinction unités d'admissions / unités de long séjour qui existe souvent encore, les établissements disposent d'unités spécialisées pour les personnes âgées, les autistes, les addictions... Le même phénomène est observé en ambulatoire (spécialisation des hôpitaux de jour, développement de techniques de soins spécialisées). En pédopsychiatrie, il n'existe souvent qu'une unité d'hospitalisation partagée, pour un ou plusieurs établissements.

Cependant, au sein du dispositif sectorisé, les situations sont diverses. Certains secteurs, parce qu'ils fonctionnent de manière très autonome, ne peuvent mobiliser qu'une faible part de leurs moyens pour des activités spécialisées, pour lesquelles ils n'ont d'ailleurs pas forcément une file active suffisante, ce qui entrave la diversification de la palette de soins. On doit aussi souligner que certains établissements sectorisés consacrent encore une forte part de leurs moyens à l'hospitalisation – ce qui limite de fait les efforts qu'ils peuvent consacrer au développement de structures ambulatoires.

Ainsi, même si cette organisation prend une forme plus ou moins aboutie selon les établissements et les services, la diversification des prises en charge est une orientation bien engagée dans l'ensemble du dispositif de soins sectorisé.

### ➤ *Le dispositif privé lucratif, non concerné par la sectorisation, reste centré sur l'hospitalisation*

Le dispositif non sectorisé se réduit le plus souvent à des lits d'hospitalisation, sans spécialisation particulière, et à une activité de consultation au sein des établissements ou en cabinet libéral<sup>30</sup>. S'agissant de l'hospitalisation, ce constat est valable pour les services non sectorisés des CHU comme pour les cliniques. Il est cependant plus marqué concernant ces dernières.

Bien sûr, dans le dispositif privé lucratif, de plus en plus de places d'hôpitaux de jour ont été créées<sup>31</sup>. Il n'en reste pas moins que ce nombre de places ne correspond qu'à 7 % du nombre total de places existantes, quand 26 % des journées d'hospitalisation se réalisent dans des cliniques privées à but lucratif. Par ailleurs, ces places d'hôpitaux de jour sont en général installées, pour des

<sup>29</sup> Voir annexe 5 sur l'organisation des établissements de santé

<sup>30</sup> A noter que cette activité des psychiatres en libéral est importante, puisqu'elle représente 53 % du total des actes de consultation psychiatrique.

<sup>31</sup> Il y avait 820 places d'hôpital de jour dans des établissements privés à but lucratif en 2011. Il y en avait 1 374 en 2016. Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

raisons de rentabilité, au sein même de la clinique, même quand celle-ci est éloignée du centre urbain.

De 2003 à 2016, l'activité en hospitalisation temps plein a suivi une tendance contraire entre l'offre sectorisée et l'offre non sectorisée, diminuant pour la première et augmentant pour la seconde<sup>32</sup>. Le même constat peut se faire sur le nombre de lits<sup>33</sup>.

En pédopsychiatrie, le dispositif privé lucratif, quasiment inexistant il y a un peu plus d'une dizaine d'années, prend une place de plus en plus importante. Il réalise 14 % des journées d'hospitalisation en 2016, contre 2 % en 2003.

Les cliniques cherchent à diversifier leurs formes d'hospitalisation en spécialisant certaines de leurs unités, par exemple sur le court séjour ou la psychiatrie du sujet âgé.

Il faut souligner que les établissements sous OQN n'étaient pas concernés par la circulaire de 1960 et sont peu incités à diversifier leur activité. Le modèle tarifaire ne permet que peu de valoriser des prises en charges différentes de l'hospitalisation temps plein et elle n'encourage pas la spécialisation au sein de l'hospitalisation. S'agissant des libéraux, leur activité est uniquement de consultation et il est difficile de mesurer la variété des pratiques (la tarification étant uniforme, les diplômes de spécialisation peu développés).

Un autre aspect de ce contraste est celui de l'implantation géographique de chacun de ces deux dispositifs sectorisé et non sectorisé.

Le dispositif sectorisé est réparti sur tout le territoire national, afin d'assurer un égal accès aux soins. Même si des inégalités de moyens importantes existent, l'ensemble du territoire français dispose d'une offre sectorisée. A l'inverse, les cliniques psychiatriques sont inégalement réparties sur le territoire, en général implantées à proximité des capitales régionales et plutôt dans le sud de la France, en Rhône-Alpes et dans la région parisienne<sup>34</sup>. La densité de psychiatres libéraux est, elle aussi, très inégale selon les départements et les villes.

Le dispositif de soins sectorisés et celui de soins non sectorisés ont donc suivi des évolutions divergentes qui s'expliquent largement par les effets de la politique qui leur est appliquée, tant réglementairement que financièrement.

## **1.5 Un consensus sur l'objectif général de la politique publique depuis 60 ans accompagné de fortes craintes et de méfiance**

L'ambivalence est bien connue. La peur de la maladie mentale conduit à vouloir mettre à l'écart de la société les patients inquiétants. Et le spectacle de toute atteinte à la liberté de l'autre, fût-il malade mental, est insupportable. Mais, au-delà des contradictions qui peuvent s'exprimer au sein du corps social, réduire la place de l'hospitalisation et accroître les soins en ambulatoire fait l'objet d'un consensus. Professionnels de santé, usagers, administration de l'Etat et élus partagent ces deux objectifs, seules des divergences existent sur leur bon degré d'atteinte. Pourtant, cette politique peu

---

<sup>32</sup> Le nombre des journées d'hospitalisation au sein des services sectorisés a diminué de 8,5 % en 13 ans, et a augmenté de 8 % au sein des cliniques privées. Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>33</sup> Le nombre des lits a diminué de 12 % entre 2003 et 2016 dans les établissements sectorisés, et a augmenté de 24 % dans les cliniques privées.

<sup>34</sup> Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

contestée dans l'ensemble est le lieu de vives tensions entre tous ceux qui la mettent en œuvre, attisées par des craintes durables et difficiles à dépasser.

➤ **La crainte d'un appauvrissement de la psychiatrie**

Le propos est général, tenu à la mission dans tous les établissements publics et privés où elle s'est déplacée : « *les moyens de la psychiatrie ne cessent de diminuer, et celle-ci ne peut plus faire face à ses missions qui elles ne font qu'augmenter* ». Pour beaucoup, cet appauvrissement ne serait que la conséquence du peu de considération dans laquelle la société a depuis toujours tenu la maladie mentale et ceux qui en souffrent.

La réalité est plus nuancée. Les maladies psychiatriques et traitements par psychotropes représentent le premier poste de dépense pour l'assurance maladie (22,5Mds€ en 2015), avant le cancer et les maladies cardio-vasculaires. La dotation annuelle de financement (DAF), versée chaque année aux établissements publics et ESPIC, a augmenté de 8,4 % entre 2009 et 2016. Entre 2012 et 2016, période étudiée de plus près par la mission, cette progression de la DAF a nettement fléchi (en 2014, 2015 et 2016), mais, au total, elle est restée supérieure à l'inflation et au taux d'augmentation du PIB<sup>35</sup>. Enfin, l'objectif quantifié national (OQN) qui finance les cliniques psychiatriques a augmenté lui de 25,4 % entre 2009 et 2016. Quant aux honoraires des psychiatres libéraux, ils ont progressé de 2,1 % par an entre 2012 et 2015, alors que l'ONDAM de ville augmentait de 1,6 % par an sur la même période.

La file active des établissements sectorisés a augmenté de 2,1 % en moyenne chaque année entre 2012 et 2014, alors que les journées d'hospitalisation sont restées globalement stables. Il est cependant impossible de faire un lien entre la dépense et l'évolution de l'activité des établissements. Le mode de financement ne le permet pas.

Les effectifs de psychiatres ont quant à eux augmenté davantage que ceux des autres médecins (entre 1984 et 2016) même s'il faudrait distinguer entre psychiatres généralistes et pédopsychiatres. Le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants est passé de 15 en 1984 à 22 en 2016.

En tout cas, la dépense consacrée au traitement des pathologies psychiatriques, liée aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, n'a pas diminué ces dix dernières années. Elle a régulièrement augmenté, dans des proportions variables selon les années, à un niveau différent selon les composantes publiques ou privées du dispositif, toujours plus que la progression de l'inflation et du PIB.

Il est donc inexact de parler d'un appauvrissement de la psychiatrie. Cependant, la progression des dépenses de psychiatrie de service public (la DAF) est inférieure à celle de l'ONDAM<sup>36</sup> (et croît de manière différenciée selon le statut de l'établissement). Il existe donc des transferts de la psychiatrie vers les autres dépenses de santé, notamment les soins en MCO. Et certains établissements ont connu des diminutions de moyens, dues à des rééquilibrages opérés pour réduire les inégalités de répartition existant entre les régions et en intra-régional.

Dans le secteur privé à but lucratif, les prix de journée dans certains établissements ne couvrent pas la dépense et baissent depuis une dizaine d'années. Selon les interlocuteurs de la mission, ce sont les recettes supplémentaires liées à diverses prestations offertes aux patients (notamment la

<sup>35</sup> Voir l'annexe 7 sur le financement.

<sup>36</sup> Entre 2012 et 2015, l'évolution moyenne de l'ONDAM a été de 2,2 %, de 0,6 % pour l'ONDAM Etablissement, de 1,6 % pour l'ONDAM Etablissement et FIR et de 0,7 % pour la DAF.

chambre particulière), prises en charge souvent par les mutuelles, qui permettent à ces cliniques de couvrir leurs frais et de faire des bénéficiaires. Pourtant l'OQN augmente de plus de 3 % chaque année depuis 2009 (sauf en 2015 et en 2016 où la progression a été respectivement de 1,9 % et de 1,7 %). Cela s'explique par une progression de l'activité (création de lits et places d'où un « effet volume ») plus rapide que celle de l'OQN qui amène les ARS à appliquer aux cliniques des baisses de prix de journée, pour contenir la progression de l'enveloppe.

Il y a donc bien un sujet de débat à propos du financement du dispositif de soins psychiatriques. Mais il convient pour le traiter, de bien le poser. La question n'est pas celle de la diminution des moyens, mais elle pourrait être de leur progression inférieure à l'ONDAM, inégale selon les composantes publiques et privées du dispositif, sans lien avec le niveau des activités, mais elle doit surtout être celle de l'intentionnalité de ces évolutions qui n'obéissent pas à des orientations stratégiques clairement identifiables mais résultent vraisemblablement de la puissance des leviers de régulation.

► ***La crainte d'une perte d'identité de la psychiatrie par non reconnaissance de sa spécificité***

La circulaire de 1960 recommandait la création de services de psychiatrie en hôpital général pour faciliter l'accès aux soins. Faut-il pour autant que tous les services de psychiatrie soient implantés dans des hôpitaux généraux ? Les professionnels de santé sont divisés sur la réponse à apporter à cette question. Les opposants à l'implantation de toute la psychiatrie à l'hôpital général redoutent une perte d'identité pour leur discipline. Ils considèrent que la conception de la maladie et de son traitement portés par le modèle des soins somatiques finirait par s'imposer à la psychiatrie, quand la pathologie psychiatrique a une spécificité exigeant des approches médicales adaptées. La psychiatrie est une médecine du sujet, quand les autres disciplines médicales ont affaire à des objets de soins. Par ailleurs, il est craint qu'au sein de l'hôpital général les besoins de développement de la psychiatrie soient toujours jugés moins prioritaires que ceux des autres disciplines médicales. Sur le plan de la politique publique, le débat n'a jamais été tranché et les établissements spécialisés en psychiatrie cohabitent, dans les secteurs publics et privés, avec des établissements polyvalents.

La création des GHT, avec la loi du 27 janvier 2016, a réveillé ces craintes, quand il a été question d'inclure dans ces groupements des établissements spécialisés en psychiatrie. Aussi, un peu moins du tiers des établissements spécialisés en psychiatrie ne sont pas entrés dans de tels groupements, en général pour préserver leur spécificité et protéger leurs moyens<sup>37</sup>. Les conditions d'adhésion à un GHT ont fait l'objet de critiques. Un centre hospitalier spécialisé se retrouvait dans un ensemble qui certes rapprochait de lui les services de psychiatrie de l'hôpital général, mais le plaçait sous la conduite de celui-ci, seul à pouvoir servir d'établissement support pour la constitution du groupement, avec comme perspective de voir un jour se constituer une direction commune. Le GHT est apparu comme une forme d'intégration à l'hôpital général d'une grande partie de la psychiatrie, qui a toujours refusé cette organisation.

La possibilité pour les établissements assurant le service public en psychiatrie, de constituer une communauté psychiatrique de territoire (CPT), associant notamment leurs partenaires sociaux et médico-sociaux, est alors apparue comme un moyen de reconstituer un dispositif de soins

---

<sup>37</sup> Quatorze établissements ont obtenu une dérogation, pour 4 ans, les dispensant de s'intégrer à un GHT. Et sur 135 GHT, 4 sont des GHT psychiatriques, regroupant au total 11 établissements.



psychiatriques solidaire, capable d'affirmer ses besoins particuliers. Mais cette double appartenance, au GHT et à la CPT, n'est pas simple à concevoir<sup>38</sup>.

➤ **La crainte d'un « détricotage »<sup>39</sup> du secteur**

Depuis des années se développent des structures intersectorielles remettant en question un principe « d'autosuffisance » du secteur pour répondre aux besoins de la population de son territoire. Difficile de faire autrement, quand les moyens forcément limités d'un secteur ne lui permettent pas de proposer aux patients une palette de soins de plus en plus diversifiés. Cette évolution intersectorielle est longtemps restée contenue, mais la constitution des pôles hospitaliers a ouvert le champ vers un plus grand nombre de dispositifs, conçus pour répondre aux besoins de populations appartenant à des territoires à géométrie variable, tout en simplifiant le fonctionnement de ces structures<sup>40</sup>. Le risque de voir s'effacer la responsabilité d'une équipe de soins vis-à-vis d'une population d'un secteur de 70 000 habitants, territoire limité facilitant les interventions de proximité, est apparu plus grand.

Cette crainte a pu être nourrie par la disparition, en 2003, du fondement législatif du secteur quand la carte sanitaire a été supprimée<sup>41</sup>. Alors que la loi du 25 juillet 1985 avait donné une définition du secteur psychiatrique, lui qui s'était développé pendant 25 ans sur la base de circulaires et de textes réglementaires, cette disparition a donné à penser que la politique publique était en train de revenir sur l'orientation qui avait été la sienne depuis 1960 avec la sectorisation psychiatrique. La loi du 27 janvier 2016 a mis fin à cette situation en redonnant une base législative au secteur.

Développement de l'intersectorialité, spécialisation de plus en plus grande des soins, évolutions législatives sur la définition du secteur, expliquent la crainte d'un « détricotage » de la sectorisation psychiatrique, et le besoin souvent exprimé des représentants de la psychiatrie d'obtenir des réassurances sur le cap donné à la politique publique.

➤ **La crainte d'une dilution de la psychiatrie dans un ensemble plus large, la santé mentale**

La loi du 27 janvier 2017 définit la politique publique comme étant de « *santé mentale* ». Les missions du dispositif de soins psychiatriques s'inscrivent dans le cadre de cette politique de santé mentale. Pourtant, tout de suite après le vote de cette loi, deux commissions de concertation sont créées au niveau national, certes articulées entre elles mais distinctes, au point d'être consultées séparément sur les mêmes sujets<sup>42</sup> : le conseil national de santé mentale (CNSM) et le comité de pilotage de psychiatrie (COPIL psy). Cela peut laisser penser que psychiatrie et santé mentale sont deux objets différents, le premier recouvrant alors le domaine du soin, et le second celui de la prévention et de la réinsertion-réadaptation.

L'ambiguïté n'est pas nouvelle. Alors que le premier plan national s'intitule en 2001 : « plan de santé mentale », les deux plans suivants vont s'intituler « *plan de psychiatrie et santé mentale* ». Incluse dans la santé mentale, la psychiatrie redoute de finir par être mise au service d'un champ d'intervention aux contours très flous, d'être détournée de sa mission principale, celle d'apporter des soins aux malades psychiatriques, et plus particulièrement à ceux qui sont les plus aliénés, les

---

<sup>38</sup> Voir annexe 6 sur les outils de planification.

<sup>39</sup> Le terme a été employé par un des interlocuteurs de la mission.

<sup>40</sup> Voir l'annexe 5 sur l'organisation des établissements de santé et les monographies.

<sup>41</sup> Ordonnance du 4 septembre 2003

<sup>42</sup> Le projet de décret sur l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) a fait l'objet d'un avis de chacune de ces deux commissions.

psychotiques. Pourtant, la mission du secteur portait en 1960 déjà sur les soins, mais aussi sur la prévention et sur ce qui, à l'époque, était appelée la postcure.

➤ ***Une méfiance réciproque opposant souvent les représentants de la psychiatrie à l'administration de l'Etat***

D'accord sur l'essentiel, à savoir la volonté de réduire la place de l'hospitalisation et d'accroître celle des soins ambulatoires, de la prévention, de la réinsertion-réadaptation, les professionnels de la psychiatrie et l'administration de l'Etat expriment pourtant entre eux une méfiance réciproque.

Du côté de la psychiatrie, on vient de le voir, les craintes sont nombreuses et fortes, difficiles à dépasser.

Du côté de l'administration prévaut la conviction que le dispositif de soins n'en fait pas assez, et fait même parfois preuve de résistance, pour réduire le nombre des lits, limiter les séjours inadéquats, éviter les longues hospitalisations, diversifier ses modes de prise en charge, intervenir dans la cité le plus largement possible. La conception de la maladie mentale et de sa prise en charge portée par la circulaire de 1960 a aujourd'hui largement triomphé. Au point que ce sont les représentants de l'administration qui souvent en rappellent les termes aux psychiatres médusés<sup>43</sup>.

L'importance des disparités constatées entre les établissements et les services, sur le plan des équipements, des activités et des pratiques, explique les réactions des représentants de l'administration. Pourtant, le dispositif de soins psychiatriques est loin d'être statique, se transforme en permanence et n'a pas fini de le faire. Toutes ces évolutions demandent du temps. Un temps de conception, un temps d'adhésion collective aux projets, un temps de mise en œuvre quand il faut, notamment, prendre des dispositions concernant les locaux, redéployer des personnels. Il faut aussi du temps pour faire évoluer les pratiques de toute une équipe de soins et mesurer leur efficacité. Il faut du temps pour changer les formes de coopération avec les partenaires de la psychiatrie.

Trouver les moyens de dépasser ces craintes et cette méfiance réciproque est un impératif.

## **2 LA GESTION TOUJOURS PLUS DIFFICILE D'UN CONFLIT DES LIMITES**

La maladie mentale suscite généralement des sentiments de peur, de honte, d'incompréhension contre lesquels il convient de lutter, pour éviter les réactions de stigmatisation et de mise à l'écart dont sont souvent victimes les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Mais ces représentations sociales ont beaucoup changé et le recours à la psychiatrie est devenu plus facile. En témoignent la progression incessante des files actives des secteurs, l'augmentation de l'activité des psychiatres libéraux, l'inflation des demandes d'intervention multiples adressées à la psychiatrie.

Si, en 1838, il s'agissait de reconnaître les malades mentaux, parmi ceux que la justice entendait condamner, et de justifier les soins nécessaires, aujourd'hui la psychiatrie semble se positionner à front renversé et accorder de façon parcimonieuse ses interventions réclamées par de nombreux acteurs sociaux et par les familles des patients.

---

<sup>43</sup> L'observation en a été faite à la mission à l'occasion de ses déplacements dans plusieurs établissements, les psychiatres rencontrés considérant que souvent les représentants de l'administration leur donnent des conseils sur la meilleure façon de traiter leurs patients.

Policiers, enseignants, travailleurs sociaux, représentants de la justice, élus, interpellent les professionnels de la santé mentale, pour qu'ils leur apportent des éléments de compréhension sur les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leur métier, et pour qu'ils les aident à trouver des solutions<sup>44</sup>. Dernier exemple en date, la déclaration du ministre de l'intérieur attendant des psychiatres leur concours pour mieux détecter les risques de passage à l'acte terroriste parmi les personnes que la police suspecte. Le fait psychique est devenu l'explication de tous les comportements humains. Il est logique que, pour agir sur lui, l'on s'adresse à ceux qui ont fait profession de le connaître.

Face à ces demandes souvent pressantes, les professionnels de la santé mentale ont généralement adopté une position défensive, redoutant de voir « psychiatriser » à l'excès des questions qui, à leurs yeux, devraient relever de l'éducation, de l'action sociale et économique ou de la justice. Ils craignent, faute de moyens suffisants pour tout faire, de ne plus pouvoir consacrer toutes leurs forces au traitement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Une double insatisfaction s'est donc installée entre les professionnels de la santé mentale et l'ensemble des acteurs sociaux. Tous se plaignent de ne plus pouvoir exercer correctement leur métier, les uns à force de trop de sollicitations jugées indues, les autres du fait de l'absence de réponses à leurs appels réitérés<sup>45</sup>.

Le dispositif de soins psychiatriques est face à la question de la limite de ses interventions, dont la gestion apparaît conflictuelle, faute de repères consensuels pour la traiter.

## 2.1 La limite entre la maladie mentale et la souffrance psychique

Les institutions et acteurs sociaux ne sont pas les seuls à presser la psychiatrie d'intervenir pour les aider à résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés du fait des comportements des personnes en contact desquelles ils se trouvent. Les individus eux-aussi attendent des professionnels de la santé mentale des conseils, un soutien, des recettes pour surmonter leurs difficultés existentielles, leurs échecs professionnels ou relationnels et leurs traumatismes liés à des événements douloureux.

Ces souffrances psychiques, que tout un chacun connaît dans sa vie, peuvent avoir des effets très délétères. Parfois, elles vont ébranler les équilibres psychoaffectifs constitutifs d'une personnalité au point d'entraîner l'apparition d'une pathologie mentale. Deux thèses à ce sujet s'opposent entre tenants d'une continuité entre ces états divers et la maladie mentale, et ceux qui estiment qu'il y a entre eux une différence de nature. Peu importe ce débat scientifique qu'il ne s'agit pas ici d'examiner davantage. La question est de savoir si ces souffrances psychiques, précurseurs ou non d'une pathologie mentale, compte tenu de leurs conséquences sur la vie des personnes, justifient ou pas les interventions des professionnels de la santé mentale, et plus particulièrement du dispositif de soins psychiatriques financé par la solidarité collective.

---

<sup>44</sup> « Ce à quoi est donc confrontée la psychiatrie, ce n'est plus tant à un débat autour des orientations théoriques et techniques permettant de mieux répondre aux maladies mentales, mais à un débat qui la déborde, autour du principe même de la pertinence de la réponse psychiatrique ». Marcel JAEGER. L'articulation du sanitaire et du social. Editions DUNOD 2012. Page 37.

<sup>45</sup> Les propos tenus à la mission par plusieurs de ses interlocuteurs ont insisté sur ces points. Voir aussi le rapport IGAS (n°2006 020), IGA, IGSJ sur « la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux ». Février 2006.

La réponse à cette question dépend de la forme prise par notre société<sup>46</sup>. Il apparaît en tout cas plutôt compliqué, et sans doute contestable, de vouloir tracer une stricte frontière entre ces deux types de souffrances, les unes liées à la difficulté d'être dans notre monde contemporain, les autres dues à une pathologie. Il faut sans doute s'accommoder de devoir gérer une zone de flou qui conduit à s'interroger en permanence sur la pertinence des interventions psychiatriques, sur fond de désaccords qu'il s'agira à chaque fois de dépasser. Définir les moyens de cette gestion est un des objectifs à se donner en configurant l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.

## 2.2 La limite entre la maladie mentale et le handicap psychique

Le handicap psychique, en se distinguant du handicap mental, porte une représentation dynamique de la personne ayant souffert d'une pathologie mentale, affirme ses potentialités dont il faudra faciliter la réalisation. Le handicap psychique ne succède pas forcément dans le temps à la maladie psychiatrique, il en est la conséquence, exprimée en termes de limitation des capacités, et évolue. Dès lors, est requise l'implication des équipes médicales pour soutenir son projet de vie, empêcher le processus morbide de venir le compromettre<sup>47</sup>. Equipes psychiatriques, sociales et médico-sociales interviennent donc souvent sur la même période auprès de la personne qui est en même temps malade et handicapée.

La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 définit un objet d'intervention commun aux domaines du médico-social, du social et du médical. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions. Tantôt le dispositif de soins psychiatriques va être pressé d'intervenir au domicile des patients, au sein de structures médico-sociales ou sociales, en accompagnement de leurs équipes. Tantôt il va être incité à transférer, le plus rapidement possible, des personnes hospitalisées dont l'état de santé est stabilisé, vers des structures médico-sociales ou sociales.

Par ailleurs, l'accord entre les équipes médico-sociales, sociales, les familles et les professionnels de santé mentale, sur la nécessité et les conditions d'intervention d'une équipe psychiatrique n'est pas toujours facile à obtenir. Si des interventions médicales, sociales et médico-sociales sont nécessaires, il faut néanmoins tracer les responsabilités respectives des acteurs. Déterminer les voies et moyens permettant d'établir cet équilibre dans l'action collective est là aussi un objectif à se donner en configurant l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.

---

<sup>46</sup> « Plus l'individu est considéré comme un tout autonome, qui doit être capable de décider et d'agir par lui-même, plus la question de son intériorité devient une préoccupation politique » Alain EHRENBURG. *Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale*. Revue Française des Affaires sociales N°1 Janvier-Mars 2004. Psychiatrie et santé mentale. La documentation Française.

<sup>47</sup> « 1. du côté du handicap psychique, les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives, tandis que du côté du handicap mental, la déficience est toujours présente,  
2 - du côté du handicap psychique, les soins restent très importants, tandis que du côté du handicap mental, ils peuvent être marginaux,  
3 - et surtout, du côté du handicap psychique, la variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements incessants. Ces derniers peuvent épuiser les meilleures volontés. Du côté du handicap mental, la fixité des incapacités est, a priori, plus compatible avec des solutions durables. ». Le livre blanc des partenaires de santé mentale. Publication faite par l'UNAFAM. Edition revue en avril 2006. Page 12

## II. LES ECARTS ENTRE LES OBJECTIFS ET LA REALITE

Les insuffisances du dispositif de soins psychiatriques sont anciennes. Il y a exactement 20 ans, le Haut comité de la santé publique dressait le constat suivant de la situation de la psychiatrie en France : « *Bien des problèmes persistent. L'offre de soins – dans et hors institutions – peut paraître insuffisante aujourd'hui. La prévention primaire, celle qui serait susceptible d'agir sur l'incidence, reste balbutiante. La prévention secondaire parvient à réduire l'évolution et la durée de la maladie en fonction du développement des diverses composantes publiques, libérales et associatives, variables selon les lieux. La prévention tertiaire apparaît victime de l'articulation médico-sociale défailante : la présence de réseaux véritablement coordonnés avec les dispositifs sociaux et la pratique médicale privée demeure l'exception. Les perspectives de restructuration et d'avenir reposent sur une conception datant de plus de trente ans qui, si elle demeure valable sur bien des points, n'a pas supprimé un dispositif général hétéroclite et profondément inégalitaire* »<sup>48</sup>. Il est frappant de constater que l'on peut aujourd'hui formuler le constat en des termes quasiment identiques.

### 1 L'EGAL ACCES A DES SOINS DE QUALITE EST LOIN D'ETRE ASSURE

Le dispositif de soins s'est beaucoup diversifié et la part de l'ambulatoire s'est accrue, cependant l'accès des patients aux soins demeure inégal. Aux inégalités liées au dispositif de soins s'ajoutent celles tenant à l'information des patients sur celui-ci.

#### 1.1 Certaines organisations ne permettant pas d'offrir cette diversité de soins et de prises en charge

Le dispositif sectorisé offre désormais une palette de soins, plus ou moins diversifiée selon les territoires, alors que le dispositif non sectorisé s'organise autour de l'hospitalisation et de la consultation. Il convient de s'interroger sur les avantages respectifs de chacun de ces deux types d'offre, pour retenir le meilleur modèle de prise en charge des patients. Ou alors, il faudrait s'assurer que les services qu'ils rendent sont bien complémentaires et n'instaurent pas une inégalité de traitement des patients.

La coexistence de deux modèles pose la question de leur pertinence l'un vis-à-vis de l'autre ou en complémentarité.

On peut d'abord se demander quel est le bon modèle d'organisation des soins. De façon schématique, faut-il promouvoir une offre diversifiée, répartie au plus près de la population, bien répartie sur le territoire national, ou une offre hospitalo-centrée, concentrée sur quelques villes importantes, avec une forte activité de consultation ?

---

<sup>48</sup> Actualité et dossier en santé publique. n°15 juin 1996. Page I

Ces deux modèles d'organisation prennent en charge des profils pathologiques en partie différents. Les cliniques traitent une forte proportion de patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur et peu de psychotiques<sup>49</sup>. Les patients présentant d'importants troubles du comportement sont plutôt hospitalisés dans des établissements sectorisés. Mais, si le profil général de la clientèle de chacun de ces deux dispositifs n'est pas le même, il n'en reste pas moins qu'une bonne part de la clientèle de l'offre non sectorisée pourrait bénéficier d'une palette de soins diversifiés et d'un accompagnement tout au long de leur parcours de soins et de réinsertion-réadaptation<sup>50</sup>.

On pourrait cependant considérer que les différences entre soins sectorisés et non sectorisés sont complémentaires et contribuent à la diversification globale de l'offre. Cela n'est pas le cas car les parcours des patients entre dispositif sectorisé et non sectorisé ne sont pas fluides. En effet, les patients du dispositif non sectorisé ne peuvent que rarement bénéficier de la palette de soins sectorisée, seulement quand une entente existe avec les secteurs psychiatriques, ce qui est apparu très aléatoire à la mission lors de ses déplacements dans plusieurs régions.

Ainsi, selon son point d'entrée dans le dispositif de soins, un patient souffrant de la même pathologie sera en effet probablement pris en charge de manière différente – sans que cela ne repose sur son choix éclairé. Cela est d'autant plus vrai que l'élargissement de la palette de soins a rendu plus difficile la connaissance, par les patients et leurs familles, de toutes les options de soins qui s'offrent à eux. Pour certains patients, l'élargissement de la palette de soins reste fictif et la complémentarité entre les deux dispositifs reste à organiser.

## 1.2 Une réponse inégale aux besoins de soins de la population

### ► *Les disparités d'équipements, de professionnels de santé et de moyens financiers entre territoires sont anciennes, bien connues mais persistantes*

Les capacités de prise en charge varient considérablement d'un département à l'autre. En 1997, les écarts de capacité en lits et places, pour la psychiatrie générale, variaient de 1 à 9 selon les départements<sup>51</sup>. En 2015, l'écart était de 1 à 3,5<sup>52</sup>. La densité des professionnels de santé est également très variable<sup>53</sup>. Ainsi, les écarts de densité de psychiatres vont de 1 à 4 en 2016, ce qui était déjà le cas en 1997<sup>54</sup>.

Ces écarts s'accompagnent de différences de financement<sup>55</sup>. Les dépenses de psychiatrie en établissement (DAF et OQN) par habitant variaient, en 2015, de 125€ à 167€ selon les régions. Les différences entre départements sont plus fortes encore : la DAF par habitant allant de 47 à 292€.

En cohérence avec ces éléments, le taux de recours aux soins psychiatriques est extrêmement variable entre départements : en 2015, il allait de 135 à 425 journées d'hospitalisations pour 1 000 habitants et de 40 à 471 actes ambulatoires pour 1 000 habitants<sup>56</sup>.

<sup>49</sup> Parmi les patients hospitalisés dans des cliniques, environ 54,3 % présentent des troubles de l'humeur et 11,7 % une psychose ; alors que dans les établissements sectorisés ces pourcentages sont respectivement de 23,8 % et 24,6 %.

<sup>50</sup> Cette position n'a été contestée par aucun des interlocuteurs de la mission, y compris appartenant au dispositif non sectorisé qui reconnaît les avantages offerts par le dispositif non sectorisé.

<sup>51</sup> Etudes et Résultats n°48. Janvier 2000. DREES ; Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les écarts en matière d'hospitalisation partielle étaient de l'ordre de 1 à 20.

<sup>52</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>53</sup> Voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie.

<sup>54</sup> Etudes et Résultats n°48. Janvier 2000. DREES. ; Dans les 15 départements où les capacités d'hospitalisation sont les plus élevées, la densité en infirmiers est supérieure à 150 pour 100 000 habitants. Dans les 15 départements où les capacités sont les moins élevées, la densité en infirmiers est proche de 80 pour 100 000 habitants

<sup>55</sup> Voir l'annexe 7 sur le financement.

➤ ***La pédopsychiatrie est chroniquement défavorisée***

Le diagnostic des difficultés propres à la pédopsychiatrie est partagé et des travaux récents l'ont documenté<sup>57</sup>. Pourtant, il est difficile de déterminer dans quelle mesure la pédopsychiatrie est défavorisée par rapport à la psychiatrie générale, faute d'indicateurs permettant cette comparaison. On peut toutefois souligner que les délais d'accès aux soins pour les enfants sont, dans les sites visités par la mission, 2 à 6 fois supérieurs à ceux constatés pour les adultes alors même que la précocité de la prise en charge est considérée comme déterminante.

Il est difficile de déterminer quelle part des moyens est consacrée à la psychiatrie infanto-juvénile par rapport à la psychiatrie générale<sup>58</sup>, et on ne dispose pas non plus de cible dans ce domaine. On peut indiquer qu'au sein des établissements, 25 % des médecins et 19 % du personnel non médical exerce en psychiatrie infanto-juvénile<sup>59</sup>. Pour mémoire, il y a 30 ans, une publication émanant du SESI<sup>60</sup> observait un suréquipement en psychiatrie générale au regard des objectifs de planification qui avaient été fixés avec la carte sanitaire. En revanche, en psychiatrie infanto-juvénile, il était relevé un sous-équipement<sup>61</sup>.

La persistance du constat des inégalités – et des difficultés de la pédopsychiatrie – amène à s'interroger sur la manière dont ces constats sont pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques qui ne semblent pas parvenir à y apporter de réponses.

### 1.3 De nombreux obstacles à l'accès aux soins

Il existe des obstacles pour les patients qui demandent des soins (délais, horaires, etc.) et il n'existe que peu de dispositifs permettant d'« aller vers » ceux qui n'en demandent pas (dénis de la maladie, grande précarité)<sup>62</sup>. En revanche, l'accès financier est assuré du fait de la gratuité des soins par les établissements sectorisés.

➤ ***Les délais d'attente peuvent être longs, surtout en psychiatrie infanto-juvénile***

Il existe des délais d'attente tant pour une hospitalisation, une consultation que pour des soins spécifiques. Ainsi, en CMP adulte, l'attente moyenne entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre peut atteindre trois mois. Beaucoup de CMP ont donc mis en place un rendez-vous d'accueil, souvent par un infirmier, qui permet d'apporter rapidement une première réponse au patient et de détecter les situations qui nécessitent une prise en charge en urgence.

En psychiatrie infanto-juvénile, les délais d'attente sont considérablement supérieurs à ceux observés en psychiatrie générale. En 2000, France entière, le délai minimal d'attente pour avoir un premier rendez-vous avec un médecin était de trois mois et plus pour 15,9 % des demandes. Il était

<sup>56</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>57</sup> De façon non exhaustive : rapport du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs d'avril 2017, *Bien-être et santé des jeunes*, Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, novembre 2016 ou encore le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade, octobre 2016.

<sup>58</sup> Les retraitements comptables auxquels sont astreints les établissements publics et ESPIC devraient le permettre. Ainsi, l'ARS Ile-de-France a réalisé ce travail et mis en évidence que 21,6 % de la DAF était consacrée à la pédopsychiatrie (75,8 % à la psychiatrie adulte, 1 % à celle des détenus et 1,6 % à des « activités spécifiques »).

<sup>59</sup> Voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie.

<sup>60</sup> Solidarité Santé. Etudes statistiques, n°5, 1988 – septembre-Octobre. Service des statistiques des études et des systèmes d'information du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

<sup>61</sup> 0,23 lits ou places pour 1 000 habitants, alors que l'arrêté du 3 juin 1980 fixait le besoin en lits ou places dans une fourchette allant de 0,25 à 0,30.

<sup>62</sup> Cf. annexe 14 sur les obstacles à l'accès aux soins

de 16,6 % en 2003<sup>63</sup>. Les structures visitées par la mission présentaient des délais largement supérieurs, allant de 3 à 12 mois, parfois plus<sup>64</sup>. On peut donc penser que les délais moyens en 2017 sont très largement supérieurs à ceux de 2003. Systématiquement, les délais d'attente sont deux à six fois plus longs pour les enfants que pour les adultes<sup>65</sup>. Cela a souvent conduit les équipes à définir, localement, des critères de priorisation des patients. Les délais moyens recouvrent donc des situations très différentes, allant jusqu'à l'absence de prise en charge de certaines demandes. Les soins d'orthophonie sont particulièrement difficiles d'accès : au mieux, les délais sont longs (par exemple 6 mois pour un bilan, 1 an pour une prise en charge au Puy-en-Velay), souvent les patients sont renvoyés vers une prise en charge libérale (avec également de longs délais d'attente et qui peut poser des difficultés de remboursement par la CPAM).

➤ ***L'accès aux structures de soins peut être difficile du fait de leur implantation ou de leurs horaires***

Les structures de soins ambulatoires, et les CMP en particulier, sont le plus souvent ouverts du lundi au vendredi de 9h à 17h, ce qui est difficilement compatible avec une vie professionnelle. Ils sont parfois mal desservis par les transports en commun et certains regroupements de structures, répondant à des contraintes organisationnelles et budgétaires, réduisent la proximité de l'offre pour les patients.

➤ ***L'accès aux soins en urgence est parfois difficile, notamment à domicile***

L'accès aux soins en urgence est toujours possible à travers les urgences somatiques et, souvent, il existe aussi des centres de crise. Les nouveaux patients ne les connaissent cependant pas toujours, ce qui pose des difficultés d'accès. Celles-ci sont plus aigües pour les patients qui, dans le déni de leur maladie, refusent une prise en charge et pour lesquels les familles ne parviennent pas à obtenir une intervention au domicile. Que ce soit en raison d'un manque de moyens (absence d'équipe mobile) ou pour un motif clinique (consentement du patient aux soins requis), l'intervention en urgence au domicile est souvent limitée aux cas de danger imminent. Ce sont alors souvent le SAMU ou les forces de l'ordre qui interviennent, pas les équipes de psychiatrie.

➤ ***L'accès aux soins repose sur une demande que les plus vulnérables peinent à formuler***

Les personnes isolées ou les plus précaires ne disposent souvent pas de l'accompagnement nécessaire et ne formulent pas de demande de soins par eux-mêmes. Pour les personnes sans domicile fixe (vivant dans la rue ou hébergées), les difficultés sont renforcées par la sectorisation qui, en l'absence de domicile stable, ne garantit pas la continuité des soins. Etant donné la forte prévalence des troubles psychiatriques parmi cette population, des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont parfois été mises en place. Elles ne permettent cependant généralement pas de couvrir les besoins de toute la population concernée.

➤ ***La télémedecine n'est pas utilisée comme un levier pour améliorer l'accès aux soins***

La télémedecine pourrait améliorer l'accès aux soins, notamment lorsque les patients vivent éloignés des lieux de consultation ou se déplacent difficilement. Elle constitue une alternative aux déplacements en personnels. Ainsi, la mise en place de téléconsultations au bénéfice de patients à leur domicile ou en établissement ou même le télé-conseil, au bénéfice des équipes pourrait être

<sup>63</sup> Source : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

<sup>64</sup> Les délais sont parfois supérieurs, par exemple, au CHU à Toulouse, dans un des hôpitaux de jour, le délai est de 1 à 2 ans. A Lyon, des délais supérieurs à un an ont également été mentionnés.

<sup>65</sup> Par exemple, au CHU de Toulouse, le délai de prise en charge en CMP est de 6 mois alors qu'il n'est « que » d'un mois en psychiatrie générale.



efficace. Toutefois, les initiatives dans ce domaine sont limitées ou interrompues en raison de difficultés d'équipement ou d'absence de valorisation de l'activité<sup>66</sup>.

#### 1.4 Des différences de pratiques inexplicables et interrogeant sur la qualité des soins et parfois le respect des droits des patients

**Les différences de pratiques s'incarnent d'abord dans le recours à l'hospitalisation<sup>67</sup>** : en moyenne 80 % de la file active des adultes est prise en charge uniquement en ambulatoire, 96 % pour les enfants. A titre d'illustration, dans les établissements visités par la mission, ces taux varient de 58 à 87 % pour les adultes et de 77 à 96 % pour les enfants<sup>68</sup>. Les taux de recours rapportés à la population, pour les prises en charge à temps plein comme en ambulatoire, sont également variables. Sauf à faire l'hypothèse d'une forte différenciation de l'état de santé des patients d'un territoire à l'autre, ces écarts sont difficilement explicables, dus sans doute à des différences d'équipements et/ou de pratiques. Ils posent d'autant plus question que des travaux ont montré que le développement des prises en charge ambulatoires semble s'accompagner d'une réduction de la durée de séjour<sup>69</sup> et du taux de ré-hospitalisation<sup>70</sup>.

**La part des patients soignés sans leur consentement** varie selon les départements<sup>71</sup>. Ainsi, en 2009, l'écart entre les départements était de 1 à 5,7 pour le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté à 100 000 habitants de 20 ans et plus<sup>72</sup>. Ces écarts ne découlent probablement pas que des pratiques soignantes, mais aussi des pratiques des partenaires, des relations avec eux et de l'organisation de l'offre. De même, le plus ou moins grand recours à certains modes légaux de soins sans consentement est difficilement explicable. Par exemple, en 2015, parmi les 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'ont déclaré aucun patient admis en soins pour péril imminent alors que 40 autres ont déclaré avoir accueilli plus de 35 % des patients en soins sans consentement sous cette modalité<sup>73</sup>. Il en va de même pour le recours aux programmes de soins : 25 % des programmes de soins sont effectués par cinq établissements seulement<sup>74</sup>.

**Le recours à la contention et à l'isolement** est très variable selon les services ainsi que le mettent en évidence les travaux du Contrôleur général des lieux de privation de liberté<sup>75</sup>. Les données recueillies par la mission, concernant le nombre et le taux d'occupation des chambres d'isolement, le montrent aussi. Il en va de même pour les privations de droit des patients hospitalisés sans leur

<sup>66</sup> Voir la monographie 8 sur la clinique l'Alliance et la monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice

<sup>67</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

<sup>68</sup> En excluant un établissement qui porte une unité d'hospitalisation à vocation départementale.

<sup>69</sup> « Lorsque le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein augmente, on constate une diminution significative de la durée de séjour en hospitalisation temps plein ainsi que des hospitalisations à temps plein et des hospitalisations sans consentement chez les patients de la file active », Rapport de recherche QUAPRI-PSY financé par la DREES. Mars 2016. Coralie Gandré, Jeanne Gervais, Julien Thillard, Maxime Oriol, Massinissa Aroun, Jean-luc Roelandt, Jean-Marc Macé et Karine Chevreul. Recherche faite à partir des données recueillies auprès de 122 établissements publics et ESPIC, correspondant à 413 secteurs

<sup>70</sup> « Les taux de ré-hospitalisation en psychiatrie sont plus faibles dans les établissements à l'activité ambulatoire élevée », Questions d'économie de la santé N°206 février 2015.

<sup>71</sup> Voir l'annexe 13 sur les soins sans le consentement des patients.

<sup>72</sup> DGS, Rapports d'activité des CDHP 2009, traitement DREES ; INSEE, estimation 1<sup>er</sup> janvier 2009.

<sup>73</sup> Coldefy M., Fernandez S., « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017

<sup>74</sup> Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes Questions d'économie de la santé* n° 205 - janvier 2015

<sup>75</sup> *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, 2016

consentement (interdiction des communications téléphoniques, des visites, port du pyjama) qui sont systématiquement appliquées dans certains services et jamais dans d'autres quelles que soient les pathologies et les patients.

**La question de l'évolution de ces pratiques** peut également être posée. Par exemple, entre 2012 et 2015, le recours aux soins sans consentement a augmenté de 15 %, quand la file active en psychiatrie n'augmentait que de 5 % (les patients hospitalisés sans leur consentement représentent 5,4 % du total, contre 4,8 % en 2012)<sup>76</sup>.

## 1.5 Des conditions d'hospitalisation trop souvent insatisfaisantes, malgré des progrès importants

Les déplacements de la mission lui ont permis de constater la forte hétérogénéité des conditions d'hébergement offertes par les unités d'hospitalisation, et plus largement les lieux de soins psychiatriques (cf. monographies de sites). Beaucoup de travaux ont été conduits par les établissements permettant parfois des conceptions architecturales adaptées aux besoins des prises en charge. On peut citer par exemple la construction de chambres à double entrée, permettant un accès vers la partie fermée ou vers la partie ouverte du service (cf. monographie 6 concernant trois établissements de Toulouse).

Cependant de nombreux bâtiments – parfois récemment construits – présentent une architecture inadaptée : unités de soins entièrement fermées, alors que beaucoup de patients sont en hospitalisation libre, du fait de l'impossibilité de moduler les accès ; espaces extérieurs grillagés ; unités pour personnes âgées sur deux étages limitant la circulation des patients et contraignant les soignants à interdire l'accès aux chambres en journée. Par ailleurs, la vétusté de certains bâtiments ne permet pas de bonnes conditions d'hospitalisation (mauvais état des locaux, salles de bain communes).

Les chambres d'isolement sont représentatives de cette hétérogénéité. Alors que certaines offrent de bonnes garanties de sécurité et de confort (double entrée, mobilier spécialement conçu, accès possible à l'extérieur, sanitaires), d'autres entraînent des conditions d'hébergement indignes (sceaux hygiéniques, aspect cellulaire de la chambre, caméras de surveillance).

## 1.6 Un libre choix du patient inégalement assuré

Le libre choix par un patient de son lieu de soins et de son médecin est un principe sans cesse réaffirmé. Les divergences dans les pratiques et les différences de conditions d'hospitalisation entre dispositifs de soins sont telles que le choix apparaît déterminant. Pourtant, **cette liberté ne peut être pleinement exercée car elle entre en contradiction avec le principe de la sectorisation**<sup>77</sup>.

Pour les soins libres, un patient peut choisir de s'adresser aux structures de son secteur ou aux structures non sectorisées (cliniques privées, certains services des CHU ou unités ayant une vocation territoriale élargie, praticiens libéraux). L'exercice de cette liberté ne se fait alors pas sans conséquences financières. Il peut aussi choisir son médecin parmi ceux exerçant dans la structure à laquelle il s'adresse. En revanche, les équipes d'un autre secteur le renverront le plus souvent vers les structures de son secteur. Cette pratique – qui s'oppose de fait à la règle du libre choix – est

<sup>76</sup> Coldefy M., Fernandez S., « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017

<sup>77</sup> Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

appliquée de façon variable : certains secteurs prennent en charge les patients qui travaillent sur leur territoire ou continuent à suivre des patients même après leur déménagement, d'autres adressent leur patient vers un autre secteur après son admission dans un établissement social ou médico-social, quand bien même cet hébergement est temporaire<sup>78</sup>.

Pour les soins sans consentement, la prise en charge est systématiquement confiée au secteur. Les seules rares exceptions rencontrées par la mission sont liées à la prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement dans des cliniques, par conventions avec certains hôpitaux et donc uniquement pour les patients relevant des secteurs de ces hôpitaux (exemple des cliniques de l'Alliance à Villepinte et Beaupuy à Toulouse).

**Dans les faits, il faut souligner que l'élargissement des secteurs et le développement de structures spécialisées ayant une vocation intersectorielle ou inter polaire conduit à faciliter la liberté de choix du patient, sans remettre en cause la continuité du projet de soins et sans causer de déséquilibre de ressources entre secteurs.**

## 2 UN DISPOSITIF EN PASSE DE DEVENIR ILLISIBLE ET DIFFICILE A PILOTER

La diversification toujours plus grande des types de soins et des modes de prise en charge, leurs références territoriales variables, la multiplicité des partenariats à organiser, forment une représentation complexe du dispositif de soins et, au total, rendent son pilotage difficile.

### 2.1 La complexité du dispositif de soins, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires

Les établissements sectorisés font cohabiter une organisation des soins permettant de répondre aux besoins dans la proximité, évitant que certains patients à la demande si fragile finissent par être laissés pour compte, avec le développement d'une « *palette de soins* » couvrant des territoires à géométrie variable, pas vraiment graduée, au sens où elle n'établit pas une hiérarchie selon la gravité des cas pris en charge. Certaines structures de soins intersectorielles répondront aux besoins de la population d'un pôle, ou de plusieurs pôles, ou de la zone territoriale d'un établissement, ou d'une ville, ou d'un département ou d'une région. S'y ajoute l'offre de soins non sectorisée, parfois conçue comme une alternative, parfois comme un recours spécialisé (c'est le cas par exemple des centres experts). Cette construction de l'appareil de soins, faite de composantes rapportées à des territoires formant entre eux des cercles concentriques de plus en plus larges ou inter-sécants, devient difficile à cerner par les professionnels de santé mentale eux-mêmes, qui ont besoin désormais de procéder à un inventaire des solutions thérapeutiques à leur disposition dans leur environnement plus ou moins proche. Elle forme de plus en plus pour les patients une sorte de labyrinthe au sein duquel il ne leur est pas simple de se diriger eux-mêmes.

---

<sup>78</sup> Il faut par ailleurs noter que c'est l'adresse de domiciliation qui est prise en compte, ce qui n'est pas sans poser un problème de proximité aux personnes hébergées.

## 2.2 Des établissements engagés dans des organisations multiples

Tous les établissements publics sont membres obligatoirement d'un GHT (groupement hospitalier de territoire)<sup>79</sup>. Tous les établissements publics et les ESPIC peuvent aussi s'associer au sein d'une CPT (communauté psychiatrique de territoire). Les espaces de développement du GHT et de la CPT ne coïncident pas forcément. Ainsi, un même établissement peut être membre d'un GHT et membre d'une CPT à laquelle appartiennent également des établissements d'un autre GHT, ce qui conduit à les associer à d'autres GHT. Ces multiples appartenances possibles risquent fort de conduire les établissements à s'épuiser à élaborer plusieurs projets d'organisation et de fonctionnement plus ou moins compatibles entre eux, ou à se perdre dans trop d'engagements différents.

## 2.3 L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que l'enchevêtrement des territoires

Pour déterminer la stratégie locale de l'offre de santé mentale, il va falloir mettre en cohérence les résultats de l'application de cinq outils de planification<sup>80</sup>, employés à des échelles territoriales différentes, associant plus ou moins d'acteurs. Chacun devra aboutir à un contenu qui, à la fois, devra nourrir celui produit par l'autre et se conformer à lui<sup>81</sup>. Cette situation voulue par la loi de 2016 est nouvelle. Elle pose, avec acuité, la question de l'ordre temporel selon lequel devraient se conduire les travaux d'élaboration et de finalisation des stratégies résultant de l'emploi de ces cinq outils d'organisation :

- *le projet d'établissement de l'hôpital*, sur la base duquel est défini un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS ;
- *le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT)*, arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS. Il ne concerne que les établissements publics de santé même si d'autres membres peuvent y être associés ;
- *le projet régional de santé (PRS)* arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention ;
- *la convention constitutive de la CPT*, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux) ;
- *le projet territorial de santé mentale (PTSM)* qui porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale.

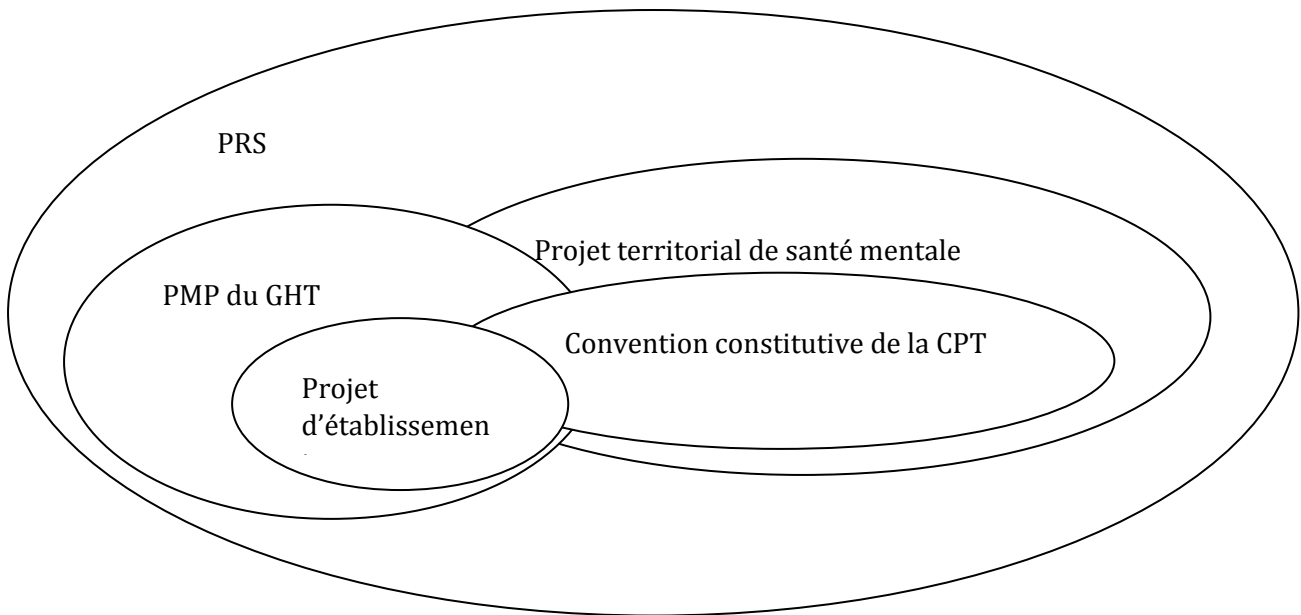
Tous ces outils sont conçus pour une durée de cinq ans, mais par quoi faut-il commencer ? Dans quel ordre temporel devraient se succéder chacun de ces outils d'organisation ? Se pose la question de la méthode et du processus de concertation à dérouler pour parvenir à une cohérence globale de ces travaux.

<sup>79</sup> Il existe des exceptions à ce principe. Ainsi, quatorze établissements spécialisés en psychiatrie ont obtenu une dérogation, pour 4 ans, les dispensant de s'intégrer à un GHT. Par ailleurs, sur 135 GHT, 4 sont des GHT psychiatriques, regroupant au total 11 établissements.

<sup>80</sup> La planification est ici entendue comme une méthode permettant, sur la base d'une étude des besoins de santé d'une population donnée, de projeter dans le temps les mesures destinées à remédier aux problèmes constatés.

<sup>81</sup> Voir l'annexe 6 sur les outils de planification.

Schéma 1 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie



Source : mission

A défaut de simplification du cadre territorial et de la méthode d'articulation de ces outils d'organisation, toutes ces démarches risquent de s'engager et de se dérouler de façon confuse. Les acteurs qui y participent pourraient vite être incapables de repérer les logiques complémentaires de ces différents travaux et perdre courage en ne parvenant pas à situer leurs concours dans un ensemble. Ils ne pourront pas s'engager sur autant de fronts en même temps. Aussi, il faudra certainement étaler les travaux sur de longues périodes. Peu à peu, les implications de ces acteurs iront probablement en faiblissant. Autant il est indispensable de prendre le temps de définir les stratégies d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soin ainsi que son articulation avec la politique de santé mentale, autant il ne serait pas raisonnable de se retrouver en permanence occupés à de telles tâches de planification car cela finirait par leur ôter tout crédit.

### 3 UN PARTENARIAT A LA FOIS INDISPENSABLE POUR LA FLUIDITE DES PARCOURS, MULTIPLE ET INEGALEMENT DEVELOPPE

La psychiatrie comme toutes les disciplines médicales – mais peut-être plus encore en raison de l'objectif d'inclusion dans la cité des malades mentaux et des missions de prévention et de postcure confiée au secteur dès l'origine<sup>82</sup> – doit établir des partenariats avec les autres acteurs du parcours du patient. Ces partenariats sont essentiels pour que l'hôpital, éclaté entre de nombreuses structures de prise en charge en ambulatoire, ne finisse pas pourtant par dessiner une forme « d'asile dans la ville » en gérant tous les aspects de la vie quotidienne du patient (hébergement, repas, loisirs, activités sportives et culturelles), comme prétendait le faire l'asile à son origine.

<sup>82</sup> cf. annexe 1 sur le rappel historique

### 3.1 La coordination avec les partenaires est centrale pour le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques

La plupart des établissements disposent de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales mais aussi avec des établissements sanitaires (pour des soins spécialisés ou somatiques). Ils reposent parfois sur des conventions mais l'existence de celles-ci dit peu de la qualité des relations. Il existe peu de lieux d'échange et de construction de ces partenariats. Les conseils locaux de santé mentale ont vocation à jouer ce rôle<sup>83</sup>. Leur action est cependant triplement incomplète : beaucoup de territoires ne sont pas couverts, ils ne regroupent pas tous les acteurs (la psychiatrie libérale ou des cliniques ne sont qu'exceptionnellement associées), ils ne permettent parfois qu'une meilleure interconnaissance des acteurs, sans toujours entraîner la mise en œuvre de véritables partenariats autour d'actions conduites en commun (même si des progrès concernant le logement sont souvent cités). Les commissions de cas complexes, qui permettent la coordination autour de situations individuelles, sont aussi des exemples à souligner.

L'établissement de partenariats revêt une dimension spécifique pour la psychiatrie qui, par l'héritage de l'aliénisme, peut avoir tendance à prendre en charge l'ensemble des besoins du patient, pas seulement sanitaires mais également sociaux et culturels. Ainsi, face à l'absence de partenaires ou à la difficulté des articulations à mettre en place, certaines structures de soins ont aussi pris en charge elles-mêmes des interventions éloignées du soin et organisent l'hébergement de leurs patients (souvent à travers des associations) et d'autres aspects sociaux ou culturels de leur vie. Sans nier la contribution de ces interventions à la bonne santé mentale, on peut se demander si elles sont toujours réellement thérapeutiques et ne seraient pas tout autant bénéfiques au patient assurées par des partenaires de la psychiatrie. Par exemple, la prise des repas en commun peut constituer un travail sur la sociabilité, tout comme les ateliers socio-esthétiques contribuent à l'estime de soi, mais ils pourraient sans doute être aussi efficaces en dehors des structures sanitaires, dans bien des cas.

### 3.2 Les acteurs du soin peinent à établir des relations avec les généralistes même s'il existe des expériences innovantes, dont la pérennité n'est pas assurée

Les médecins généralistes prennent en charge une part importante des soins psychiatriques<sup>84</sup>. 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.).

Or, les acteurs du dispositif de soins psychiatriques regrettent unanimement leurs difficultés à travailler avec les généralistes et réciproquement. Des travaux montrent que les généralistes jugent que la psychiatrie est peu disponible (délais d'obtention de rendez-vous, absence de retour au médecin adresseur notamment)<sup>85</sup>. La mission n'a pas eu connaissance de travaux expliquant les

<sup>83</sup> Cf.annexe 11 sur les conseils locaux de santé mentale.

<sup>84</sup> A titre d'illustration, en 2016, les honoraires totaux des psychiatres (777M€) étaient équivalents aux honoraires de généralistes remboursés au titre de la psychiatrie (774M€).

<sup>85</sup> Selon une étude de la DREES (Etudes et Résultats N°810 de septembre 2012) deux tiers des généralistes « déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients ». Selon cette étude, 6 % des généralistes déclarent ne pas adresser leurs patients dépressifs au CMP pour plusieurs raisons : du fait des délais d'obtention d'un rendez-vous

difficultés des psychiatres à travailler avec les généralistes mais les interlocuteurs de la mission ont souvent pointé leur indisponibilité et leurs connaissances insuffisantes en psychiatrie. Dans certains territoires, c'est surtout l'absence de médecins généralistes qui pose problème (un tiers des patients du CH de Dreux n'a pas de médecin traitant).

Ainsi, les relations sont souvent distendues et se résument à des envois de courriers (pour adresser le patient vers le CMP, à la fin d'une hospitalisation). Certains services de psychiatrie font un retour systématique au médecin traitant (pour toute prise en charge) et essaient de faire de lui le prescripteur des médicaments. D'autres communiquent auprès des médecins des numéros d'appel. Généralement, les réunions organisées par la psychiatrie de secteur à destination des généralistes connaissent une faible affluence. La mission a relevé l'exemple de réseaux de généralistes qui invitaient les psychiatres à intervenir dans leurs réunions, ce qui semble produire de meilleurs effets.

La mission a également eu connaissance de quelques dispositifs plus structurés :

- A Lyon, au CH du Vinatier, un des pôles de l'établissement a mis en place un dispositif appelé CORESO qui permet de faire un bilan des problèmes de santé somatiques des patients et de les accompagner vers une prise en charge par la médecine générale libérale (cf. monographie 2) ;
- A Toulouse, le CH Gérard Marchant, le CHU et l'URPS ont mis en place un dispositif de soins psychiatrique partagé (DSPP)<sup>86</sup>. Il s'agit d'une plateforme qui permet à la psychiatrie (médecins des hôpitaux, libéraux, psychologue et infirmiers) de répondre aux demandes d'avis des médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge de leurs patients. Une permanence téléphonique est assurée tous les jours de la semaine et le patient peut également être reçu en consultation pour une évaluation. L'objectif est de faire en sorte que le médecin généraliste puisse poursuivre sa prise en charge. Il s'agit d'un dispositif « apprenant » (transferts de compétences psychiatriques au généraliste). Ce dispositif expérimental (débuté en février 2017) est financé par le FIR et par la facturation de consultations (3C de l'heure). En l'absence de procédure expérimentale claire et de financement permanent, sa pérennité n'est pas garantie.

### 3.3 La qualité des relations avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux dépend de l'accord qui peut être trouvé sur les limites de leurs interventions respectives

Les relations entre psychiatrie et établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)<sup>87</sup> s'articulent autour de deux problématiques :

- pour la psychiatrie, la recherche de solutions d'aval pour ses patients ;
- pour les ESSMS, l'accès aux soins psychiatriques pour leurs résidents ou bénéficiaires – notamment quand ils estiment ne plus être en mesure de prendre en charge la personne.

---

(66 %), de l'absence de retour d'information quand le patient est pris en charge par un CMP (59 %), le manque de collaboration avec le CMP (57 %), la réticence des patients à s'y rendre (47 %).

<sup>86</sup> Un DSPP existe aussi au pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil. Et un dispositif similaire a été mis en place par le réseau Sud Yvelines.

<sup>87</sup> Sont visés ici principalement les EHPAD, établissements accueillant des personnes avec un handicap psychique, CHRS, mais aussi d'autres structures : à titre d'exemple, la mission a rencontré une équipe intervenant auprès des missions locales (cf. monographie Armantières).

Au-delà du besoin de fluidité et du manque de disponibilité (trouver une place, obtenir un avis psychiatrique, voire une hospitalisation en urgence), se pose la question sous-jacente de savoir quelle est la prise en charge la plus adaptée et qui peut le déterminer.

Ainsi, la psychiatrie juge parfois que les ESSMS lui adressent des demandes d'intervention excessives. Les secteurs de psychiatrie sont pressés d'intervenir, pour une consultation ou une hospitalisation, dès que ces établissements ne parviennent plus à jouer leur rôle, et – selon les interlocuteurs de la mission – leur seuil de tolérance va en s'abaissant. En miroir, les ESSMS hésitent à prendre en charge des patients psychiatriques redoutant de ne pas trouver l'appui médical nécessaire lorsqu'ils en ressentiront le besoin.

La pratique habituelle est bien que les équipes du secteur interviennent auprès des patients hébergés dans des ESSMS. Parfois l'équipe de psychiatrie pouvant intervenir est bien identifiée, notamment lorsqu'il existe une équipe mobile dédiée, et ne se pose alors que la question de sa disponibilité. Parfois, les ESSMS peinent à trouver le bon interlocuteur ou ont affaire à plusieurs interlocuteurs pour leurs différents résidents (secteur où est localisé l'établissement ou secteurs qui suivaient le patient avant qu'il ne soit hébergé). Du point de vue des ESSMS, la psychiatrie n'intervient finalement qu'en cas de crise – souvent à travers le dispositif d'urgence.

Face à ces difficultés, certains établissements ont choisi de dédier des moyens à ce rôle de soutien à leurs partenaires. Cela peut passer par :

- Des relations institutionnalisées : des infirmiers passent une journée par mois dans chaque EHPAD pour faire le point sur leurs patients en résidence. Tous les deux ou trois mois, une réunion est organisée avec tous les EHPAD du secteur (20 établissements) pour faire le point sur les difficultés rencontrées. Des visites de pré-admissions dans les ESSMS sont réalisées par le médecin avant que le patient n'y soit résident (cf. monographie 2 sur le CH du Vinatier).
- Des équipes dédiées :
  - une unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) de pédopsychiatrie, qui intervient auprès des partenaires (éducation nationale notamment et structures médico-sociales) pour les aider à prendre en charge la situation difficile de certains enfants ou adolescents, mais qui n'intervient pas directement auprès des patients auprès desquels une autre équipe mobile peut être mobilisée (cf. monographie 6 sur trois établissements de Toulouse) ;
  - une équipe mobile de pédopsychiatrie qui travaille spécifiquement avec l'aide sociale à l'enfance : elle intervient auprès des adolescents accueillis dans des foyers et auprès des jeunes mères admises avec leurs enfants en foyers d'urgence ou d'hébergement (cf. monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice).
- Un fonctionnement intégré :
  - création d'équipe conjointe composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers qui prennent en charge les résidents d'un CHRS (cf. monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice) ;
  - recrutements de psychiatres par un GCSMS réunissant établissement de santé et ESSMS, ce qui facilite l'accès de ces derniers à des compétences spécifiques (psychomotricien, psychologue) mais aussi le transfert de compétences (développé en Nouvelle Aquitaine).

Parfois des conventions prévoient que les ESSMS réservent une partie de leurs places aux patients d'un secteur ou d'un établissement, en échange de l'intervention de celui-ci dans ses locaux.



Evidemment, la présence de psychiatres dans les ESSMS (plus encore quant ils partagent leur temps entre ESSMS et établissement de santé) ou, plus encore, le fait que ces ESSMS fassent partie d'un établissement de santé<sup>88</sup> ou du même groupe privé facilitent les relations.

## 4 UN BESOIN D'ÉVALUATION AUSSI IMPÉRIEUX QUE NON SATISFAIT

Les établissements ont, dans bien des cas, élaboré des démarches pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Pour autant la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée.

### 4.1 Les différences de pratiques doivent pouvoir être expliquées, leurs résultats évalués

Les différences de prise en charge sont très importantes d'un établissement à l'autre (différences d'équipements rapportés à la population, différences de recours aux soins, différences du taux de patients traités sans leur consentement selon les départements, différences de pratiques sur le recours à l'isolement, sur la place donnée à l'hospitalisation, sur les modalités d'intervention à domicile...). Or il existe peu d'évaluation de pratiques ou de l'organisation et du fonctionnement des dispositifs sectoriels pour expliquer ces différences.

De nombreux acteurs mettent en place des innovations – qualifiées souvent à tort d'expérimentations dans la mesure où aucune évaluation n'est réalisée. Le rapport de Michel Laforcade de 2016 en a dressé une longue liste. Ces innovations sont, le plus souvent, financées par le FIR (fonds d'intervention régional), sans faire l'objet d'évaluations dont les résultats permettraient de décider de leur pérennisation voire de leur généralisation. Elles restent le plus souvent locales, sans suivi national qui permettrait d'organiser leur diffusion. Ainsi, nombre de ces innovations, *a priori* intéressantes, pourraient n'avoir aucune suite.

### 4.2 Les efforts pour développer l'évaluation des organisations et des pratiques sont insuffisants

L'évaluation des organisations et des pratiques est peu développée en psychiatrie. Au-delà de la dispersion des systèmes d'information non spécifique à la psychiatrie et à laquelle le système national des données de santé répondra au moins en partie, **l'évaluation des organisations et des pratiques souffre encore d'un manque de légitimité culturelle et d'un déficit d'investissement dans la recherche.**

Ainsi, Michel Laforcade, dans son rapport relatif à la santé mentale, indique que : « l'investissement dans ce domaine est encore très faible et représente 2 % de toute la recherche médicale, 1 % de la dépense annuelle en psychotropes, 0,3 % de la dépense annuelle en hospitalisation ». La recherche clinique en psychiatrie est également marginale : « Les crédits de recherche réservés à la psychiatrie s'élèvent à seulement environ 2 ou 3 % (11 % aux USA et 7 % en Grande Bretagne) ». La recherche clinique est portée par les praticiens hospitalo-universitaires, qui ne suivent que 10 % des patients, alors même que figure parmi les missions du secteur la participation à des programmes de recherche et à l'évaluation des pratiques professionnelles.

---

<sup>88</sup> Ce cas n'est pas rare, à titre d'exemple, le CH de Bonneval (Eure-et-Loir) compte des foyers, un EHPAD, un ESAT et un FAM.

Pourtant, différentes **structures interviennent dans le champ général de l'évaluation et de la recherche en psychiatrie et en santé mentale** :

- La **HAS** dispose d'une commission psychiatrie et santé mentale. Elle a formulé quelques recommandations dont une concernant l'« isolement et contention en psychiatrie générale », en février 2017<sup>89</sup>.
- Le **centre de preuve en psychiatrie et santé mentale**<sup>90</sup> a pour but l'analyse critique de la littérature de façon à dégager des bonnes pratiques et à accompagner leur appropriation par les acteurs. Alors que la HAS formule des recommandations sur les pratiques de soin, le centre de preuve a vocation à en formuler sur les organisations<sup>91</sup>.
- **FondaMental** est une fondation de coopération scientifique créée en 2007. Elle a une mission de soins, de recherche et de formation consacrée à la santé mentale. Son activité de recherche est principalement clinique. Elle s'appuie sur un réseau de 43 centres experts<sup>92</sup> répartis sur 17 CHU. Elle conduit une forte activité de publications internationales.
- Le **CCOMS** (centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale) a notamment pour objectif le développement de la santé communautaire (via des expérimentations telles que les pairs aidants ou l'appui à la mise en place de CLSM).
- Le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et la Conférence des Présidents de CME de CHS ont initié une **coordination nationale de la recherche en psychiatrie – santé mentale**<sup>93</sup> qui coordonne des dispositifs régionaux<sup>94</sup> associant des établissements publics et privés, universitaires et non universitaires, servant généralement de lieux d'échanges sur les pratiques, voire permettant des études évaluatives. En lien avec cette coordination, des groupes de recherche en soins infirmiers ont été constitués dans plusieurs régions.
- L'**observatoire national du suicide** qui va devenir l'observatoire du suicide et de la santé mentale. Il est porté par la mission recherche de la DREES et a un rôle d'harmonisation des données, d'identification de thèmes de recherche pertinents et de production de recommandations dans le champ de la prévention du suicide. Il est prévu qu'il fournisse des données au CLSM.
- Un **observatoire de l'isolement et la contention** devrait être institué avant la fin de l'année 2017 au sein du COPIL psy. Ses missions et son fonctionnement ne sont pas précisées.

---

<sup>89</sup> D'autres recommandations récentes ont porté sur l'amélioration de la prise en charge somatique, les courriers entre psychiatres et généralistes.

<sup>90</sup> Il existe un centre de preuve par discipline médicale. Celui concernant la psychiatrie la santé mentale relève d'une convention entre la HAS et l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

<sup>91</sup> Le centre de preuve a notamment publié, en 2015, un rapport intitulé *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Un autre rapport est en préparation pour 2018.

<sup>92</sup> Quatre types de centres experts spécialisés : les troubles bipolaires, la schizophrénie, la dépression résistante, l'autisme Asperger.

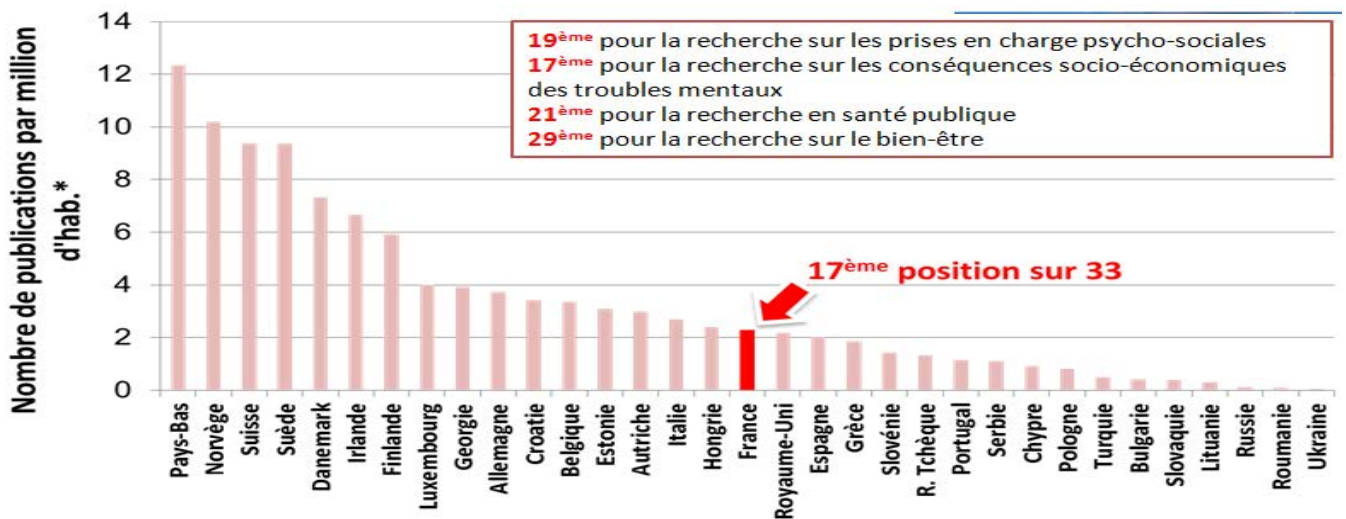
<sup>93</sup> La DGS finance un temps de secrétariat.

<sup>94</sup> Les Dispositifs Territoriaux de Recherche et de Formation en psychiatrie (DTRF) sont issus d'un projet initié par le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et la Conférence des Présidents de CME de CHS. Ils ont pour but de créer un partenariat de recherche et de formation entre des établissements de santé, de formation et de recherche, Il existe actuellement une dizaine de DTRF sur le territoire national. Par exemple, en 2015 a été créée une fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale dans la région Midi-Pyrénées (FERREPsy - Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Midi-Pyrénées). Elle compte aujourd'hui 21 membres issus du secteur public et privé et entend développer des activités de recherche en santé mentale.

A ces structures, s'ajoutent **les financements de la recherche par l'Etat** : comme pour les autres domaines de la santé, la part financée par les pouvoirs publics est partagée entre les programmes du ministère de la recherche (ANR notamment) et celles du ministère de la santé<sup>95</sup> : via le **PHRC** (programme hospitalier de recherche clinique, piloté par la DGOS), la **DREES** et l'**IRESP** (Institut de Recherche en Santé Publique – groupement d'intérêt scientifique, dont le DGS préside le comité directeur). Parmi ces financements, aucun n'est fléché vers la psychiatrie ou la santé mentale.

La mission n'a pas procédé à un inventaire complet des opérateurs en matière de recherche portant sur la santé mentale mais toutes ces activités de recherche ou d'évaluation, exigeant un fort engagement de ceux qui les portent, malgré la qualité et le nombre des travaux réalisés, sont loin de permettre à la France de combler son retard dans le domaine de la recherche en santé mentale par rapport aux autres pays du monde, et pas seulement anglo-saxon<sup>96</sup>.

Graphique 1 : Place de la France dans la recherche en psychiatrie à partir du nombre de publications



\*la distribution des publications par pays a été estimée sur un échantillon de publications européennes entre 2007 et 2011 et non sur l'ensemble des publications pour ce champ de recherche

Source : Données transmises à la mission par la fondation Fondamental, issue d'une enquête internationale sur la recherche en santé mentale (ROAMER).

<sup>95</sup>On peut aussi noter que des travaux de recherche sur l'hospitalisation sans consentement ont été commandés à l'IRDES par le ministère.

<sup>96</sup> En 2011, la France a consacré à la recherche en santé mentale 4,1 % du total des budgets recherche en santé, quand le Royaume-Uni en consacrait 7 %, l'Espagne 5,6 % et la Finlande 9,7 % (données transmises par Fondamental à la mission, à partir de l'étude ROAMER).

### **III. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION**

Le dispositif de soins psychiatriques a beaucoup évolué depuis 1960 et la politique de secteur a porté ses fruits. Parfois les transformations peuvent paraître trop lentes. Les expériences les plus abouties en France de psychiatrie dans la communauté ont exigé patience et longueur de temps, des dizaines d'années. On ne change pas brutalement les pratiques soignantes, les regards de la population sur la maladie mentale, les logiques d'action de tous ceux qui doivent concourir à la prévention des troubles psychiatriques et au rétablissement de ceux qui en souffrent. Aller plus loin et partout dans la réduction de la place prise par l'hospitalisation, intervenir davantage dans la communauté, donner plus d'emprise à l'utilisateur dans l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins, mieux articuler les soins avec l'accompagnement médico-social et l'action sociale, sont bien sûr des progrès toujours à rechercher. La conception de la maladie mentale et de sa prise en charge à partir de laquelle s'est définie la politique de secteur n'a pas été modifiée, et aucune découverte scientifique majeure en psychiatrie n'est survenue. Il ne s'agit donc pas de refondre une politique publique de soins psychiatriques mais de lui donner un nouvel élan afin d'assurer un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

#### **1 FIXER UN CADRE CLAIR D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES PERMETTANT L'EXERCICE DE SES MISSIONS**

Le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, public et privé, hospitalier et ambulatoire, est au service de la politique de santé mentale définie par la loi du 27 janvier 2016. Celle-ci précise de façon plus détaillée la mission et les objectifs principaux d'une partie de ce dispositif, la psychiatrie de secteur. Cependant, ne sont pas clairement identifiées les fonctions à exercer pour la mettre en œuvre, avec leurs organisations correspondantes. Cette situation ne facilite pas la définition d'une stratégie claire de développement des dispositifs permettant d'assurer ces fonctions, et la détermination des moyens relatifs à leur consacrer.

Un cadre général d'organisation du dispositif de soins, dans son ensemble, est à définir, avec deux grands objectifs :

- se doter des moyens de gérer le conflit des limites abordé dans la première partie du rapport, afin de rendre pertinente l'intervention psychiatrique ;
- identifier les manques, les insuffisances dans la mise en œuvre des fonctions à assurer par l'offre de soins, pour guider les stratégies des acteurs de santé et de l'ARS visant à améliorer la réponse aux besoins.

Pour mener à bien la mission qui lui est confiée au service de la politique de santé mentale, l'offre de soins publique et privée, destinée aux enfants et aux adultes, doit exercer quatre grandes fonctions : de soins, d'urgence, de soutien partenarial, d'action inter-partenariale.

Le contenu de ces fonctions se retrouve peu ou prou dans les textes réglementaires et les circulaires déterminant la politique publique. La mission a procédé à un travail de formalisation et de structuration de ces fonctions. Elle livre ici un outil devant permettre tant au régulateur (ARS) qu'aux offreurs de soins de guider l'évolution du dispositif de soins psychiatriques. A chacune de ces fonctions doit correspondre un dispositif organisationnel, fait d'une coordination structurée et de moyens d'intervention, et un territoire de mise en œuvre. Toutes les composantes du dispositif de soins psychiatriques, publiques et privées, doivent concourir, selon des modalités différentes, à l'exercice de ces grandes fonctions.

➤ **La fonction de soins**

○ *Ses objectifs :*

Les objectifs correspondant à l'exercice de cette fonction de soins sont définis par la loi du 27 janvier 2016 pour les établissements et services chargés de la mission de psychiatrie de secteur<sup>97</sup>. De fait, le dispositif de soins non sectorisé concourt aussi, selon des modalités pratiques différentes, à la poursuite de tels objectifs, sans que la loi ne le spécifie. C'est l'ensemble du dispositif de soins qui apporte des prises en charge de proximité, plus ou moins relative, dans le cadre du parcours suivi par des patients souffrant de pathologies chroniques. Cette fonction de soins doit donc s'exercer en utilisant les complémentarités possibles entre toutes les composantes de l'offre, publiques ou privées, hospitalières ou ambulatoires.

○ *Le dispositif organisationnel : des moyens d'intervention et une coordination structurée*

Pour remplir la fonction de soins, le dispositif de soins doit offrir une palette de soins et un dispositif organisationnel, permettant d'assurer la pertinence du traitement apporté à chaque patient et sa continuité, qu'on peut intituler « plateforme de coordination des soins ».

---

<sup>97</sup> Le dispositif de psychiatrie de secteur doit assurer : un recours de proximité ; une accessibilité territoriale et financière ; la continuité des soins (article L. 3221-3 du code de la santé publique).

**Encadré 1 : Précisions relatives au fonctionnement du dispositif organisationnel concernant la fonction de soins**

*La palette de soins* composant l'offre psychiatrique publique et privée, faite de différentes structures et types de prises en charge, hospitaliers et ambulatoires, relevant d'approches théoriques parfois différentes, est à concevoir de façon à répondre à des besoins à des échelles territoriales variables, allant du secteur de proximité à la région, voire au-delà pour les cliniques privées.

Cependant, le dispositif de soins doit aussi être organisé de façon à apporter des réponses « *polyvalentes* » dans la proximité.

Une « *plateforme de coordination des soins* » est nécessaire pour que chaque patient puisse bénéficier de la palette de soins de façon à assurer la pertinence de son traitement et sa continuité. Il convient pour cela, à partir de l'équipe médicale responsable de la prise en charge globale, d'organiser :

- une concertation entre soignants pour décider de la meilleure orientation de la prise en charge ;
- la coordination des divers intervenants ;
- le suivi du projet de soins, de manière à l'adapter en permanence en fonction de l'évolution du patient.

Cette organisation est classiquement celle mise en place dans les secteurs sous la forme de réunions de service périodiques et de réunions de synthèse. Elle prend une forme d'autant plus élaborée, s'appuyant sur des moyens de communication à distance, que le dispositif sectoriel est très dispersé dans la communauté<sup>98</sup>. Elle doit pouvoir s'ouvrir à des acteurs extérieurs au secteur (notamment privés), de façon partielle ou permanente, dès lors qu'il est souhaitable de les associer à la concertation autour de la prise en charge d'un patient et qu'ils réalisent une part du projet de soins<sup>99</sup>. Alors, le terme de « *plate-forme de coordination des soins* » lui correspond mieux. Il est aujourd'hui d'autant plus facile de structurer de telles coordinations du soin qu'elles peuvent s'appuyer sur des dispositifs de visioconférence évitant les déplacements. De telles plates formes peuvent servir de support à des réunions de concertation professionnelle (RCP), associant le représentant d'un centre expert.

Source : *mission*

○ *Le territoire de mise en œuvre :*

La palette de soins et ses composantes sont à positionner par rapport à des territoires à géométrie variable. En effet, une part de l'offre doit être de proximité, une autre plus spécialisée peut répondre aux besoins d'un large territoire.

En revanche, la « *plate-forme de coordination des soins* » est à organiser au niveau de l'espace des soins de proximité. Pour le dispositif sectorisé, il s'agit du pôle hospitalier chargé de service public, assurant une obligation de réponse sur un territoire sectoriel de proximité. C'est aussi à cette échelle territoriale que doit s'organiser la réponse sectorielle « *polyvalente* ».

Dès lors que le dispositif non sectorisé développera une offre de soins diversifiés, ou organisera l'accès de ses patients au dispositif sectorisé, il peut être utile d'organiser pour les patients qu'il prend en charge une telle coordination, ou de s'associer en fonction des besoins à la plate forme structurée par le pôle hospitalier.

<sup>98</sup> Voir l'exemple du pôle 59G21 (monographie 1).

<sup>99</sup> Si bien des spécialités médicales pourraient s'inspirer de l'exemple de la psychiatrie dans la territorialisation des prises en charge et la gestion de la continuité du projet de soins, la psychiatrie pourrait tout autant s'inspirer de l'exemple de la lutte contre le cancer qui a su développer, avec ses consultations avancées, une forme de coordination publique et privée permettant une concertation pluri-professionnelle avant la prise de décision et le suivi du projet de soins.

➤ **La fonction d'urgence**

○ *Ses objectifs :*

La psychiatrie doit pouvoir délivrer des soins en urgence. Elle participe donc au fonctionnement des urgences médicales, au sein des établissements de santé. Cela exige d'organiser une permanence des soins et l'orientation du patient en post-urgence. Cela devrait impliquer aussi bien le dispositif public que le privé, d'une part parce que l'exercice de la fonction d'urgence intéresse forcément l'ensemble de l'offre de soins, et, d'autre part, parce que se posent des problèmes de démographie médicale en psychiatrie sur certains territoires.

Elle doit aussi pouvoir intervenir auprès des patients à l'extérieur de l'hôpital. Or, les urgences au domicile du patient sont en général mal prises en charge. Au-delà des clarifications nécessaires pour définir les relations à organiser entre tous les acteurs de l'urgence (SAMU, police, pompiers), il faut pouvoir développer des dispositifs psychiatriques intervenant à domicile dans les situations de crise, d'autant plus que se pratiquent des soins contraints en ambulatoire.

○ *Le dispositif organisationnel : des moyens d'intervention et une coordination structurée*

Interventions psychiatriques au sein du service des urgences, unités d'hospitalisation de courte durée, centres de crises, équipes mobile d'intervention à domicile dans les situations de crise<sup>100</sup>, constituent les moyens d'exercer cette fonction d'urgence à laquelle doivent participer les dispositifs publics et privés.

Pour faciliter la coordination des implications des intervenants psychiatriques et l'orientation des patients en post-urgence, une « *plate-forme d'urgences psychiatriques* » est nécessaire. Un exemple de plateforme existe à Toulouse où a été mis en place un dispositif d'information et d'orientation des patients en post-urgence (CIR), constitué avec des moyens du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et du CHU – dans les locaux duquel sont situées les urgences – et dans lequel sont impliquées deux cliniques privées à but lucratif. Par ailleurs, les psychiatres du CH spécialisé en psychiatrie et du CHU participent à la permanence des soins psychiatriques au service des urgences.

○ *Le territoire :*

Le territoire est celui qui correspond à la zone d'attraction d'un service d'urgence hospitalier.

➤ **La fonction de soutien partenariale**

○ *Ses objectifs :*

L'organisation d'espaces de contact, de dialogue entre la psychiatrie et ses différents partenaires relevant du sanitaire (notamment les généralistes), du médico-social, du social, de l'éducatif, du judiciaire..., doit permettre :

- d'examiner collectivement la pertinence d'une intervention psychiatrique ;
- d'aider un partenaire à exercer ses propres missions, et à gérer lui-même une situation complexe et perturbante pour son fonctionnement ;
- d'évaluer la situation clinique d'une personne et l'orienter éventuellement vers la prise en charge sociale et/ou médicale nécessaire, voire lui apporter les soins nécessaires.

---

<sup>100</sup> Exemple de l'Equipe rapide d'intervention de crise (groupe urgence ERIC) dans les Yvelines (CH Charcot).

Il s'agit de se donner les moyens de remédier à cette double insatisfaction, des partenaires de la psychiatrie se plaignant de la faiblesse de son soutien, et de la psychiatrie se plaignant d'être sollicitée à tort.

- *Le dispositif opérationnel : une organisation du contact partenarial et des moyens d'intervention*

De nombreux dispositifs différents peuvent faciliter le contact et le dialogue entre la psychiatrie et ses partenaires. Ce dialogue permet de bien expliciter la demande s'adressant à la psychiatrie, d'identifier les difficultés rencontrées par un partenaire, et d'apprécier la pertinence d'une intervention psychiatrique. Il peut prendre la forme d'une permanence téléphonique, ou de réunions périodiques, éventuellement sous la forme de visioconférences. Ces dispositifs sont dotés de moyens d'intervention auprès du partenaire lui-même, ou auprès des personnes présentant des troubles. Ils sont différents selon les partenaires qu'ils concernent : établissements sociaux et médico-sociaux, médecins généralistes...

L'organisation de ces contacts entre psychiatrie et partenaires peut impliquer le dispositif sectorisé et non sectorisé de la psychiatrie<sup>101</sup>. C'est pourquoi il serait souhaitable d'employer le terme de « *plate-forme de contact partenarial* » pour l'identifier. La constitution de la CPT peut être le cadre permettant d'organiser de tels dispositifs de contact et de dialogue.

Plate-forme de contact partenarial et moyens d'intervention peuvent être, dans bien des cas, des fonctions exercées par une même équipe naturellement<sup>102</sup>.

#### Encadré 2 : Exemples de dispositifs d'intervention en soutien partenarial

Quelques exemples permettent de mieux comprendre les différents dispositifs pouvant exister :

- *l'unité mobile de soutien et d'évaluation portée par la pédopsychiatrie du CH Gérard Marchant à Toulouse* intervient auprès des partenaires, notamment l'Education nationale, pour l'aider à gérer des situations complexes ;
- *les réunions régulières entre psychiatres et médecins généralistes organisées dans le cadre de l'ASM 13 à Paris* permettent également de soutenir les généralistes dans la prise en charge de leur patient ;
- *les équipes mobiles intervenant au sein des EHPAD* permettent d'évaluer les résidents et d'adapter, si nécessaire, leur prise en charge ;
- *le DSPP (dispositif de soins partagés en psychiatrie) de Toulouse* est une permanence téléphonique permettant de répondre aux questions des généralistes, de discuter avec eux des difficultés auxquelles ils sont confrontés, de les aider à prendre eux-mêmes en charge le patient qu'ils envisageaient d'adresser en psychiatrie (dispositif apprenant), ou de proposer une consultation pour évaluer la situation clinique de la personne et l'orienter, éventuellement, vers des soins spécialisés (voir la monographie 6 sur trois établissements de Toulouse). Il associe, dans son fonctionnement des psychiatres du CHU, du CH spécialisé en psychiatrie et des libéraux.

Source : *Mission*

<sup>101</sup> C'est le cas du DSSP à Toulouse, cf. encadré

<sup>102</sup> Comme c'est le cas avec l'équipe de liaison du réseau sud-Yvelines.



○ *Le territoire :*

Cette fonction est à structurer au niveau du territoire de santé mentale. Elle peut ensuite prévoir des dispositifs organisés par rapport à des échelles territoriales différentes, selon les contextes locaux et les partenaires concernés : le pôle-secteur éventuellement, le plus souvent la zone de responsabilité d'un établissement de santé<sup>103</sup> ou le territoire de santé mentale<sup>104</sup>.

➤ **La fonction d'action inter-partenariale**

○ *Ses objectifs :*

Cette fonction s'exerce dans les domaines de la prévention et de la réinsertion-réadaptation. Les actions relevant de cette fonction impliquent la psychiatrie publique et privée au même titre que d'autres partenaires. Ce sont des actions inter-partenariales qui ne sont pas forcément organisées par la psychiatrie, mais auxquelles celle-ci participe.

○ *Le dispositif opérationnel : une coordination organisée et des actions conjointes*

Le Conseil local de santé, ou de santé mentale, et ses sous-commissions, peut constituer la « *plate-forme d'action inter-partenariale* » qui va permettre d'identifier les actions nécessaires et leur mise en œuvre dans le cadre de contrats locaux de santé par exemple. Elles porteront sur la prévention et la promotion de la santé mentale, sur la réinsertion-réadaptation.

La CPT peut aussi servir de cadre à la structuration de cette fonction d'action inter-partenariale.

Sur le plan des moyens d'action dans le domaine de la réinsertion-réadaptation, le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale<sup>105</sup> préconise la mise en place d'un « *case management* », une « *plate-forme territoriale des équipes sociales* », qui serait, en quelque sorte, le pendant social de l'équipe de secteur et qui, collaborant étroitement avec elle, assurerait, dès le début de la prise en charge des patients, l'accompagnement social de proximité nécessaire en faveur de leur rétablissement.

○ *Le territoire :*

Pour exercer cette fonction d'action inter-partenariale, le plus efficace est de laisser les logiques et ententes locales déterminer le territoire le plus pertinent. Ce pourrait être le secteur ou le territoire de santé, mais le plus souvent ce sera la commune ou l'intercommunalité.

---

<sup>103</sup> Coordonnateur social pour tous les pôles du CH Gérard Marchant à Toulouse.

<sup>104</sup> C'est le cas pour l'équipe de liaison du réseau Sud Yvelines.

<sup>105</sup> Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale. Marie-Christine HARDY-BAYLE. 10 septembre 2015.

Tableau 1 : Récapitulatif des fonctions du dispositif de soins psychiatriques, de leurs dispositifs organisationnels et de leurs territoires d'application

Fonctions	Dispositifs organisationnels		Territoire(s)
	Plate-forme de coordination	Moyens d'intervention	
Fonction de soins	Plate-forme de coordination des soins (à l'échelle du pôle pour le dispositif sectorisé)	Dispositif de réponse polyvalent aux besoins dans la proximité  Palette de soins hospitaliers et ambulatoires  Dispositifs d'évaluation et centres experts	Le Pôle et territoires à géométrie variable
Fonction d'urgence	Plate-forme d'urgences psychiatriques	Permanence des soins psychiatriques  Unité d'hospitalisation de courte durée  Centre de crise  Equipe mobile  Orientation en post-urgence	Le territoire d'attraction du service d'urgence hospitalier
Fonction de soutien partenarial	Plate-forme de contact partenariale (à l'échelle du territoire de santé ou du pôle)	Equipe mobile, selon les partenaires, orientée pour aider le partenaire à mener à bien ses missions  Equipe mobile pour évaluer situation clinique et orienter éventuellement vers des soins, voire délivrer des soins	Pôle (parfois)  Zone territoriale de l'établissement (le plus souvent)  Territoire de santé (le plus souvent)
Fonction d'action inter-partenariale	Conseil local de santé ou CLSM, ou CPT.	Actions de prévention et de réinsertion-réadaptation en vue du rétablissement de la personne  Activités coordonnées entre équipe psychiatrique et plate-forme territoriale des équipes sociales	La commune ou les inter-communes pour les conseils locaux de santé  Le territoire de santé pour la CPT

Source : Mission

Ce tableau pourra servir de grille de lecture d'un dispositif de soins psychiatriques public et privé territorialisé, pour situer et guider son développement par rapport à l'exercice de ces fonctions lui permettant de remplir sa mission au service de la politique de santé mentale. **Il devient possible de mettre en regard de ces différentes fonctions, les moyens financiers mobilisés pour permettre leur exercice, provenant de la DAF et de l'OQN.**

Cet outil pourra être utilisé par les ARS pour orienter le dispositif de soins, tant public que privé. Il doit contribuer à la réduction des inégalités entre territoires – en s’assurant que toutes les fonctions sont bien assurées partout – et à la complémentarité des dispositifs publics et privé.

Ce cadre d’organisation pourrait être défini par une circulaire. Vu l’importance de son effet structurant sur le dispositif de soins psychiatriques, il serait préférable de le formaliser par un texte réglementaire, notamment pour fonder juridiquement les exigences que l’ARS pourrait avoir vis-à-vis des offreurs de soins pour qu’ils exercent ou participent à l’exercice de ces fonctions (ce point est décliné *infra* par la mise en place de conditions techniques aux autorisations).

**Recommandation n°1 : Définir, par un texte réglementaire, les fonctions qui doivent être exercées par le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, en obéissant à un principe de territorialisation des dispositifs opérationnels, afin de mettre en œuvre les missions fixées par la loi du 27 janvier 2016.**

## **2 ORGANISER UNE OFFRE DE SOINS OUVERTE AU PARTENARIAT, ANCRÉE AU SEIN DU GHT, DANS UN CADRE TERRITORIAL SIMPLIFIÉ**

Le dispositif de soins psychiatriques est riche de diversités. Diversité des soins possibles ; diversité des organisations et des formes de prise en charge sectorisées ou non sectorisées, publiques ou privées ; diversité des partenariats facilitant la réinsertion-réadaptation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, impliqués dans les actions de prévention. Cette diversité est un formidable avantage pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiatriques, si elle s’exprime dans le cadre d’une solidarité plus ou moins forte entre tous ceux qui la constituent.

Mais cela ne suffirait pas à améliorer la santé de la population si ce dispositif de soins psychiatriques n’était pas territorialisé, dans des conditions favorisant la proximité du soin et permettant un accès le plus équitable possible à des prises en charge de qualité.

### **2.1 Simplifier la construction territoriale de l’offre de santé mentale**

Depuis la loi du 27 janvier 2016, cinq outils d’organisation s’appliquent au dispositif de soins psychiatriques<sup>106</sup>. L’emploi de ces outils doit être articulé, c’est ce que demandent les textes qui les définissent. Leur enchevêtrement risque cependant de rendre la tâche difficile, d’autant plus que ces outils s’appliquent à des territoires aux découpages plus ou moins différents. Il faut donc simplifier le cadre territorial de mise en œuvre des outils d’organisation des soins psychiatriques, et plus largement de la santé mentale, et déterminer la méthode qui permettra leurs articulations, avec pour objectifs de :

- renforcer la cohérence générale de l’offre de soins et ses relations avec ses partenaires ;
- éviter les travaux redondants, la confusion des stratégies, l’éparpillement entre trop de lieux d’appartenance et les contradictions qui pourraient s’en suivre.

---

<sup>106</sup> Le PRS, le projet d’établissement, le projet médical partagé du GHT, la convention constitutive de la CPT, le projet territorial de santé mentale ; cf. annexe 6 outils de planification.

### 2.1.1 Définir trois niveaux territoriaux d'organisation de l'offre de santé mentale

Le dispositif de soins psychiatriques a, en quelque sorte, un pied dans le sanitaire et un pied dans le social et le médico-social. Soins et accompagnement en vue d'une réinsertion-réadaptation ne se séparent pas de façon tranchée, même s'il ne s'agit surtout pas de les confondre<sup>107</sup>. Aussi, la référence territoriale pertinente pour organiser l'offre de soins psychiatriques, permettant ensuite des coordinations faciles entre partenaires différents, est difficile à établir de façon incontestable. Les découpages territoriaux « sanitaires » (territoire de santé, territoire du GHT, secteurs) ne coïncident pas forcément avec les découpages territoriaux « sociaux » (département, circonscriptions d'action sociale, communes), pas plus qu'ils ne coïncident toujours avec d'autres découpages territoriaux qui concernent la psychiatrie, ceux de la justice, ceux des bassins d'emploi. Dans ces conditions, tout choix de référence territoriale pour organiser la psychiatrie fera l'objet de controverses. Il faut pourtant en faire un.

La psychiatrie appartient au dispositif de soins. Le plus logique est donc de l'organiser dans le cadre territorial de celui-ci. Elle a à nouer de nombreux partenariats et à inscrire son action dans le cadre d'une stratégie de santé mentale. Pour cela, elle devra travailler ses articulations avec des organisations qui se conçoivent en référence parfois à d'autres espaces territoriaux. Plus ces derniers seront différents des territoires sanitaires, plus ces articulations seront complexes à établir parce que multiples. Mais il serait utopique d'espérer parvenir à un découpage de territoires faits pour tous s'emboîter quand il s'agit de tant d'actions publiques qui se complètent, et qui se construisent aussi selon des logiques propres.

#### **La mission propose de retenir trois échelons d'organisation de l'offre de santé mentale :**

- **La région.** C'est le territoire de définition de la stratégie de réponse aux besoins de santé mentale de la population.

L'outil d'organisation de l'offre est, à ce niveau territorial, le projet régional de santé (PRS), élaboré par l'ARS dans le cadre d'un large partenariat, articulé avec les autres outils de définition de stratégies concourant à la santé de la population, portés par d'autres autorités publiques, notamment décentralisées.

- **Le territoire de santé.** Dans l'idéal, il devrait correspondre au territoire du GHT. C'est souvent le cas. Et, généralement, il correspond peu ou prou au département, avec des exceptions<sup>108</sup>. L'existence de ces exceptions ne devrait pas empêcher d'affirmer une règle générale. Elles peuvent se réduire pour certaines d'entre elles, et pour les autres être acceptées quand elles se justifient par la nécessité de prendre en compte des réalités locales particulières.

Pour organiser l'offre de soins psychiatriques et structurer le partenariat nécessaire, la mission propose donc de retenir le territoire du GHT, correspondant au territoire de santé, identique à celui de la CPT et au territoire de santé mentale.

---

<sup>107</sup> « Le fondamental qui s'est imposé, pour les patients présentant un trouble mental sévère et persistant, dans tous les pays étrangers de référence est celui d'un partenariat fort, à tous les temps et dès le début du parcours, entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du champ social ». Page 128 du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale déjà cité.

<sup>108</sup> Un grand département peut être divisé en deux (cas des Yvelines). Un territoire de santé peut mordre sur deux et plus rarement trois départements.

Selon les textes, le territoire de santé mentale doit être défini par les acteurs de santé mentale eux-mêmes qui, en quelque sorte, s'auto-constituent. Le directeur de l'ARS doit veiller à la cohérence de ce choix<sup>109</sup>. Il appartient donc au directeur de l'ARS de retenir les propositions qui feront coïncider territoire de santé mentale et territoire de santé.

Cette logique d'organisation territoriale peut s'appliquer progressivement, afin de laisser le temps de revenir sur certains choix qui ont déjà été faits<sup>110</sup>, ou de mieux apprécier les contraintes locales existantes.

- **Le secteur ou le pôle**, selon les organisations retenues localement<sup>111</sup>. C'est le territoire de mise en œuvre des soins de proximité par les acteurs du service public.

A l'heure actuelle, la région et le secteur/pôle sont des échelons déjà clairement définis. En revanche, il est nécessaire d'assurer la cohérence des outils utilisés à l'échelon intermédiaire, celui du territoire de santé :

- en constituant des CPT ayant le même périmètre que les GHT ;
- en définissant le territoire de santé mentale comme étant le territoire de santé ;
- en envisageant la redéfinition des GHT dont le territoire actuel ne correspond pas à celui du territoire de santé.

En particulier, la mise en cohérence des territoires des GHT et des CPT exige une disposition législative le précisant, et d'abroger le V. de l'article L. 6132-1 qui autorise le contraire et l'article D 6136-8 du code de la santé publique qui en prévoit l'application<sup>112</sup>.

Cette disposition générale sera d'application difficile, compte tenu de la configuration des GHT parfois retenue dans certaines régions. Il sera donc nécessaire, en affirmant ce principe, d'accepter une mise en œuvre progressive de cette disposition législative nouvelle.

Territoire du GHT et de la CPT doivent être les mêmes. Mais des exceptions doivent être acceptées qui, avec le temps, pourraient diminuer en reconsidérant la configuration de certains GHT.

Deux cas de figure peuvent se présenter pouvant conduire à des adaptations du principe général de coïncidence entre territoire du GHT et territoire de la CPT :

- le territoire du GHT peut être très large, parfois recouvrir plusieurs territoires de santé, et départements. La CPT pourrait alors être constituée de sous-ensembles organisant des partenariats locaux propres à tel ou tel établissement de santé constitutif du GHT ;
- l'aire de partenariat logique d'un établissement de psychiatrie peut déborder la stricte limite du territoire du GHT auquel il appartient. Pourrait alors être accepté que le territoire de la CPT lié à un GHT morde sur une partie du territoire d'un autre GHT, pour associer des acteurs médico-sociaux ou sociaux. Cela ne modifierait en rien le principe qui veut que tous les établissements publics membres d'une CPT soient dans le même GHT.

La CPT devient la construction du partenariat dont le dispositif de soins psychiatriques faisant partie d'un GHT a besoin avec le social, le médico-social, le monde associatif. Au sein d'une CPT, une association plus forte peut même se concevoir entre la partie psychiatrique du GHT et certains partenaires, notamment du médico-social. Ainsi pourraient se constituer au sein de la CPT des

<sup>109</sup> Article R. 3224-2 du code de la santé publique.

<sup>110</sup> Exemple de Paris où le territoire du GHT et celui de la CPT ne coïncident pas. Exemple de la CPT Alpes-Dauphiné.

<sup>111</sup> Cf. annexe 5 organisation des établissements de santé.

<sup>112</sup> Voir annexe 16 sur l'analyse des textes législatifs et réglementaires concernant les GHT et les CPT.

«groupements de coopération sanitaire et médicosociale» (GCSMS) permettant de mutualiser certains moyens ou équipements<sup>113</sup>.

### 2.1.2 Définir au niveau national une méthode d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale

Pour déterminer la stratégie locale de l'offre de santé mentale, il va falloir mettre en cohérence les résultats de l'application de cinq outils de planification, et pour cela en simplifier les conditions de mise en œuvre, sur le plan de la méthode d'élaboration et sur celui du processus de concertation, en échappant à une logique de construction trop linéaire.

Il faut définir les grands principes auxquels devront obéir l'élaboration et l'articulation de ces différents outils d'organisation sont ainsi que la méthode à suivre pour les appliquer.

#### ➤ **Les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale :** S'agissant de l'articulation PRS-PTSM

- les travaux sur les besoins réalisés pour préparer le PTSM doivent venir alimenter le diagnostic établi en vue de l'élaboration du PRS ;
- les orientations prises par le PRS doivent être respectées par les dispositions du PTSM ;
- l'avis local sur le PTSM doit être rendu par la sous-commission santé mentale de la conférence territoriale de santé<sup>114</sup> ;

Pour la bonne réalisation de ces travaux, les dispositions suivantes doivent être prises :

- la sous-commission santé mentale de la conférence territoriale de santé doit être élargie à des membres extérieurs, avec voix délibérative, certains d'entre eux représentant les comités locaux de santé ou de santé mentale, afin de se conformer aux dispositions du IV de l'article L. 3221-2 de la loi du 26 janvier 2016 ;
- l'article 2 du décret du 27 juillet 2017 doit être abrogé et le délai d'élaboration du PTSM doit être fixé à 18 mois par voie de circulaire<sup>115</sup>.

#### S'agissant de l'articulation des projets des GHT, CPT et des établissements qui en font partie

- la convention constitutive de la CPT et la partie du projet médical partagé du GHT traitant de la psychiatrie doivent être élaborés en même temps ;
- le projet d'établissement n'est que la déclinaison du projet médical partagé du GHT.

<sup>113</sup> Par exemple, un temps de psychomotricien ou de psychologue ou de cadre administratif peut être partagé entre plusieurs établissements psychiatriques et médico-sociaux.

<sup>114</sup> Aucun texte ne prévoit actuellement l'instance de concertation qui devrait être appelée à donner un avis sur le PTSM. Seul l'article L. 3221-2 cite plusieurs instances partenariales « associées » à l'élaboration du PTSM. Mais il faut distinguer la question de l'association qui va avec une co-construction, de celle de l'avis à rendre sur un PTSM quand celui-ci, *in fine*, est arrêté par l'autorité sanitaire, en l'occurrence le DGARS. Cette seconde question n'a pas été traitée par les textes en vigueur.

<sup>115</sup> L'article 2 du décret du 27 juillet 2017 prévoit que « *Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret* ». Le décret ne précise pas les conséquences qui sont alors tirées de ce constat. Hors le même décret prévoit que l'ARS « *anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant* ». Si l'ARS anime la démarche d'élaboration, elle doit faire en sorte qu'elle aboutisse, dans un délai de 18 mois, pour rester compatible avec l'élaboration par ailleurs du PRS.

➤ **La méthode et le processus d'élaboration :**

Une circulaire pourrait permettre de définir les recommandations à suivre, en termes de méthode et de conduite du processus de concertation, pour élaborer les cinq outils d'organisation de l'offre de santé mentale et articuler leurs résultats entre eux. Elle porterait sur les sujets suivants :

- le déroulé général des étapes de chacun de ces exercices de planification, selon une méthode ascendante-descendante entre le niveau régional et le niveau local ;
- les conditions d'élaboration des besoins de santé mentale, afin d'éviter les travaux redondants. Il conviendra notamment de s'appuyer sur les travaux déjà bien avancés de l'ANAP sur la préparation des PTSM ;
- les conditions d'élaboration en même temps de la convention constitutive de la CPT et de la partie du projet médical partagé du GHT traitant de la psychiatrie ;
- les échanges à prévoir entre d'un côté le GHT et la CPT, et de l'autre l'ARS, pour arriver à un PMP qui prenne sa place dans le cadre des orientations du PRS ;
- les temps de concertation avec les différentes instances (CRSA et sous-commission de la conférence territoriale de santé) aux différentes étapes de ces démarches de planification.

**Recommandation n°2 : Définir les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale, dans un cadre fait de trois niveaux territoriaux (région, territoire de santé et secteur psychiatrique) <sup>116</sup>.**

**Recommandation n°3 : Abroger le V. de l'article L. 6132-1 et l'article D 6136-8 du code de la santé publique. Et remplacer l'article de loi par un article disant que tous les établissements publics membres d'une CPT sont adhérents à un même GHT, en prévoyant une mise en œuvre progressive.**

**Recommandation n°4 : Définir par voie de circulaire la méthode et le processus de concertation à mettre en œuvre pour concevoir de façon articulée les différents outils d'organisation de l'offre en santé mentale.**

## **2.2 Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT, avec un cadre territorial simplifié**

La psychiatrie est une discipline médicale. Les établissements et services de psychiatrie sont des composantes du dispositif hospitalier, et, depuis la loi du 27 janvier 2016, ils font partie de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mais le dispositif de soins psychiatrique a sa spécificité, expliquée par celle de l'objet de son action. Tout entier dans l'ensemble sanitaire, il doit pouvoir aussi ne pas se retrouver modelé par des logiques d'organisation et de fonctionnement qui ne lui seraient pas adaptées. Il doit aussi pouvoir s'associer, au sein des CPT, à de nombreux partenaires pour gérer le parcours du patient.

En prévoyant une double appartenance pour les établissements et services de psychiatrie, au GHT et à la CPT, la loi de 2016 a voulu prendre en compte la double nécessité d'un ancrage sanitaire de la psychiatrie et de son implication dans un large partenariat extérieur au sanitaire. Cependant, les conditions de cette double appartenance à deux dispositifs organisationnels restent imprécises,

---

<sup>116</sup> Voir en annexe 16 sur l'analyse des textes législatifs et réglementaires concernant les GHT et les CPT la liste des dispositions à prendre.

peut entraîner des associations à de multiples gouvernances. C'est pourquoi la mission a recommandé (*infra*) que le GHT et la CPT aient le même territoire de référence. Pour que cette organisation soit opérationnelle, sans renoncer aux objectifs poursuivis, la mission recommande de préciser l'articulation entre ces deux appartenances comme suit :

➤ ***Consolider la gouvernance de la partie psychiatrique du GHT, sans pour autant l'autonomiser***

Il faut sortir d'un différent qui n'a que trop duré sur la place de la psychiatrie au sein ou en dehors de l'hôpital général. La revendication d'une spécificité de la psychiatrie ne doit pas servir à l'isoler, à la tenir à l'écart du dispositif de soins général avec lequel des liens nombreux sont à développer (les urgences, la psychiatrie de liaison, la prise en charge des pathologies somatiques des malades mentaux...). L'intégration de la psychiatrie dans le dispositif hospitalier général ne doit pas conduire à nier l'approche du sujet qui caractérise l'exercice de la psychiatrie et ses conséquences sur les pratiques et les organisations. La constitution des GHT, au sein desquels se retrouvent des établissements spécialisés en psychiatrie et des services de psychiatrie implantés en hôpital général, est une opportunité à saisir pour dépasser ce débat. Pour cela, un équilibre est à trouver entre la nécessaire inclusion de la psychiatrie au sein des GHT et l'indispensable prise en compte des particularités de son organisation et de ses fonctionnements.

Particularité du fait psychique avec ses conséquences sur les pratiques et les organisations soignantes, mode de financement différent entre disciplines somatiques et psychiatrie, liens étroits de la psychiatrie avec le social le médico-social, l'éducatif, gestion d'une tension permanente entre objectif de soins, droits des personnes et obligations d'ordre public, sont des traits suffisamment distinctifs pour, qu'au sein des GHT, la psychiatrie dispose d'une relative individualisation. Ainsi, la partie psychiatrique du GHT doit avoir des marges de manœuvre suffisantes pour pouvoir s'organiser elle-même et construire des liens étroits avec ses nombreux partenaires. Sans disposer d'une autonomie budgétaire, elle devrait en conséquence avoir la responsabilité de la gestion de des moyens qui lui sont propres.

Le pilotage de cette partie psychiatrie du GHT devrait être assuré par un binôme, directeur-médecin, chargés de présider une commission psychiatrique composée de représentants des établissements et services qui la composent. Le directeur membre de ce binôme devrait pouvoir être celui de l'établissement disposant des services et moyens en psychiatrie les plus importants au sein du GHT, même si ce n'est pas l'établissement support. Dans le cas d'un GHT avec direction commune, ce directeur chargé du pilotage de la partie psychiatrique du GHT devrait bénéficier d'une délégation de la part du directeur général.

D'un autre côté, le dispositif de soins psychiatriques doit inscrire son organisation et son évolution dans le cadre de celles du GHT, de façon à développer les liens nécessaires avec les autres services de MCO et les urgences. Le projet médical de la partie psychiatrique du GHT doit donc s'inscrire dans le projet médical partagé (PMP) du GHT et donc être validé par celui-ci.

En conséquence, il conviendrait de mettre fin à la possibilité de constituer un GHT psychiatrique et à celle d'attribuer des dérogations autorisant à ne pas faire partie d'un GHT.

Cet équilibre entre inclusion et prise en compte d'une particularité est difficile à établir. Aussi, un texte réglementaire devrait en fixer les principes, afin de faciliter sa mise en œuvre dans tous les GHT. Il permettrait à la fois de garantir l'inclusion de la psychiatrie dans le GHT, et d'assurer la prise en compte de particularités auxquelles aucune autre discipline médicale ne peut prétendre.



➤ ***Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT***

La partie psychiatrique du GHT doit avoir pour mandat de constituer autour d'elle une CPT. La convention constitutive de la CPT et le volet psychiatrique du PMP devront être élaborés en parallèle.

➤ ***Autoriser la création d'une CPT, quels que soient le statut et le nombre des services publics psychiatriques sur le territoire de santé (public ou ESPIC)***

Dans certains GHT, il n'y a qu'un seul établissement public autorisé en psychiatrie. Or la loi de 2016 emploie un pluriel pour désigner « les établissements de service public hospitalier » pouvant constituer entre eux une CPT. Ce pluriel ne saurait empêcher la constitution d'une CPT, même si un seul établissement public autorisé en psychiatrie est implanté dans un territoire, et même si cet établissement est un ESPIC (ce qui est le cas dans plusieurs territoires)<sup>117</sup>. La loi n'empêche pas en effet cet ESPIC de piloter la constitution d'une CPT, en s'associant à un établissement de service public hospitalier MCO. Elle ne précise pas que cet établissement doit être autorisé en psychiatrie.

Cependant, le décret N°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire précise que ce sont des établissements autorisés en psychiatrie qui créent une CPT. Il conviendrait donc de procéder à des amendements de ce décret, pour rendre possible une CPT constituée à partir d'un seul établissement autorisé en psychiatrie quand c'est le cas dans un GHT, ou constituée entre un ESPIC et un hôpital général ne disposant pas de service psychiatriques, mais gérant les urgences (exemple du département de la Haute-Loire vu par la mission).

➤ ***Faciliter au sein d'un GHT la constitution de pôles inter-établissements***

La constitution d'un pôle inter-établissements au sein d'un GHT peut se révéler pertinente. La mission a pu le constater notamment dans l'Eure et Loir<sup>118</sup>.

La loi prévoit la possibilité d'un tel dispositif au sein d'un GHT<sup>119</sup>, destiné à faciliter la mutualisation de services et d'équipements. Cela suppose que les établissements concernés conçoivent ensemble un contrat de pôle, cosigné à plusieurs, établi à partir des contributions équitables de chacun.

De telles expériences sont à suivre par la DGOS pour en tirer les enseignements utiles à tous les GHT, analyser les difficultés à surmonter, faire connaître largement les solutions mises en œuvre.

**Recommandation n°5 : Définir par un texte réglementaire l'organisation et le fonctionnement de la gouvernance de la partie psychiatrique d'un GHT, de façon à lui assurer des capacités de gestion suffisantes et à lui permettre de structurer les partenariats nécessaires au sein de la CPT, dans le cadre des dispositions prises par le PMP du GHT. Donner aux ARS les instructions nécessaires pour mettre fin à la possibilité de GHT psychiatriques et de dérogation.**

**Recommandation n°6 : Amender le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 de façon à permettre la constitution d'une CPT dans les cas où un GHT ne comprend qu'un seul établissement autorisé en psychiatrie, ou quand seul un ESPIC est présent sur un département où est constitué un GHT.**

<sup>117</sup> Exemple de la Haute-Loire.

<sup>118</sup> Voir monographie 4 de trois établissements d'Eure-et-Loir.

<sup>119</sup> Article L6132-3 du code de la santé publique

### 3 FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES SOINS EN AMBULATOIRE, PUBLICS ET PRIVES, ET ORGANISER L'OFFRE SOUS FORME DE TYPES DE SOINS

Le développement de soins en ambulatoire, qui fait l'objet d'une orientation forte de la politique publique de soins psychiatriques depuis 60 ans, obéit à un régime des autorisations qui, paradoxalement, le limite. L'ARS, dans son PRS, fixe les implantations des équipements et services de psychiatrie publics et privés susceptibles d'être autorisés, sous la forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). En fonction des implantations constatées vacantes, les établissements publics et privés peuvent proposer un projet de création d'une structure de soins qui fera l'objet d'une autorisation par l'ARS, à la suite d'une procédure d'instruction comportant l'avis d'une commission régionale. Cette procédure permet de maîtriser la dépense en contenant le développement de l'offre. Elle explique en partie la difficulté de création de dispositifs ambulatoires, notamment par les cliniques privées.

Cette offre des soins en ambulatoire est définie sous la forme de structures depuis l'arrêté<sup>120</sup> du 14 mars 1986. A son origine, le dispositif de soins psychiatriques est une structure, l'asile. Depuis, sa configuration s'est diversifiée mais se décrit toujours en termes de structures. Et l'arrêté du 8 juin 2005, qui précise les OQOS appliqués aux activités et équipements faisant l'objet d'une autorisation<sup>121</sup>, prévoit pour la psychiatrie une liste, non pas des activités de soins, mais des équipements et services.

Cette évolution, de l'asile à son éclatement au travers de nombreuses structures représentant des alternatives à l'hospitalisation temps plein, a été un progrès vers plus de prises en charge en ambulatoire. Aujourd'hui, le dispositif de soins s'est considérablement diversifié. Il conviendrait sans doute de décrire maintenant l'offre moins sous la forme de structures que de types de soins, afin de laisser d'autres acteurs, notamment du social, apporter aux patients les accompagnements nécessaires pour assurer les différentes dimensions de leur vie quotidienne.

---

<sup>120</sup> Cet arrêté, « relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement », a été pris en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 « relatif à la sectorisation psychiatrique ». Il classe en deux catégories ces équipements et services :

- ceux qui ne comportent pas d'hébergement : centres médico-psychologiques, centres d'accueil permanent, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques à temps partiel, services d'hospitalisation à domicile ;
- ceux qui comportent un hébergement : unités d'hospitalisation à temps complet, centres de crise, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, centres de postcure, services de placements familial thérapeutique.

Cette liste s'est depuis allongée avec notamment les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

<sup>121</sup> Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L.6121-2, L.6114-2 et L.6122-8 du code de la santé publique et du décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique. Il prévoit la liste suivante des équipements et services psychiatriques : structures d'hospitalisation complète ; structures d'hospitalisation de jour ; structures d'hospitalisation de nuit ; services de placement familial thérapeutique ; appartements thérapeutiques ; centres de crise ; centres de postcure psychiatriques.

### 3.1 Simplifier les conditions de développement des alternatives à l'hospitalisation, tout en maîtrisant les dépenses

Pour les soins psychiatriques en établissements, la maîtrise des dépenses aujourd'hui s'exerce en employant deux mécanismes : le régime des autorisations (les OQOS) et la régulation budgétaire (dotation limitative pour le public, prix de journée encadré par l'OQN pour le privé)<sup>122</sup>. Un seul suffirait et cela simplifierait la mise en œuvre de l'action publique. Puisque les établissements doivent, en s'appuyant sur les dispositions du PRS, contractualiser avec l'ARS leurs objectifs et leurs moyens, en signant un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), il serait plus simple de laisser ce seul dispositif contractuel réguler le développement des soins ambulatoires, en conservant bien sûr le principe d'une autorisation générale à délivrer des soins psychiatriques, fixant des conditions techniques de réalisation particulières pour l'hospitalisation temps plein.

La suppression des OQOS, et des autorisations de chaque structure ambulatoire, serait une simplification qui faciliterait le développement des soins ambulatoires, renvoyé à une procédure de contractualisation (CPOM) qui préciserait le volume en places des alternatives à l'hospitalisation à mettre en place par un établissement. Mais elle ne changerait que peu de choses pour le dispositif privé si la régulation budgétaire n'évolue pas en parallèle.

La régulation budgétaire pour les cliniques privées diffère de celle mise en œuvre pour les établissements et services publics avec la DAF. Elle repose sur des prix de journée dont le montant est fixé par l'ARS, dans des conditions déterminées par la DGOS, permettant de respecter le taux de croissance de l'OQN. La création de nouveaux lits ou de nouvelles structures est supportée financièrement à la fois par une évolution du taux de progression de l'OQN<sup>123</sup> et par une baisse des prix de l'ensemble des établissements : une clinique a donc davantage intérêt à accroître son offre (ouvrir une structure alternative sans fermer de lits) qu'à la transformer (alors que les établissements publics ne voient pas leur DAF augmenter s'ils décident de développer les soins ambulatoires, ou des soins à destination de publics particuliers, qu'ils doivent financer par redéploiement). D'autre part, une clinique est contrainte dans la construction de son offre ambulatoire par les tarifs existants qui ne couvrent pas la variété possible de soins en ambulatoire.

Il faut pouvoir à la fois favoriser le développement d'une offre privée de soins diversifiés en ambulatoire, et maîtriser la dépense de façon juste. Cela n'est possible que si l'ARS négocie avec les cliniques de sa région l'évolution de l'offre ambulatoire et en hospitalisation temps plein, dans le cadre du CPOM. Et si, en même temps, elle est tenue par le niveau central de respecter un objectif quantifié régional, tout en respectant des fourchettes tarifaires destinées à harmoniser, autant que possible, le niveau de rémunération des établissements sur le plan national. Le respect des dispositions du PRS et de l'objectif quantifié régional seraient les deux leviers dont disposerait l'ARS, dans le cadre de la négociation du CPOM, pour permettre le développement de projets répondant aux besoins et compatibles avec la maîtrise des dépenses, ou de s'opposer à ceux qui s'écarteraient de ces exigences.

<sup>122</sup> Voir l'annexe 8 sur la maîtrise des dépenses des établissements de santé.

On peut souligner que cela n'est pas vrai pour les autres disciplines financées par la T2A. Le mode de financement spécifique à la psychiatrie est une condition nécessaire de la cohérence de la proposition.

<sup>123</sup> Défini l'année N+1, ou défini l'année N en tenant compte des prévisions de créations de structures privées conformément à l'article L162-22-3 du code de la sécurité sociale. Ce mécanisme de régulation a ses limites. Le taux de progression de l'OQN est nettement supérieur à celui de la DAF depuis plusieurs années. Il serait logique de progresser davantage vers plus de convergence entre les deux. En conséquence la régulation prix-volume ne peut que prendre une place de plus en plus importante.

L'ARS est déjà tenue de ne pas dépasser un objectif de dépense régional pour les établissements publics et ESPIC (la DAF répartie par région). La même logique pourrait être appliquée pour les cliniques relevant de l'OQN. On ne voit pas en effet très bien pourquoi la responsabilité budgétaire de l'ARS n'existerait que pour la partie publique du dispositif de soins psychiatriques et ne pourrait pas s'étendre à sa partie privée. Cela aurait pour avantages de mettre fin au recours à une régulation prix-volume jouant à l'échelle nationale en aveugle, de conduire plus fortement les acteurs régionaux à s'entendre sur la dynamique générale d'évolution du dispositif de soins privé. Cet objectif quantifié régional pourrait prendre la forme d'une simple indication donnée aux ARS. Il pourrait, de façon préférable, prendre la forme d'une obligation faite aux ARS de respecter cette contrainte budgétaire en devenant un OQR<sup>124</sup>.

Du côté des établissements privés, la logique de l'OQR peut apparaître plus vertueuse en mettant fin au mécanisme selon lequel des créations intervenant dans une région ont des conséquences sur les prix de journées des établissements de toutes les autres. Et un établissement privé peut être intéressé par le développement de soins en ambulatoire pris en charge en totalité par l'assurance maladie, contrairement au prix de journée en hospitalisation qui suppose la facturation de prestations complémentaires au patient (ou à son assurance complémentaire). Ainsi, il pourrait entrer dans la négociation que lui proposera l'ARS conduisant à redéfinir en conséquence ses capacités en lits, dès lors que par ailleurs est redéfinie la grille tarifaire des soins en ambulatoire selon des fourchettes déterminées au niveau national.

Cette évolution du mode de régulation budgétaire appliqué aux cliniques privées exige un texte législatif et réglementaire. Elle doit aller avec une révision de la grille tarifaire, de façon à élargir l'éventail des soins en ambulatoire que les cliniques pourraient développer, dans des conditions, notamment de complémentarité avec la psychiatrie sectorisée, fixées dans le cadre du CPOM (cf. infra).

**Recommandation n°7 : Réviser la loi et les règlements pour mettre en place un nouveau mode de régulation des établissements privés sous-OQN donnant une place centrale à la contractualisation dans le cadre des CPOM en :**

- **simplifiant le régime des autorisations ;**
- **supprimant le dispositif des OQOS appliqué aux établissements autorisés en psychiatrie ;**
- **organisant le mode de régulation budgétaire appliqué aux établissements privés à but lucratif, de façon à fixer à l'ARS un OQR à respecter, tout en appliquant des fourchettes tarifaires définies au niveau national.**

---

<sup>124</sup> Les effets liés au recrutement de patients venant d'autres régions sont minimes en psychiatrie, les cliniques sont en général implantées dans les grandes villes et admettent surtout des patients de la région, et les cas d'établissements implantés en zone frontalière sont rares. Il serait facile de prendre en compte ces effets d'attractions.

### 3.2 Etablir une classification des types de soins, pour décrire l'offre de soins en ambulatoire déployée dans le cadre d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés

Passer d'une classification des dispositifs de traitement en ambulatoire sous la forme d'un inventaire de structures à une liste de types de soins inverse la logique de construction de l'appareil de soins. Dans le cadre de la négociation de leur CPOM avec l'ARS, les établissements publics et privés devront préciser les types de soins qu'ils développeront. Ils indiqueront ensuite les conditions de leur réalisation, notamment les lieux de leur mise en œuvre.

Cette classification doit être commune aux établissements publics et privés, et devenir la grille tarifaire utilisée pour les cliniques. Aujourd'hui, la grille tarifaire pour les établissements privés à but lucratif comprend 4 disciplines médico-tarifaires (DMT)<sup>125</sup>. S'ajoute à ces DMT une tarification particulière pour l'hospitalisation de jour qui se décompose en 8 catégories tarifaires (PY0 à PY7), en fonction de l'intensité de la prise en charge.

La pertinence de la DMT « Arriérés profonds » est à réexaminer. Elle sert, dans certaines régions, à tarifier des activités de psychiatrie du sujet âgé, dont le cahier des charges n'est pas établi au niveau national. Quant à la DMT sur les soins sans consentement, elle pourrait être libellé autrement et se retrouver dans une catégorie intitulée « hospitalisation avec soins intensifs » qui pourrait comprendre aussi les unités de très courte durée. Par ailleurs, pourraient être rajoutées des catégories tarifaires nouvelles permettant d'élargir la palette de soins ambulatoires proposés par le secteur privé.

A chacun des types de soins de cette classification nouvelle des prises en charge en ambulatoire, relevant pour les cliniques d'une catégorie tarifaire, devrait correspondre un cahier des charges. Celui-ci devrait notamment comporter des obligations de complémentarité entre les établissements publics et privés implantés sur un même territoire, qui pourrait trouver leur forme dans le cadre de la CPT.

---

<sup>125</sup> Psychiatrie générale (230) ; Psychiatrie infanto-juvénile (236) ; Arriérés profonds (803) ; Soins sans consentement (313).

**Hypothèse d'une classification par types de soins en hospitalisation et en ambulatoire servant aussi de grille tarifaire pour les cliniques privées à but lucratif :**

1. Hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale
2. Hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie
3. Hospitalisation à temps plein avec une grande intensité de soins (par exemple pour des hospitalisations sans consentement du patient ou des unités de très courte durée...)
4. Hospitalisation en psychiatrie du sujet âgé
5. Hospitalisation à temps plein avec une faible intensité de soins et une présence soignante allégée (correspondant aux foyers de postcure actuels et à l'hospitalisation de nuit)
6. Hospitalisation à domicile
7. Thérapies de groupe en ambulatoire (dont il faudra préciser la nature et les conditions de réalisation)
8. Accueil spécialisé en ambulatoire de patients présentant des troubles particuliers (adolescents et jeunes adultes, troubles du comportement alimentaire, addictions...)
9. Soins exigeant une forme technique particulière (sismothérapie, remédiation cognitive...)

Pour chaque type de soins qu'un établissement entendra développer, il conviendra de préciser dans le cadre de la contractualisation relevant du CPOM, le volume d'accueil auquel il correspondra, en termes de lits, de places ou de patients traités.

**Pour le dispositif sectorisé, à cette classification s'ajoutent les soins en ambulatoire relevant des activités de consultations et des visites à domicile d'intensité variable.**

Cette classification ici proposée par la mission doit être conçue comme une hypothèse à discuter et à affiner avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée.

**Recommandation n°8 :** Définir par voie réglementaire une classification des soins en hospitalisation et en ambulatoire sous la forme de type de soins et pas de structures, comportant chacun un cahier des charges à établir au niveau national, servant de fondement à la grille tarifaire pour les cliniques privées.

## 4 MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOINS SECTORISES ET NON SECTORISES

Les établissements privés à but lucratif sont inégalement répartis sur le territoire national et il en est de même pour les psychiatres libéraux. Cette situation conduit à des surdensités médicales et d'équipements relevant du secteur privé dans certains territoires, en général les grandes villes, les régions du sud de la France et Paris.

Le dispositif public est lui-aussi inégalement réparti sur l'ensemble du pays mais, globalement, est présent dans tous les territoires. Il peut parfois être en difficulté pour répondre aux besoins de la population, quand il n'y a pas dans son environnement proche de cliniques ou des psychiatres libéraux. Mais il peut aussi être en difficulté pour répondre aux besoins de la population, notamment dans le cadre des urgences, là où le secteur privé est très étoffé, en nombre de lits de cliniques et de psychiatres installés, et ne participe pas ou peu aux charges qui pèsent sur le public (c'est par exemple la situation constatée à Toulouse).

Par ailleurs, l'existence d'un dispositif non sectorisé est un avantage pour permettre plus facilement l'exercice par le patient de son libre choix<sup>126</sup>, couplé aux possibilités qu'offre un dispositif sectorisé organisé selon une échelle territoriale plus grande correspondant au pôle hospitalier.

Dans le chapitre précédent, il est recommandé de faciliter la diversification de l'offre de soins relevant du secteur non sectorisé privé à but lucratif. Mais, diversification de l'offre privée, meilleure répartition territoriale de l'offre et complémentarité des deux dispositifs sectorisé et non sectorisés entre eux doivent aller ensemble, dans un cadre de ressources contraint. Plusieurs exemples existent d'établissements privés à but lucratif ayant pris conscience de cette nécessité de travailler plus en complémentarité avec le dispositif sectorisé et engagés dans des articulations très élaborées avec ce dernier<sup>127</sup>.

➤ ***Utiliser le régime des autorisations des établissements privés à but lucratif pour mieux répartir l'offre et développer des réponses complémentaires avec le service public***

Tout regroupement de cliniques ou de reconstruction devrait être autorisé sous condition d'une implantation sur un territoire où l'offre privée est inexistante ou faible au regard de la situation régionale<sup>128</sup>.

Le contenu des conditions techniques d'autorisation des cliniques privées doit être revu, de manière à y inclure des obligations de participation à la permanence des soins et à l'organisation des urgences. L'exercice de cette obligation doit naturellement faire l'objet d'une rémunération.

**Recommandation n°9 : Réviser les textes sur le régime des autorisations de façon à assurer une meilleure répartition de l'offre privée à but lucratif sur un plan territorial, afin de mieux répondre aux besoins et faciliter le libre choix des patients, et permettre son implication dans le dispositif de permanence des soins psychiatriques et l'organisation des urgences.**

➤ ***Le droit à être conventionné des psychiatres libéraux doit faire l'objet d'aménagements***

Des aménagements au droit à conventionnement des psychiatres libéraux sont nécessaires, pour assurer une réponse plus équitable aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire. Deux scénarios sont envisageables :

- ne pas conventionner de nouveaux psychiatres libéraux dans des zones où la densité de ces spécialistes est élevée. La détermination de ces zones relèvera d'une décision prise par le directeur de l'ARS. Le choix de ce premier scénario conduirait à étendre le questionnement à l'ensemble à toutes les spécialités médicales pour lesquelles l'accès aux soins est difficile dans certains territoires ;
- accepter le conventionnement de nouveaux psychiatres libéraux dans des zones où la densité de ces spécialistes est élevée, sous conditions. La détermination de ces zones et des conditions à remplir pour pouvoir être conventionné relèvera d'une décision du directeur de l'ARS. Ces conditions pourraient être par exemple de consacrer une part de son activité à des soins prodigués dans des zones où la densité de psychiatre est faible, soit en se déplaçant soit en utilisant un dispositif de télé-médecine.

**Recommandation n°10 : Prendre des dispositions législatives et réglementaires pour aménager le droit à conventionnement des psychiatres libéraux.**

<sup>126</sup> Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

<sup>127</sup> Voir les monographies 6 et 8 la clinique de Beupuy et la clinique l'Alliance.

<sup>128</sup> Cette stratégie peut-être renforcée par une modulation de l'OQR entre les régions décidée au niveau national.

## 5 MIEUX FINANCER

Depuis près de trente ans de nombreuses études et rapports ont constaté de fortes inégalités de répartition d'équipements et de moyens en psychiatrie relevant de la DAF, selon les territoires départementaux et les établissements<sup>129</sup>. Il existe un consensus pour considérer que ces inégalités doivent être corrigées et ne sauraient durer davantage. Les moyens d'y parvenir font l'objet de débats. Les tentatives pour répartir plus équitablement les financements entre régions et au sein des régions, quand elles ont eu lieu, ont fait l'objet de critiques.

Le financement à l'activité, sur le modèle de la T2A, est généralement considéré inapplicable à la psychiatrie.

La répartition de la DAF par l'autorité sanitaire, pour les établissements de service public, pourrait s'envisager selon une base populationnelle, puisque ces dispositifs sont territorialisés (hors quelques rares services de CHU et ESPIC non sectorisés mais financés par la DAF), tant entre les régions qu'au sein des régions. Mais nombreux sont ceux qui souhaitent des pondérations pour tenir compte de l'importance du secteur privé hospitalier et ambulatoire, de la vocation départementale ou régionale de certaines unités de soins, du nombre des médecins généralistes, de l'équipement médico-social, du flux des patients, de critères sociodémographiques portant sur le degré de précarité de la population et son vieillissement, voire sur des indicateurs de morbidité. Cette piste semble faire consensus et mérite d'être explorée, de façon à parvenir à un modèle acceptable le plus largement possible. Cependant, plus le nombre des critères de pondération sera grand, plus il sera difficile de s'entendre sur leurs poids respectifs et donc leurs effets différents sur la modulation de la DAF.

L'ADESM<sup>130</sup> propose un financement mixte. Une partie serait allouée sous la forme d'une dotation, en fonction de la population avec des pondérations. Une autre partie proviendrait d'une rémunération à l'activité, pour des domaines qui peuvent s'y prêter (passages aux urgences, actes médico-techniques tel l'électro-sismothérapie...). Cette piste mérite certainement d'être étudiée. Sur la partie financement à l'activité, cette solution mixte peut permettre de déboucher sur des financements en partie harmonisés entre le public et le privé.

Pour les cliniques privées, il paraît difficile d'envisager un financement sur la base d'une dotation établie en fonction de la population, même pondérée par plusieurs critères. Ces établissements ne sont en effet pas sectorisés. La seule voie pertinente serait de faire progresser leur financement à l'activité en affinant leur grille tarifaire, tout en restant dans le cadre d'une régulation prix-volume pour respecter l'OQN.

L'existence d'une différence de financement entre la psychiatrie de secteur et les cliniques privées est acceptable en psychiatrie, dans la mesure où leurs missions ne sont pas les mêmes et où le profil général des patients traités n'est pas le même sur le plan médical.

---

<sup>129</sup> Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités et l'annexe 7 sur le financement de la psychiatrie.

<sup>130</sup> Association des établissements participant au service public de santé mentale.



La mission n'était pas en mesure dans le cadre de ce rapport de fournir une solution clé en main à ces questions de financement. La construction d'un modèle de financement réclame des travaux qui sont à mener, s'appuyant sur ceux qui ont déjà été réalisés, notamment par l'ATIH. Cependant, quelques principes directeurs peuvent être fixés, avec deux objectifs :

- assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques, car c'est le passage obligé pour améliorer l'équité de traitement des patients sur tout le territoire national et faire disparaître de trop criantes disparités ;
- financer et soutenir le développement des expérimentations en psychiatrie, et permettre leur pérennité et leur diffusion, dès lors qu'elles auraient fait la preuve de leur efficacité.

## 5.1 Assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques

Avant toute chose, il convient de travailler à un modèle de répartition plus juste de la ressource financière après s'être entendu sur une solide conviction : dans ce domaine, comme dans bien d'autres, le mieux est l'ennemi du bien. Poursuivre un objectif de justice absolue serait une erreur. Il faut accepter, et particulièrement en psychiatrie où il existe une variabilité nécessaire des pratiques, un mode de financement qui laisse des zones de flou, en quelque sorte ne prétende pas réduire totalement ce que les médecins nomment « le bruit » dans un système. Les indicateurs de répartition ne sont jamais entièrement parfaits, mais aujourd'hui ces écarts sont trop grands. Il faut progresser dans leur réduction, en mesurant les effets qui en résulteront, pour déterminer en chemin le bon niveau de différence admissible, reflet de nos incertitudes scientifiques.

Plusieurs observations et recommandations peuvent être faites pour guider les travaux à conduire afin de déboucher sur un modèle de financement plus juste :

- *le modèle de répartition des financements doit être national.* Il servira à opérer un rééquilibrage entre régions. Chaque ARS pourra le perfectionner, mais à partir d'un dénominateur commun établi par le niveau national, pour moduler intra-régionalement les dotations ;
- *le modèle mixte proposé par l'ADESM,* pour la partie du dispositif relevant de la DAF, combinant une part de financement par dotation à une autre à l'activité est le plus raisonnable ;
- *La part financée sous la forme d'une dotation doit être rapportée à la population et pondérée, mais peut-être pas entièrement.* Les missions du secteur portent principalement sur les soins, mais aussi sur la prévention. Cette part d'activité n'est pas dépendante de l'existence ou pas, sur les territoires, de cliniques ou de psychiatres libéraux ou de généralistes ou d'établissements médico-sociaux. Elle peut faire l'objet d'un financement sur une base populationnelle, sans critères de pondération. Elle doit pouvoir se retrouver dans ce que la mission a qualifié de fonction inter-partenaire, dans la grille des fonctions permettant au dispositif d'exercer ses missions voulues par la loi ;

- *La pondération appliquée au critère populationnel doit être aussi simple que possible.* Le plus simple serait sans doute de partir d'une valorisation budgétaire, rapportée à la population, des différentes composantes du dispositif sanitaire et médico-social constituant l'environnement d'un établissement psychiatrique, sur son territoire, en prenant en compte les attractions de patients hors région. La prise en compte de ce volume de dépenses viendrait en correction plus ou moins importante de la DAF allouée sur une base populationnelle. Cela pourrait constituer une première étape. Dans une seconde étape, des indicateurs sociodémographiques pourraient être introduits, une fois qu'auront été étudiés les impacts qu'ils peuvent avoir sur la demande de soins.
- *La part de financement à l'activité doit pouvoir s'envisager dans le respect des objectifs de l'ONDAM.* Elle devra porter sur des activités présentant peu de variabilité dans les coûts, et se superposant au moins en partie avec la grille tarifaire appliquée aux cliniques privées, afin d'harmoniser autant que possible les financements de ces deux composantes du dispositif de soins (on peut ainsi penser à l'activité de psychiatrie aux urgences, à l'hospitalisation à domicile, à la sismothérapie etc.) ;
- *La répartition de la DAF entre les régions par le niveau national, sur une base populationnelle pondérée, pose ensuite la question de la prise en compte par les ARS des activités intersectorielles dépassant le cadre de la zone desservie par l'établissement.* Cela ne présente pas de difficulté quand ces activités pourront être financées sur la part de financement liée à l'activité. Pour les activités intersectorielles financées par une dotation (service non sectorisé d'un CHU par exemple), l'établissement concerné devra négocier avec l'ARS les moyens qui, sur la DAF, pourront lui être alloués, sans disposer d'une règle de calcul préétablie assurant une totale justice dans le financement accordé. C'est au fond le maintien, sur ce plan là, du statu quo ;
- *La grille tarifaire utilisée pour les cliniques privées doit être plus diversifiée,* dans le cadre d'une régulation prix-volume permettant le respect de l'OQN ;
- *Le financement de la pédopsychiatrie devrait être identifié et suivi.* Cela devrait déjà être possible compte tenu des obligations de retraitement comptable des établissements publics et ESPIC<sup>131</sup>. Il n'est pas souhaitable pour autant d'en faire une sous-enveloppe qui introduirait des cloisonnements au sein de l'enveloppe de financement consacrée à la psychiatrie, ce qui compliquerait les ajustements nécessaires en son sein, différents selon les régions.
- *L'application de tout nouveau modèle de financement doit s'envisager de façon progressive,* afin de permettre aux établissements de s'adapter à d'éventuelles baisses de dotation.

**Recommandation n°11:** Afin de rendre plus juste l'allocation de ressources faite au dispositif de soins psychiatriques, élaborer au niveau national un projet d'évolution du modèle de répartition des financements, en fixant au préalable ses principes directeurs et un calendrier de réalisation.

---

<sup>131</sup> Article R6145-7 du code de la santé publique

## 5.2 Evaluer les expérimentations en psychiatrie, afin de déboucher sur des dispositifs financés de façon pérenne

De nombreux dispositifs en psychiatrie sont financés par des crédits nationaux fléchés (exemple des centres experts), par le FIR, par des crédits isolés par l'ARS au sein de la DAF régionale. Toutes ces « innovations » parfois anciennes ne sont pas évaluées et leur avenir reste incertain, à la merci de restrictions budgétaires soudaines ou, s'agissant du FIR, du besoin de l'ARS de retrouver sa marge de manœuvre principale.

Il faut passer de l'innovation à l'expérimentation. Pour ce faire, il convient, au niveau national, d'organiser un suivi de ces expériences et de définir, dès leur lancement, les règles de leur évaluation et les modalités de leur généralisation. Cette évaluation sera conduite ensuite par les ARS, ou au niveau national quand il s'agit d'un réseau sur l'ensemble du territoire (cas des centres experts). Dès lors qu'elle permettra de reconnaître l'efficacité du dispositif, sa généralisation doit être rendue possible, dans le cadre d'un financement pérenne<sup>132</sup>.

Dans le domaine de la télémédecine, les appels à projet financés par le FIR ne règlent pas la question du financement durable de ces activités, surtout quand elles sont réalisées par des praticiens libéraux. Ces expériences, la mission a pu le constater à deux reprises, ont donc tourné court, alors qu'une dépense publique avait été engagée.

### ➤ **Organiser au niveau national un suivi et une évaluation des expérimentations en psychiatrie**

Les ARS ont à déterminer les projets d'expérimentation qu'elles entendent soutenir financièrement avec le FIR. Elles ont à s'organiser pour le faire en s'appuyant localement sur une procédure de sélection transparente. Le niveau national doit quant à lui organiser une remontée d'informations sur ces expériences et mettre à leur disposition un outil d'évaluation de leur impact et de leur efficacité.

Une procédure de validation de l'efficacité d'un nouveau dispositif est à définir, à l'issue de laquelle celui-ci peut être inclus dans les modalités de prise en charge ou de coordination financées par la DAF, l'OQN ou à un tarif négocié conventionnellement avec l'assurance maladie. Le FIR ne devrait servir qu'à initier de telles expériences, jusqu'à ce que leur degré d'efficacité ait été établi.

Le cas échéant, des expérimentations ne nécessitant pas de financement *ad hoc* pourraient également faire l'objet d'une évaluation.

L'article 35 du PLFSS 2018 prévoit un dispositif d'évaluation des expérimentations dérogatoires notamment à certaines dispositions de financement. Quand une expérimentation en psychiatrie relèvera de ces conditions, elle devra pouvoir entrer dans le cadre des dispositions d'évaluation prévues par cet article du PLFSS. Mais, le plus souvent, les innovations en psychiatrie ne nécessitent pas de dérogations mais seulement un financement par le FIR. Or, ces évaluations doivent également pouvoir faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Par ailleurs, elles sont nombreuses et

---

<sup>132</sup> L'exemple des centres experts est emblématique de ce défaut de procédure d'expérimentation et des conséquences négatives qui en découlent. Depuis dix ans, ce réseau s'est mis en place et concerne 15 CHU (43 centres experts mis en place). Pour produire tous ses effets une coordination a été mise en œuvre, son financement relevant du mécénat s'interrompt dans un an. De l'argent public a été donc investi depuis dix ans dans un dispositif toujours inscrit dans un statut expérimental, au financement incertain. Si ce dispositif est jugé pertinent, il faut déterminer les conditions de sa généralisation sur tout le territoire. S'il n'est pas jugé intéressant, il faut cesser de le financer. Or aucune disposition n'est prise pour sortir de cet entre deux.

leur suivi et examen, par le comité technique prévu par le PLFSS, risquent d'être difficiles. Un dispositif de suivi et d'expérimentation adapté à la situation de ces innovations psychiatriques, pour au moins une grande partie d'entre elles, serait donc souhaitable (cf. *infra*).

**Recommandation n°12 : Définir au niveau national un suivi et une évaluation des innovations en psychiatrie qui ne relèveraient pas des dispositions de l'article 35 du PLFSS 2018, et une procédure permettant de passer d'un financement par le FIR à un financement pérenne.**

➤ ***Préparer un plan de développement de la télémédecine en psychiatrie***

La télémédecine peut permettre une activité de téléconsultation, mais aussi faciliter le travail partenarial avec les équipes des établissements médico-sociaux, ou avec par exemple les médecins généralistes dans les maisons de santé. Il est indispensable de développer ces techniques, ne serait-ce que pour faire face aux problèmes de démographie médicale qui se posent, et pour faciliter les contacts, sans organiser de trop longs déplacements coûteux en temps soignants.

Les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (PLFSS 2018) qui prévoient le basculement dans le droit commun du financement des téléconsultations et de la télé-expertise<sup>133</sup> pourraient faciliter la mise en place de telles solutions.

**Recommandation n°13 : Réaliser un plan national de développement de la télémédecine en psychiatrie.**

➤ ***Financer les innovations notamment en leur affectant les excédents des conversions d'unités de soins en structures médico-sociales***

Lors de la conversion d'unités de soins en structures médico-sociales, qui ont pour but de réduire les inadéquations constatées dans les établissements de soins psychiatriques, un redéploiement est opéré entre l'ONDAM établissements et l'ONDAM médico-social<sup>134</sup>. Le plus souvent, l'opération est calibrée pour que les besoins de financements de la nouvelle structure soient équivalents à ceux de l'ancienne. Il arrive cependant que le montant nécessaire à la nouvelle structure médico-sociale soit inférieur à celui consacré à l'unité de soins fermée. Dans ce cas, la pratique est que l'ARS conserve les crédits « excédentaires » dans la DAF. Il faut en faire un principe et assurer que ce financement permette un renforcement des moyens de la psychiatrie, au travers notamment de la création de structures innovantes, de façon à développer la palette de soins nécessaire pour répondre à des besoins en augmentation.

Ces conversions sont encore peu nombreuses mais des travaux sont en cours pour permettre un plus large recours, l'intéressement des établissements de santé à cette conversion semble être un moyen de les y inciter.

---

<sup>133</sup> L'article 36 du PLFSS 2018 prévoit notamment de compléter le code de la sécurité sociale (1° du I de l'article L. 162-14-1) : « La ou les conventions définissent également le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine. Les actes de téléconsultation sont effectués par vidéotransmission ; »

<sup>134</sup> Cf. annexe 9 sur la conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales

## 6 DOTER LE MINISTERE DE LA SANTE DES MOYENS DE DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE

Pour mieux piloter la politique publique, l'administration de la santé doit disposer des éléments scientifiques nécessaires pour orienter l'organisation et le fonctionnement du système de soins psychiatriques.

Le dispositif de soins psychiatriques est fait de nombreuses différences, souvent importantes, sur le plan de ses équipements, de ses organisations, de ses fonctionnements, de ses activités. Par ailleurs les innovations thérapeutiques se multiplient. Que penser de ces innovations et de ces différences, qu'elles soient liées à des inégalités de moyens ou à une pluralité d'options thérapeutiques ? Faute de travaux de recherche évaluative, il n'est pas possible de tirer la moindre conclusion et il est bien difficile d'envisager les évolutions des organisations et des fonctionnements qui seraient les plus pertinentes.

Le faible nombre de travaux de recherche évaluative s'inscrit dans un contexte plus général d'insuffisance de la recherche en santé mentale en France. Cela a déjà été souligné par des rapports parlementaires, sans que la situation n'évolue. Ainsi, le dernier appel d'offre dédié à la psychiatrie lancé par l'agence nationale de la recherche (ANR) date de 2013<sup>135</sup>. On peut regretter que l'effort financier de la France en faveur de la recherche en santé mentale soit si faible, eu égard au problème majeur de santé publique qui se pose<sup>136</sup> et cela d'autant plus qu'il n'est pas toujours possible de s'appuyer sur les résultats d'une recherche internationale, quand les questions à étudier sont très dépendantes du contexte socioculturel particulier dans lequel elles apparaissent.

La mission s'est intéressée, non pas aux moyens alloués globalement à la recherche en santé mentale mais à ceux dont disposent le ministère de la santé, gérés par différentes administrations centrales<sup>137</sup>.

Il n'existe pas de stratégie du ministère de la santé sur la recherche en santé mentale, la coordination entre les directions d'administration centrale est faible<sup>138</sup>, il n'y a pas de mutualisation des budgets autour d'un projet commun, et le lien entre chercheurs et décideurs n'est pas organisé, ce qui ne permet pas de s'appuyer sur les connaissances scientifiques existantes pour procéder aux choix d'organisation et de fonctionnement du dispositif de santé mentale nécessaires. Par ailleurs les données administratives ou médico-administratives sont dispersées<sup>139</sup>.

Il manque en France un dispositif spécifique à la santé mentale, comparable à celui mis en place pour le cancer avec l'INCA, permettant de développer la recherche, d'évaluer les innovations, d'obtenir les avis scientifiques dont l'action publique a besoin pour assurer la pertinence de ses décisions.

---

<sup>135</sup> Rapport d'Alain MILON en 2012 et rapport de Denys ROBILIARD en 2013.

<sup>136</sup> Un français sur trois affecté par un trouble psychiatrique au cours de sa vie (voir l'annexe 2 sur l'épidémiologie psychiatrique).

<sup>137</sup> La DGOS avec le PHRC, la DGS, la DREES.

<sup>138</sup> Le CORESA (comité de recherche en santé), mis en place au ministère de la santé, présidé par le DGS, porte sur la recherche en santé et pas spécifiquement sur la santé mentale. C'est davantage une instance d'échange d'informations que de pilotage collectif de la recherche voulue par le ministère de la santé.

<sup>139</sup> S'ajoutent à cela trois difficultés structurelles pour décrire et analyser l'activité psychiatrique : un problème de structuration des systèmes d'informations hospitaliers qui ne permet pas de chaîner les données d'activité des CMP avec le reste des informations dans le SNIRAM; une absence de données sur couvrant l'activité de ville ; des disparités de codage des actes en CMP.

- ***Les données principales sur la psychiatrie, aujourd'hui dispersées, doivent pouvoir être rassemblées sous la forme d'un tableau de bord utile au pilotage de ce dispositif***

Les données concernant les équipements, les activités et les moyens du dispositif de soins psychiatriques, public et privé, hospitalier et ambulatoire, les données sur les pathologies traitées, sont dispersées entre plusieurs institutions : l'ATIH, la DREES, la CNAMTS. Il n'existe pas de tableau de bord croisant les indicateurs les plus significatifs, selon une perspective temporelle, permettant de piloter l'évolution de ce dispositif de soins engageant pourtant des dépenses non négligeables de l'assurance maladie.

**Recommandation n°14: Structurer au niveau de la DGOS un tableau de bord utile au pilotage du dispositif de soins psychiatriques, regroupant des données principales issues de l'ATIH, de la DREES, de la CNAMTS, avec une perspective temporelle.**

- ***Créer une agence sur la santé mentale ou constituer au niveau du ministère de la santé « une mission recherche et expérimentation en santé mentale », orientée par une instance stratégique, s'appuyant sur un conseil scientifique***

A défaut de constituer une agence chargée, à l'image de l'INCA, de développer la recherche sur la santé mentale, pourrait être au moins organisé, au sein du ministère de la santé, éventuellement dans une première étape, un dispositif formalisé permettant d'orienter la recherche et d'organiser l'évaluation des expérimentations. Il pourrait être constitué de trois composantes :

- *Une mission recherche et expérimentation en santé mentale, placée auprès du secrétaire général des ministères sociaux, constituée par une petite équipe dirigée par un délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale nommé par le ministre de la santé.*

Elle serait chargée de développer et valoriser la recherche et l'évaluation des expérimentations dans les domaines de la santé mentale et en particulier de la psychiatrie. Cela consistera à proposer des projets de recherche dont les résultats sont nécessaires au pilotage de la politique publique. Elle devra aussi assurer la coordination entre les différents projets de recherche portés par les administrations centrales et leurs grands opérateurs (DGOS, DREES, IRESP<sup>140</sup>...) et rechercher des mutualisations de moyens possibles pour les financer. S'agissant des expérimentations, elle travaillera avec les ARS pour définir des modalités d'évaluation pertinentes et des possibilités de conversion des financements d'expérimentation en financements pérennes.

- *Une commission stratégique sur la recherche et l'expérimentation en santé mentale, présidée par le DGS, sera chargée de définir la stratégie de recherche du ministère en ce domaine, d'orienter les travaux de la mission recherche et expérimentation, de choisir les projets de recherche devant faire l'objet d'un financement et de mutualiser, autant que possible, les financements existant autour de projets de recherche proposés par la mission, constituée par les directeurs d'administration centrale et un représentant des DGARS, la CNAMTS, Santé Publique France et la HAS. Elle aura pour rôle de décider de la pérennisation et du financement des expérimentations concluantes.*

Cette commission stratégique pourrait être l'actuel comité de recherche en santé (CORESA), réunie spécifiquement sur les questions de recherche et d'évaluation des expérimentations en santé mentale, avec pour secrétariat le délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale.

---

<sup>140</sup> Institut de recherche en santé publique

○ *Un conseil scientifique en santé mentale*

Ce conseil est réuni par le délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale. Il contribue à l'élaboration de la stratégie de recherche en santé mentale du ministère de la santé et donne son avis sur les conditions de sa mise en œuvre. Il apporte des éclairages scientifiques sur les projets de recherche prioritaires par l'administration et sur les décisions d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques que l'administration centrale envisage de prendre. Il donnera également un avis sur les méthodes d'évaluation et l'impact des expérimentations.

Une des premières tâches de la commission stratégique devrait être de déterminer une cible concernant la part des financements totaux, consacrés à la recherche par le ministère de la santé, à allouer à la santé mentale.

Si cette structuration de la recherche en santé devait être élargie sur ce modèle aux autres champs de la santé, il conviendrait de s'assurer que la santé mentale fasse l'objet de séances du CORESA dédiées, dispose d'un conseil scientifique spécifique ainsi que d'une cible de financement (déclinée par source de financement du ministère de la santé : part du PHRC, part des crédits de l'IRESP etc.)

**Recommandation n°15 : Créer une agence sur la santé mentale ou constituer, par voie réglementaire, une mission recherche et expérimentation en santé mentale et les instances stratégiques et scientifiques pour la piloter**

## 7 SOUTENIR DES AVANCEES DANS DEUX DOMAINES PRIORITAIRES

Depuis des années tous les rapports qui se sont succédés sur la psychiatrie, de toutes origines, ont constaté les difficultés dans lesquelles se trouve la pédopsychiatrie, et chacun s'accorde à souligner l'importance de prendre en charge, dès l'enfance, un certain nombre de troubles qui, sans cela, évolueront de façon péjorative à l'âge adulte

Sur le plan des conditions d'hospitalisation, des progrès ont été faits ces dernières années et plus particulièrement depuis le « *plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* ». Cependant, il reste des locaux d'hospitalisation encore à rénover, des chambres d'isolement qui offrent des conditions de prise en charge peu sûres et peu dignes<sup>141</sup>, des services d'hospitalisation qui ne sont pas toujours adaptés à l'évolution de la population accueillie<sup>142</sup>.

---

<sup>141</sup> Chambres sans toilettes, avec un sseau hygiénique, pas de double entrée...Voir en annexe certaines monographies sur les établissements visités par la mission.

<sup>142</sup> La moitié des patients hospitalisés peuvent l'être en soins sans consentement, ce qui oblige souvent à fermer tout le service pour éviter les fugues, faute de conceptions architecturales permettant d'adapter des parties de service à des circulations plus ou moins limitées des patients, avec des espaces extérieurs.

## 7.1 Renforcer le dispositif de pédopsychiatrie

Il est difficile de connaître les moyens financiers consacrés à la pédopsychiatrie. Par ailleurs, il y a des difficultés à recruter des pédopsychiatres dans les établissements, et peu de psychiatres libéraux exercent dans ce domaine d'activité<sup>143</sup>. Enfin, certains soins sont peu accessibles, telles les séances d'orthophonie, les établissements publics peinant à recruter les professionnels nécessaires du fait de revenus plus attractifs en libéral et les professionnels libéraux étant mal répartis sur le territoire.

La pédopsychiatrie doit pouvoir faire l'objet d'un plan national spécifique pour résoudre des problèmes qui perdurent. Ce plan devrait prévoir une mobilisation de la DAF réservant un pourcentage de ce financement au soutien de la pédopsychiatrie. Il devrait notamment traiter de :

- les conditions de suivi des moyens consacrés à la pédopsychiatrie ;
- l'organisation de la pédopsychiatrie au sein des GHT et de la CPT, les besoins d'hospitalisation et les meilleures modalités de réponse ;
- le recrutement possible de médecins non spécialisés en pédopsychiatrie, ayant une compétence dans la prise en charge des enfants, formés en cours d'emploi, et les modalités de reconnaissance de cette qualification – ce qui doit être pris en compte dans la réforme des études médicales ;
- la transition entre les prises en charge en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale ;
- l'organisation et le renforcement de la première ligne spécialisée en pédopsychiatrie (regroupement des CMP et des CMPP dont les activités sont semblables...) pour réduire les files d'attente (et les recommandations du rapport du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs) ;
- la possibilité de double prise en charge, dans le dispositif de soins sectorisés et en dehors, notamment lorsque certains soins (orthophonie) ne sont pas accessibles au sein du secteur (la CNAMTS a indiqué à la mission qu'elle menait une réflexion à ce sujet) ;
- la formation des psychiatres : dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, il est prévu la création d'une option « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » accessible aux psychiatres. Deux questions peuvent être posées : l'intérêt de créer une formation spécialisée transversale (FST) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui pourrait par exemple être accessible aux pédiatres ; le nombre de places pertinent à ouvrir dans l'option ou dans le FST<sup>144</sup>.

---

<sup>143</sup> Par ailleurs, peu de psychiatres généralistes reçoivent des enfants et adolescents en consultation, en Ile-de-France, 13 % de la file active en libéral a moins de 20 ans et, à l'échelon national, 16 % des psychiatres disposent d'un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (RPPS) et ils sont plus fréquemment libéraux que les psychiatres généralistes, il est donc probable qu'une majorité des enfants et adolescents pris en charge le soient par des pédopsychiatres.

<sup>144</sup> Sachant qu'il s'agit d'un plafond et que les places ne seront occupées que dans la mesure où elles répondent aux choix des étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle.



- la possibilité d'élargir les possibilités de prise en charge en libéral via une meilleure prise en charge par l'assurance maladie (par des psychologues selon les résultats de l'expérimentation en cours<sup>145</sup> ; par des psychiatres généraux, selon le succès rencontré par la majoration prévue par la dernière convention médicale s'agissant de consultations d'enfants associant la famille<sup>146</sup>).

**Recommandation n°16: Elaborer un plan national sur la pédopsychiatrie.**

## 7.2 Améliorer les conditions d'hospitalisation

Un plan national de soutien aux investissements hospitaliers en psychiatrie est nécessaire<sup>147</sup>. Il ne doit pas commencer par prévoir des crédits nécessaires, avant d'avoir procédé à un état des lieux précis des problèmes existants et à une réflexion sur les modalités architecturales les mieux adaptées à l'exercice de la psychiatrie aujourd'hui. Il conviendrait aussi de définir des normes pour les chambres d'isolement, assurant des conditions d'hospitalisation en toute sécurité pour le patient et présentant un minimum de confort.

**Recommandation n°17: Préparer un plan d'investissement hospitalier en faveur de la psychiatrie, à partir d'un état des lieux réalisé par les ARS, s'appuyant sur une réflexion nationale portant sur les modalités architecturales les mieux adaptées aux formes prises aujourd'hui par l'hospitalisation psychiatrique.**

**Recommandation n°18: Définir par voie réglementaire les normes auxquelles doivent répondre les chambres d'isolement.**

## 8 FIXER LES PRINCIPES GUIDANT LE CADRE D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS

La mise en œuvre des propositions requerra une forte implication des ARS. L'objectif est de guider, par voie de circulaire, les prises de décision des établissements et des ARS, sans pour autant opter pour un modèle d'organisation et de fonctionnement unique, applicable sur tout le territoire national.

Le dispositif de soins psychiatriques, surtout sectorisé, se transforme en permanence. Ses évolutions modifient les pratiques soignantes, les représentations collectives de la maladie mentale et les attitudes des partenaires de la psychiatrie, rendant possibles de nouvelles formes d'organisation et de fonctionnement. Il faut pouvoir à la fois faciliter l'innovation portée par cette dynamique et tenir un cap assurant le respect des objectifs de la politique publique de soins psychiatriques.

---

<sup>145</sup> Cf. annexe 14 sur les obstacles à l'accès aux soins.

<sup>146</sup> La convention médicale du 25 août 2016 prévoit l'augmentation de deux majorations (MAF et MCF) de 10 à 20€ au 1<sup>er</sup> novembre 2017. Ces majorations sont applicables lorsqu'un psychiatre ou pédopsychiatre reçoit en consultation un enfant avec sa famille.

<sup>147</sup> Il pourrait s'articuler avec le Grand Plan d'Investissement dont une part devrait être consacrée à la transition écologique des bâtiments publics.

Cette circulaire précisant la politique publique de soins psychiatriques devrait traiter principalement des sujets suivants :

- ***Fixer un cadre clair d'organisation du dispositif de soins psychiatriques permettant l'exercice de ses missions***
  - les formes que peut prendre une palette diversifiée de soins, susceptible d'être développée pour répondre aux besoins de population relevant de territoires à géométrie variable, tout en précisant les missions de proximité qui doivent être assurées, et permettant de prendre en charge les besoins de populations avec des besoins spécifiques (personnes vivant dans la précarité notamment) ;
  - les modalités d'organisation des coordinations nécessaires, permettant l'exercice des fonctions assignées au dispositif de soins psychiatriques sectorisé et non sectorisé ;
  - l'organisation pour faire face à l'urgence, notamment à domicile ;
  - les modes d'organisation possible du partenariat avec les maisons de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux...
  - la constitution de groupements de coopération sanitaire et médico-sociale entre les membres volontaires de la CPT ;
  - le développement de formations communes entre professions sanitaires et professions sociales (aussi bien en formation initiale que continue), entre personnels hospitaliers et personnels des établissements médico-sociaux.
- ***Organiser une offre de soins ouverte au partenariat, ancrée au sein du GHT, dans un cadre territorial simplifié***
  - l'articulation des outils d'organisation concernant le dispositif de soins psychiatriques et des stratégies de santé mentale (PRS, projet d'établissement, PMP du GHT, convention constitutive de la CPT, PTSM) ;
  - l'interprétation de la loi à retenir, permettant de constituer dans tous les cas une CPT, même pilotée par un ESPIC ;
  - l'extension de la sous-commission santé mentale au sein du conseil territorial de santé, avec des membres extérieur à ce conseil, mais ayant le droit de vote au sein de la sous-commission, permettant d'obtenir une réelle représentativité de l'ensemble des acteurs impliqués dans la politique de santé mentale ;
- ***Faciliter le développement des soins en ambulatoire, publics et privés, et organiser l'offre sous forme de types de soins***
  - les formes possibles de déploiement des soins ambulatoires dans la cité, au plus proche des lieux de vie des personnes, sous forme de types de soins ;
- ***Mieux articuler les dispositifs de soins sectorisés et non sectorisés***
  - les modalités de détermination des zones de faible densité médicale en psychiatrie ;
  - les conditions de complémentarité entre public et privé.
- ***Mieux financer***
  - les conditions de développement des techniques nouvelles de communication (visioconférences, télémédecine...) ;
  - les conditions de recours au FIR pour soutenir le développement d'innovations ;

- les conditions de redéploiements de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale. Ces redéploiements permettront de réduire les inadéquations constatées dans les établissements de soins psychiatriques, mais devront assurer un renforcement des moyens de la psychiatrie, de façon à développer la palette de soins nécessaire pour répondre à des besoins en augmentation.
- ***Soutenir des avancées dans deux domaines prioritaires***
  - les orientations à prendre pour mieux répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents ;
  - les modalités de recrutement de médecins non spécialisés en pédopsychiatrie, ayant une compétence dans la prise en charge des enfants, formés en cours d'emploi.

**Recommandation n°19: Etablir une circulaire fixant les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins.**

Alain LOPEZ

Gaëlle TURAN-PELLETIER



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
<b>I. Fixer un cadre clair d'organisation du dispositif de soins psychiatriques permettant l'exercice de ses missions</b>				
1	Définir, par un texte réglementaire, les fonctions qui doivent être exercées par le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, en obéissant à un principe de territorialisation des dispositifs opérationnels, afin de mettre en œuvre les missions fixées par la loi du 27 janvier 2016.	1	DGOS	2018
<b>II. Organiser une offre de soins ouverte au partenariat, ancrée au sein du GHT, dans un cadre territorial simplifié</b>				
2	Définir les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale, dans un cadre fait de trois niveaux territoriaux (région, territoire de santé et secteur psychiatrique).	1	DGOS	2018
3	Abroger le V. de l'article L. 6132-1 et l'article D 6136-8 du code de la santé publique. Et remplacer l'article de loi par un article disant que tous les établissements publics membres d'une CPT sont adhérents à un même GHT, en prévoyant une mise en œuvre progressive.	1	DGOS	2018
4	Définir par voie de circulaire la méthode et le processus de concertation à mettre en œuvre pour concevoir de façon articulée les différents outils d'organisation de l'offre en santé mentale	2	DGOS	2018
5	Définir par un texte réglementaire l'organisation et le fonctionnement de la gouvernance de la partie psychiatrique d'un GHT, de façon à lui assurer des capacités de gestion suffisantes et à lui permettre de structurer les partenariats nécessaires au sein de la CPT, dans le cadre des dispositions prises par le PMP du GHT. Donner aux ARS les instructions nécessaires pour mettre fin à la possibilité de GHT psychiatriques et de dérogations.	1	DGOS	2018
6	Amender le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 de façon à permettre la constitution d'une CPT dans les cas où un GHT ne comprend qu'un seul établissement autorisé en psychiatrie, ou quand seul un ESPIC est présent sur un département où est constitué un GHT.	1	DGOS	2018

<b>III. Faciliter le développement des soins en ambulatoire, publics et privés, et organiser l'offre sous forme de types de soins</b>				
7	Réviser la loi et les règlements pour mettre en place un nouveau mode de régulation des établissements privés sous-OQN donnant une place centrale à la contractualisation dans le cadre des CPOM en : - simplifiant le régime des autorisations ; - supprimant le dispositif des OQOS appliqué aux établissements autorisés en psychiatrie ; - organisant le mode de régulation budgétaire appliqué aux établissements privés à but lucratif, de façon à fixer à l'ARS un OQR à respecter, tout en appliquant des fourchettes tarifaires définies au niveau national.	1	DGOS	2018
8	Définir par voie réglementaire une classification des soins en hospitalisation et en ambulatoire sous la forme de type de soins et pas de structures, comportant chacun un cahier des charges à établir au niveau national, servant de fondement à la grille tarifaire pour les cliniques privées	1	DGOS	2018
<b>IV. Mieux articuler les dispositifs de soins sectorisés et non sectorisés</b>				
9	Réviser les textes sur le régime des autorisations de façon à assurer une meilleure répartition de l'offre privée à but lucratif sur un plan territorial, afin de mieux répondre aux besoins et faciliter le libre choix des patients, et permettre son implication dans le dispositif de permanence des soins psychiatriques et l'organisation des urgences.	2	DGOS	2018
10	Prendre des dispositions législatives et réglementaires pour aménager le droit à conventionnement des psychiatres libéraux.	2	DGOS	2018
<b>V. Mieux financer</b>				
11	Afin de rendre plus juste l'allocation de ressources faite au dispositif de soins psychiatriques, élaborer au niveau national un projet d'évolution du modèle de répartition des financements, en fixant au préalable ses principes directeurs et un calendrier de réalisation.	1	DGOS	2018
12	Définir au niveau national un suivi et une évaluation des innovations en psychiatrie qui ne relèveraient pas des dispositions de l'article 35 du PLFSS, et une procédure permettant de passer d'un financement par le FIR à un financement pérenne.	1	DGOS	2018
13	Réaliser un plan national de développement de la télémédecine en psychiatrie, s'appuyant sur les dispositions prévues par la LFSS 2018.	2	DGOS	2018

<b>VI. Doter le ministère de la santé des moyens de développer la recherche en santé mentale</b>				
14	Structurer au niveau de la DGOS un tableau de bord utile au pilotage du dispositif de soins psychiatriques, regroupant des données principales issues de l'ATIH, de la DREES, de la CNAMTS, avec une perspective temporelle	2	DGOS	2018
15	Créer une agence sur la santé mentale ou constituer, par voie réglementaire, une mission recherche et expérimentation en santé mentale et les instances stratégiques et scientifiques pour la piloter	1	Secrétariat général des ministères sociaux	2018
<b>VII. Soutenir des avancées dans deux domaines prioritaires</b>				
16	Elaborer un plan national sur la pédopsychiatrie.	1	DGOS	2018
17	Préparer un plan d'investissement hospitalier en faveur de la psychiatrie, à partir d'un état des lieux réalisé par les ARS, s'appuyant sur une réflexion nationale portant sur les modalités architecturales les mieux adaptées aux formes prises aujourd'hui par l'hospitalisation psychiatrique.	2	DGOS	2018
18	Définir par voie réglementaire les normes auxquelles doivent répondre les chambres d'isolement.	1	DGOS	2018
<b>VIII. Fixer les principes guidant le cadre d'organisation du dispositif de soins</b>				
19	Etablir une circulaire fixant les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins	2	DGOS, DGS et DGCS	2018





## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

### DGS :

- Pr VALLET Benoit, directeur général
- Mme BESSA Zinna, sous-directrice
- Mme CASTAING Geneviève, cheffe de bureau
- Dr FONTAINE Alain, responsable de la mission stratégie et recherche

### DGOS :

- Mme COURREGES Cécile, directrice générale
- M. PRATMARTY Samuel, sous-directeur
- Mme BILLET Sandrine, adjointe au sous-directeur
- M. KURTH Thierry, chef de bureau R4
- Mme BIGA Julie, adjointe au chef de bureau R4
- Mme MAURICE Odile, chargée de mission psychiatrie santé mentale
- Mme DESCAMPS Céline, chargée de mission psychiatrie et santé mentale
- Mme FAYE Céline, cheffe du bureau R1

### DGCS :

- Mme CUVILLIER Nathalie, sous-directrice autonomie personnes âgées
- M. LHOSTE Jean-François, adjoint à a sous-directrice
- Mme TALBOT Stéphanie, cheffe de bureau
- M. DUBOIS-MAZEYRIE Laurent, adjoint au chef de bureau

### DREES :

- M. TOUTLEMONDE Fabien, chef de bureau des établissements de santé
- Mme CARRASCO Valérie, chargée d'études santé mentale au bureau état de santé de la population
- Mme KHATI Inès, chargée d'études au bureau des établissements de santé
- Mme COLDEFY Magali, maître de recherche IRDES, collaboratrice DREES
- Mme ULRICH Valérie, cheffe de la MIRE

**CNAMTS :**

- Mme KERMARC Catherine, cabinet de la DDGOS
- M. GABACH Pierre, responsable du département maladies chroniques
- M. FOUARD, DPMC, responsable du département hospitalisation
- Mme COURTOIX Jocelyne, département des actes
- M. BARNA Alexandre, département des actes
- M. DEBEUGNY, département Etudes offres de soins

**Contrôleur général des lieux de privation de liberté :**

- Mme HAZAN Adeline, contrôleur général

**ANAP :**

- Mme MARTINEZ Corinne, manager

**ATIH :**

- Mme MENU Axelle, responsable du pôle SSR-Psy
- Dr. ELLINI Anis, chef de projet pôle SSR-Psy.

**FHF :**

- M. CAPLIER François, secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise, référent psychiatrie / santé mentale de la Fédération hospitalière de France
- M. MOKEDE Alexandre, responsable du pôle organisation sanitaire de la Fédération hospitalière de France.

**FEHAP :**

- Dr. PERRIN Antoine, directeur général
- M. CAUSSE David, coordonateur du pôle santé-social

**FHP :**

- Dr DREVON Olivier, président de la fédération des cliniques psychiatriques
- M. CASTILLO David, délégué général de la FHP Psychiatrie

**Conférence des présidents de CME de CHS :**

- Dr MULLER Christian, président de la conférence des présidents de CME de CHS

**ADESM :**

- M. MARIOTTI Pascal, président de l'ADESM
- M. BLANDEL Jean-Yves, directeur de l'EPSM de Caen; Délégué régional Normandie de l'ADESM et co-gestionnaire du groupe de travail ADESM « Financement de la psychiatrie »
- M. THOMAS Vincent, directeur de l'EPSM de la Sarthe, Délégué régional Pays de la Loire de l'ADESM et co-gestionnaire du groupe de travail ADESM "Financement de la psychiatrie"

- M. JUILLET Jean-Luc, directeur du CHS du Jura, Secrétaire de l'ADESM et Délégué régional Bourgogne France Comté de l'ADESM.

**Groupe SOS :**

- Dr. SEBBAH Guy, directeur général Groupe SOS Solidarités

**SAMU Social de Paris :**

- Mme Christine LACONDE, directrice générale
- M. Abdon GOUDJO, directeur du pôle médical et soins

**Société française de psychiatrie :**

- Dr. BONAMOUR du TARTRE Jean-Jacques
- Dr. ODIER Bernard
- Dr. DAVID Michel
- Dr. SECRET-BOBOLAKIS Isabelle

**Représentants des usagers :**

- Mme FINKELSTEIN Claude, présidente de la FNAPSY
- Mme RICHARD Marie-Jeanne, vice présidente de l'UNAFAM
- Mme BOISIVON Armelle, vice-présidente du bureau de Paris de l'UNAFAM

**Personnes qualifiées :**

- Dr BOCHER Rachel, chef de service au CHU de Nantes
- M. EHRENBURG Alain, président du conseil national de santé mentale
- Dr HALIMI Yvan, président du comité de pilotage national de la psychiatrie
- Dr KANNAS Serge, ancien responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale
- Dr MASSE Gérard, ancien responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale

**ARS Ile-de-France :**

- M. DEVYS Christophe, directeur général
- M. JAFFRE Didier, directeur de l'organisation des soins
- M. GUINARD Philippe, référent thématique santé mentale
- Dr PERON Sylvie

**ARS Auvergne-Rhône-Alpes :**

- Dr. GRALL Jean-Yves, directeur général
- M. De LACAUSSE Gilles, directeur général adjoint

- Mme BEHAGUEL Cécile

**ARS Centre :**

- Mme BOUYGARD Anne, directrice générale
- Mme CARREAU Emmanuelle, chef de projet santé mentale
- Dr. DELACROIX-MAILLARD Hélène, chargée du plan santé mentale

**ARS Occitanie :**

- Mme CAVALIER Monique, directrice générale
- Dr. PUECH Olivier, médecin référent santé mentale, santé des détenus
- M. MOUREAU Yannick, chargé de mission offre de soins santé mentale

**Secteur 59G21 à Armentières :**

- M. DAUMERIE Nicolas, psychologue coordonateur
- M. DECOSTER, médiateur de santé pair
- Dr DEFROMONT Laurent, chef de pôle
- Mme DE ROSARIO Bianca, chargée de mission e-santé mentale au CCOMS
- Mme GUILLOY Brigitte, porte parole des usagers
- M. KRUELSKI Gery, cadre de santé
- Dr ROELANDT Jean-Luc, directeur du CGOMS
- Dr SEBBANE Déborah, chef de clinique au CHU de Lille

**CH Le Vinatier à BRON :**

- M. MEUNIER Hubert, directeur
- Dr. PERRIN Blandine, présidente de la CME
- Dr SALVARELLI Jean-Pierre, vice président de la CME
- Mme ANDRIEUX-BABAZ Claudine, directrice adjointe

**CH Sainte-Marie au PUY :**

- Mme MOURIER Valérie, directrice
- Dr. HADDOUCHE Sylvie, présidente de la CME
- M. LYONNET Vincent, responsable des services généraux
- Mme BEYSSAC Emmanuelle, DRH
- Mme TILLOT Jacqueline, directrice des soins
- Mme MARCON Valérie, cadre supérieure de santé

- Dr RAMONA Philippe, chef de service
- Dr. POUDEROUX Monique, chef du service infanto-juvénile
- Mme BASTIEN Colette, cadre supérieure de santé
- Dr. POURHADI Ghislaine, chef de service
- M. JANN Pierre-Marie, responsable du service GDR et qualité

**GHT psychiatrie de Paris :**

- M. YVEN Raphaël, DA parcours et innovation
- Mme BEZ Céline, DPI
- Dr. BOITEUX Catherine, CMG
- M. REYES Lazare, Maison-Blanche
- Dr SKURNIK Norbert, président CME du GHT
- Dr. MSELLATI Annie, présidente CME de Maison-Blanche
- DR. CHRISTODOULOU Alexandre, président CME Perray-Vaucluse
- Mme ALAMOWITCH Nathalie, DA Usagers/affaires juridiques Sainte Anne
- M. CHASSAGNOL Jean-Luc, directeur Sainte-Anne
- Mme BARRABE Virginie, AAH Formation
- Mme LEGENDRE Luce, directrice Perray-Vaucluse
- Mme WASMER Céline, directrice adjointe Sainte-Anne
- Mme NGUYEN Laure, directrice adjointe Sainte-Anne
- Mme LEUWERS Sylvie, directrice des soins
- M. MERCUEL Alain, président CME Sainte-Anne.

**CH Saint-Maurice-Esquirol :**

- Mme PEYNEGRE Nathalie, directrice
- Dr. KHIDICHIAN, président de la CME
- Dr. CABIE, chef de pôle
- D. VIDON Gilles, chef de pôles
- Dr. LE RUN, pédopsychiatre

**CH de BONNEVAL :**

- M. VILLENEUVE Philippe, directeur
- Dr. GREGOIRE-ANCELIN Dominique, présidente de la CME

- Mme SOREAU Christine, cadre supérieur de santé faisant fonction de directrice des soins par intérim
- Dr SOULIE Frédéric, chef du pôle psychiatrie générale
- Mme HAYO Sandrine, cadre supérieure de santé (pôle psychiatrie générale de Chartres)
- M. HULOT Gilles, cadre supérieur de santé (pôle psychiatrie Bonneval et pôle gérontologie)
- Dr MOALI, responsable unité d'hospitalisation
- Mme CARDOSO, cadre de santé
- Dr SIMON, responsable unité d'hospitalisation
- Mme DE BRYE Anne, cadre de santé
- Dr LEPEYTRE Didier, responsable unité d'admission
- Mme LALY Marie-José, faisant fonction de cadre de santé
- Dr HAMIDACHE-MOALI Ratiba, responsable unité UPM
- M. PERRIER Jean-Sébastien, cadre de santé
- Dr. VIDELAINE, responsable unité d'hospitalisation
- M. LASTENNET Philippe, cadre de santé
- Dr. SMADHI Yahia, responsable unité géronto-psychiatrie
- Mme COLLIOT Magali, cadre de santé
- Dr HANI Amar, responsable unité UTHR
- M. BRIEU Romain, faisant fonction de cadre de santé

**CH de DREUX :**

- Mme FESTA Carole, directrice
- Dr. NASRY Abderrazak, chef de service pédopsychiatrie
- Dr. PARIS Pierre, chef de service psychiatrie générale
- Dr. REVITEA Doina, praticien hospitalier
- Dr. CHEVAL Mathieu, chef de service
- Mme GUERIN Lydie, directrice des soins
- Mme GERVAIS Sylvie, cadre supérieure de santé
- Mme RENAUD Christine, cadre de santé
- Mme BERTEAUX Pascaline, faisant fonction de cadre de santé
- Dr BARRY Saïfoulaye, praticien hospitalier

- Mme GODEAU Isabelle, cadre de santé
- Dr. THOMAS, praticien hospitalier
- Dr. FERRIC Olivier, praticien hospitalier
- Mme SOUM Pascale, cadre de santé
- Mme JURE Laetitia, coordinatrice réseau

**CH de CHARTRES :**

- M. FALANGA Olivier, directeur

**CH Gérard MARCHANT à TOULOUSE :**

- Mme PASQUET Catherine, directrice
- Dr. HAOUI Radoine, président de la CME, responsable de pôle
- Mme FORTIN Corinne, cadre supérieur de santé
- M. BELLEFOND Patrick, cadre supérieur de santé
- Mme JIMENEZ Béatrice, cadre de santé
- Dr CHOLLET Catherine, chef de pôle infanto-juvénile
- M. BOUDES Francis, cadre supérieur de santé du pôle infanto-juvénile
- Dr CALVET Jocelyne, responsable médical d'unité
- M. CASTEL Yvan, cadre de santé
- Dr COMBES Barbara, responsable médical d'unité
- M. MARTINEZ Ricardo, cadre de santé

**Clinique de BEAUPUY :**

- Mme BIAU Sabine, directrice
- Dr. BOUBLI Serge, psychiatre

**CHU de TOULOUSE :**

- Pr SCHMITT Laurent, Président de la CME du CHU de Toulouse, chef du Service Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale
- Pr BIRMES Philippe, Chef du Service Universitaire de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-Thérapie
- Pr RAYNAUD Jean-Philippe, chef du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, chef de pôle adjoint
- Dr FAURE Karine, chef de pôle adjoint
- Dr PETIOT Dominique, médecin DIM psychiatrie

- Mme BUATOIS Gwenaëlle, directrice déléguée des affaires financières et appui à la performance
- Mme CHASSAIGNE Marie-Christine, cadre supérieure de santé
- Mme LAMBEA Maryse, cadre administratif du pôle
- Unité sectorisée UF1 : Dr Axel BOURCIER, Mirentxu URIARTE, cadre de santé
- Unité intersectorielle UF4 : Dr Antoine YRONDI, Pierre Yves GAYE, cadre de santé
- Alternative à l'hospitalisation complète : Dr Clara LETAMENDIA, Christelle COURTIAL, cadre de santé
- Service des urgences psychiatriques : Dr Stéphanie LAFON RAPNOUIL, Alice SECHAUD, Aurélie BARRAU, cadres de santé
- Unités ambulatoires adolescents : Dr Cécile GARRIDO, Dr Barbara BERNHEIM, Fadelha GUERMACHE, cadre de santé
- Dispositif réactif départemental pour adolescents : Dr Céline BASCOUL, Dr Sébastien WEHR du pôle Guidance Infantile, ARSEA
- Dispositif de soins partagés en psychiatrie DSPP : Dr Kathy PARERA, médecin libéral, Pierre Yves GAYE, cadre de santé.

**Pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert CHENEVIER à CRETEIL :**

- Pr LEBOYER Marion, responsable du pôle
- Mme ORIO Martine, directrice du groupe Henri Mondor
- Mme VIDAL Hélène, directrice du site Albert Chenevier
- Mme GONFIER SAEZ, Fabienne, directrice des soins
- Mme WILFRED Sophie, cadre administratif du pôle
- Mme RAGOIS Caty, cadre de santé référente ressource humaine
- Mme PETITDEMANGE Marielle, cadre paramédical du pôle

**Clinique la Belle Allée à CHAINGY :**

- Mme ALQUIER Nathalie, directrice en exploitations (RAMSAY GDS)
- Dr KERROUCHE Abdelouahab, psychiatre
- Dr BADIN Jean-Philippe, psychiatre
- Mme BLY Véronique, directrice de la clinique Belle Allée
- Mme DEBLOCK Delphine, psychologue



**Clinique de l'Alliance à Villepinte :**

- M. de SAINT-JACOB Patrick, directeur de la division psychiatrie du groupe Clinea
- M. ROUBEHIE Geoffroy, directeur régional du groupe
- Mme CLEMENT Emmanuelle, responsable juridique
- Mme JANVIER Aline, directrice d'exploitation
- Dr BENZAOUZ Redha, psychiatre
- Mme LAGAND Monique, directrice

**Professionnels de santé :**

- Dr de ROHAN CHABOT Florence, PH à Maison Banche
- Dr BINDLER Louis, psychiatre libéral à Nantes
- Dr TRAVERS David, PU au CHU de Rennes
- Dr DESCHENAU Alice, PH au CH Paul Guiraud
- Dr WINTER Elie, psychiatre libéral à Paris
- Dr VAN EFFENTERRE Aude, PHC à Paris
- Pr LLORCA Pierre-Michel, PU-PH au CHU de Clermont-Ferrand



## SIGLES UTILISES

ADESM	Association des établissements participant au service public de santé mentale
ANR	Agence national de la recherche
ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCOMS	centre collaborateur de l'OMS
CGPL	contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHU	centre hospitalier universitaire
CLSM	conseil local de santé mentale
CMP	centre médico-psychologique
CMPP	centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	conseil national de l'ordre des médecins
CNSM	conseil national de santé mentale
COPIL psy	comité de pilotage de la psychiatrie
CORESA	comité de recherche en santé
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	communauté psychiatrique de territoire
CRA	centre ressource autisme
CRSA	commission régionale de la santé et de l'autonomie
DAF	dotation annuelle de financement
DGARS	directeur général de l'agence régionale de santé
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la santé
DIM	département d'information médicale
DMH	durée moyenne d'hospitalisation (elle prend en compte les sorties le week-end et permet de calculer la durée de séjour exacte)
DMI	dossier médical informatisé
DMS	durée moyenne de séjour
DMT	dispositif médical tarifaire
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	diplôme universitaire
EHPAD	établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EMPP	équipe mobile psychiatrie précarité
EPSM	établissement public de santé mentale

ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESPI	espace de soins psychiatriques intensifs
ESPIC	établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	équivalent temps plein
FIR	fonds d'intervention régional
FST	formation spécialisée transversale
GCS	groupement de coopération sanitaire
GEM	groupe d'entraide mutuelle
GHT	groupe hospitalier de territoire
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	loi hôpital, patient, santé, territoire
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
IME	institut médico-éducatif
INSP	institut national de santé publique
IRESP	Institut de recherche en santé publique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MCO	médecine-chirurgie-obstétrique
OMS	organisation mondiale de la santé
OQN	objectif quantifié national
OQOS	objectifs quantifiés de l'offre de soins
OQR	objectif quantifié régional
PHRC	projet hospitalier de recherche clinique
PMI	protection maternelle et infantile
PMP	projet médical partagé
PRS	projet régional de santé
PTSM	projet territorial de santé mentale
RPPS	registre partagé des professions de santé
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SAU	service d'accueil des urgences
SDRE	soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SDO	schéma départemental d'organisation
SDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SESSAD	services d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SROS	schéma régional d'organisation des soins
T2A	tarification à l'activité
TSA	troubles du spectre autistique

UHCD (appellation au Vinatier)	
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	union régionale des professions de santé
USIP	Unités de soins intensifs psychiatriques



Inspection générale  
des affaires sociales

Organisation et fonctionnement du dispositif  
de soins psychiatriques,  
60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

**TOME 2**  
**ANNEXES**

Établi par

Alain LOPEZ

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2017 –

- N°2017-064R -



## SOMMAIRE

ANNEXES THEMATIQUES.....	5
ANNEXE 1 : RAPPEL HISTORIQUE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE .....	7
ANNEXE 2 : EPIDEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE.....	21
ANNEXE 3 : PLANS NATIONAUX DE SANTE MENTALE.....	29
ANNEXE 4 : POLITIQUES MENEES PAR LES ADMINISTRATIONS CENTRALES .....	39
ANNEXE 5 : ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ACCUEILLANT DES PATIENTS PRESENTANT DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES .....	59
ANNEXE 6 : OUTILS DE PLANIFICATION .....	73
ANNEXE 7 : FINANCEMENT.....	81
ANNEXE 8 : MAITRISE DES DEPENSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN PSYCHIATRIE .....	101
ANNEXE 9 : CONVERSION DE STRUCTURES SANITAIRES EN STRUCTURES MEDICO-SOCIALES..	105
ANNEXE 10 : DEMOGRAPHIE MEDICALE ET DES AUTRES PROFESSIONS INTERVENANT EN PSYCHIATRIE.....	111
ANNEXE 11 : CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE .....	131
ANNEXE 12 : LIBRE CHOIX DU PATIENT .....	137
ANNEXE 13 : SOINS SANS LE CONSENTEMENT DES PATIENTS.....	143
ANNEXE 14 : LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS.....	155
ANNEXE 15 : EVOLUTION DES EQUIPEMENTS, DES ACTIVITES EN PSYCHIATRIE.....	163
ANNEXE 16 : ANALYSE DES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS.....	197
MONOGRAPHIES D'ETABLISSEMENTS.....	203
MONOGRAPHIE 1 : POLE 59G21 DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE LILLE-METROPOLE (59).....	205
MONOGRAPHIE 2 : CH DU VINATIER A BRON (69).....	217
MONOGRAPHIE 3 : SECTEURS PARISIENS DES HOPITAUX DE SAINT-MAURICE, ASSOCIES AU GHT PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES (75).....	239
MONOGRAPHIE 4 : ETABLISSEMENTS D'EURE-ET-LOIR (28).....	261
MONOGRAPHIE 5 : L'HOPITAL SAINTE MARIE AU PUY-EN-VELAY (43) .....	283
MONOGRAPHIE 6 : TROIS ETABLISSEMENTS DE TOULOUSE : L'HOPITAL GERARD MARCHANT, LE CHU ET LA CLINIQUE BEAUPUY (31).....	303
MONOGRAPHIE 7 : CLINIQUE BELLE ALLEE A CHAINGY (45).....	341



MONOGRAPHIE 8 : DE LA CLINIQUE ALLIANCE A VILLEPINTE (93).....	351
MONOGRAPHIE 9 : DU POLE DE PSYCHIATRIE ET D'ADDICTOLOGIE DE L'HOPITAL ALBERT CHENEVIER A CRETEIL (94).....	359
DONNEES DE COMPARAISON ENTRE LES SITES VISITES PAR LA MISSION.....	369

## **ANNEXES THEMATIQUES**



# ANNEXE 1 :

## RAPPEL HISTORIQUE SUR LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE

L'acte fondateur de la psychiatrie en tant que discipline médicale est le geste symbolique de Philippe PINEL, médecin à Bicêtre, libérant de leurs chaînes des aliénés reconnus alors pour des malades en 1793. Mais l'acte fondateur de la politique publique, longtemps appelée de lutte contre les maladies mentales, date de 45 ans plus tard avec la promulgation de la loi du 30 juin 1838 qui, dans l'article premier de son titre I, dispose que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* ». Dans son titre II, cette loi définit aussi les conditions d'admission dans ces « *établissements d'aliénés* », sous la forme de placements volontaires et de placements d'office, et elle précise les mesures de protection des biens dont les personnes hospitalisées doivent bénéficier. Les deux formes de placements prévus se font sans le consentement des intéressés.

En ce début du XIX<sup>ème</sup> siècle, la science médicale identifie un objet de savoir, la maladie mentale, et définit une stratégie de soins, notamment le traitement moral, applicable dans le seul cadre d'une hospitalisation qui tient le malade à l'écart du monde<sup>1</sup>. La loi de 1838 traduit sous la forme d'une politique publique, par les mesures qu'elle entend voir mettre en œuvre, les principes selon lesquels, aux yeux des médecins aliénistes de l'époque, doit s'organiser le traitement de ces malades qui, bien qu'aliénés, gardent une part irréductible de raison avec laquelle une alliance est toujours possible, dans certaines conditions, pour retrouver une bonne santé mentale.

Les dispositions prévues par la loi de 1838 ne se sont appliquées que très progressivement. La France ne s'est pas couverte du jour au lendemain d'asiles accueillant les aliénés. Les difficultés financières et administratives à surmonter ont été nombreuses<sup>2</sup>. Par ailleurs, la politique publique menée en France ne s'en est pas tenue, dans le siècle qui a suivi, aux seules dispositions de cette loi. La logique de la mise à l'écart du monde pour traiter les malades n'a pas été d'une application absolue, loin s'en faut. A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, des expériences de colonies familiales ont été mises en œuvre dans les départements du Cher (Dun-Sur-Auron en 1892) et de l'Allier (Ainay-Le-Château en 1898), sur le modèle de ce qui se faisait à Gheel en Belgique où des malades n'étaient pas hospitalisés mais hébergés dans des familles rémunérées, en milieu rural. En 1922, Edouard Toulouse obtient l'autorisation d'ouvrir à l'hôpital Sainte-Anne à Paris un premier service d'hospitalisation libre des malades, certains services universitaires l'ayant un peu précédé<sup>3</sup>. Par ailleurs, l'hospitalisation dans un asile n'a pas été le seul moyen de prendre en charge les patients malades mentaux. Les malades les plus aisés pouvaient être admis dans des « maisons de santé ».

---

<sup>1</sup> « *Une maison d'aliénés est un instrument de guérison, entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent le plus puissant contre les maladies mentales* ». Esquirol en 1822.

<sup>2</sup> Un exemple : L'asile Sainte-Anne à Paris n'ouvre qu'en 1867, près de 30 ans après la promulgation de la loi de 1838. En 1939, 16 départements français sont dépourvus encore d'établissements spécialisés en psychiatrie.

<sup>3</sup> L'hospitalisation libre s'impose pour des malades jugés curables et souffrant de pathologies n'exigeant pas un internement selon la loi de 1838, les « *petits mentaux* » selon la terminologie qui apparaît à cette époque.

Un décret ministériel, le 8 avril 1937 change la dénomination des établissements traitant des malades mentaux. Les asiles d'aliénés s'appelleront désormais des hôpitaux psychiatriques.

Le ministre de la santé publique, Marc Rucart, décide par voie de circulaire, le 13 octobre 1937, la création dans chaque département d'un dispensaire d'hygiène mentale permettant de développer des actions de prévention et de consultation. Leur mise en place sera progressive. Toujours dans cette même circulaire, il est prévu aussi l'ouverture de services ouverts non soumis au régime légal défini par la loi de 1838 : « les pavillons libres d'observation et de traitement ». Il est stipulé que chaque service de psychiatrie ne doit pas comprendre un nombre de malades supérieur à 400 malades, pour un mouvement d'entrées et de sorties annuelles inférieur à 200.

Malgré son importance, la loi de 1838 n'a donc pas résumé à elle seule la politique publique en France dans ce domaine des maladies mentales pendant plus d'un siècle. Cependant, elle a servi de charpente à cette politique, jusqu'à la circulaire du 15 mars 1960 « *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales* ». Cette circulaire qui, bien sûr, est le résultat d'un cheminement aux origines multiples<sup>4</sup> et anciennes, engage la politique publique de lutte contre les maladies mentales dans une nouvelle ère et va servir de modèle pour de nombreux pays. Elle prend le contre pied de la loi de 1838. Elle considère en effet que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* », et elle développe en conséquence une organisation territoriale des soins dans le cadre de secteurs. Désormais, le soin psychiatrique est à organiser dans le milieu de vie du malade<sup>5</sup>. L'hospitalisation peut se révéler pathogène et, quand elle est nécessaire, ne doit représenter qu'une séquence courte dans le parcours médical du patient. Mais, tout comme après la loi de 1838, la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique va être progressive, fondée d'abord sur une seule circulaire. Il faudra en effet attendre 1985 pour que le secteur soit une forme d'organisation de la psychiatrie déterminée par la loi.

## 1 LE DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES DEFINI PAR LA CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960

La circulaire du 15 mars 1960 précise la forme que doit prendre l'organisation des soins psychiatriques publics et privés faisant fonction de public<sup>6</sup>. Elle ne traite à aucun moment de la question de l'hospitalisation privée à but lucratif qui n'est pas citée une seule fois. Elle se définit comme « *un programme d'organisation* » qui, pour être déterminé, devra obéir à une démarche de planification à engager dans chaque département (identification de l'offre de soins hospitalière psychiatrique du département, étude de la démographie et de sa répartition territoriale, examen des voies de communication pour rapprocher l'offre de soins de la population, inventaire des ressources disponibles et des besoins à prévoir). Il est prévu que ce programme fasse l'objet d'une proposition par le psychiatre départemental, pour être établi par le directeur départemental de la santé.

<sup>4</sup> A noter l'importance du rapport d'Henri DUCHÊNE fait en juin 1959 au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

<sup>5</sup> « *Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* ». Deuxième paragraphe du chapitre 1<sup>er</sup> de la circulaire du 15 mars 1960.

<sup>6</sup> « *Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure*. ».

Ce travail de planification impliquait de déterminer le niveau d'équipement en lits et les structures de prise en charge nécessaires (dispensaires d'hygiène mentale, hôpital de jour, foyers de postcure, ateliers protégés). Les références citées en termes d'équipements sont celles de l'OMS (3 lits pour 1 000 habitants englobant les besoins pour les adultes et les enfants).

Le territoire départemental constitue dans son ensemble un secteur. Il doit être découpé en « *sous-secteurs* » géo-démographiques tous reliés au dispositif de soins hospitalier. A chacun de ces « *sous-secteurs* » d'un département correspondra un service hospitalier qui prendra en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire. Un « *sous-secteur* » type, bien vite dénommé dans la pratique un « *secteur* », en prenant en compte les références de l'OMS de 3 lits pour 1 000 habitants, est constitué selon la circulaire du 15 mars 1960 de 200 lits pour une population de 67 000 habitants environ. Cette taille moyenne voulue pour un secteur a fait débat. Le premier texte qui la fixe à 67 000 habitants pour la psychiatrie générale est une circulaire en date du 17 juillet 1963 qui fait référence à des normes de l'OMS. En fait cette dimension, reprise ensuite par d'autres circulaires, est retenue parce qu'elle est alors considérée comme correspondant à une équipe médicale pas trop grande pour être gérée facilement, pour une population dont les besoins apparaissent plus aisés à connaître. Quant à la dimension des inter-secteurs de pédopsychiatrie, fixée par la circulaire du 18 janvier 1971 à environ 200 000 habitants, soit le territoire de trois secteurs de psychiatrie générale, il est expliqué dans une circulaire en date du 16 mars 1972 que « *ce chiffre n'a pas été choisi après une étude scientifique ; il tient compte d'un état de pénurie et ne permet de couvrir qu'un minimum de besoins* ».

Constatant le déficit en lits existant alors en France, la circulaire de 1960 envisage la création de nouveaux établissements spécialisés ou de « *quartiers psychiatriques* » rattachés à un hôpital général<sup>7</sup>. Elle estime que cette dernière formule, le rattachement à un hôpital général, « *présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le quadrillage souhaitable à l'organisation de la politique de secteur* »<sup>8</sup>.

La mission du secteur psychiatrique ainsi constitué porte à la fois sur les soins, la prévention et la postcure.

En parallèle, demeurent – dans quelques CHU – des services hospitaliers de psychiatrie publics non sectorisés. Les cliniques privées à but lucratif sont-elles-aussi non sectorisées.

---

<sup>7</sup> Déjà, dans les années 1930, Edouard Toulouse et Georges Heuyer avaient proposé, pour sortir de l'asile, que des services d'hospitalisation libre soient implantés au sein des hôpitaux généraux.

<sup>8</sup> Le dispositif de soins psychiatrique, du fait de la loi de 1838, reposait sur l'existence dans chaque département d'un hôpital psychiatrique départemental unique, implanté en règle générale au chef-lieu du département, éloigné donc d'une part de la population plus ou moins importante, ne permettant pas d'assurer aisément les soins de proximité voulus par cette nouvelle politique publique en psychiatrie affirmée par la circulaire du 15 mars 1960.

## 2 LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE, POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES A PARTIR DE 1960, A ETE MISE EN ŒUVRE DE FAÇON TARDIVE, PROGRESSIVE ET INEGALE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE NATIONAL

La circulaire du 15 mars 1960 fixe les principes de ce qui va être, et est encore, la politique publique de lutte contre les maladies mentales en France. Il est intéressant cependant de noter qu'une autre circulaire, en date aussi du 15 mars 1960, rarement citée, porte sur le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Alors que la circulaire du 15 mars, restée fondatrice d'une politique publique nouvelle, portée par une conception de la maladie mentale et de sa prise en charge qui entend éviter les mécanismes d'aliénation entraînés par des hospitalisations isolant les malades de la communauté, l'autre circulaire datée du même jour, traitant du plan directeur des hôpitaux, préconise la construction d'hôpitaux pavillonnaires, en forme de « village ». L'hôpital psychiatrique, conçu comme un lieu de vie pour les malades mentaux, continuait d'être développé, alors que se mettait en œuvre une politique visant à lui donner une toute autre place dans la prise en charge des patients.

Cette inconséquence de la politique publique, dès son point d'origine, va se prolonger dans la lenteur avec laquelle le secteur se mettra en place. En effet, les textes législatifs et réglementaires permettant l'application de ces principes nouveaux, définis par la circulaire du 15 mars relative au programme d'organisation et d'équipement départemental en matière de lutte contre les maladies mentales, vont tarder.

Il faut attendre l'article 25 de la loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier pour que la banalisation des hôpitaux psychiatriques, engagée par la circulaire de 1937, voulue par la circulaire de 1960, se concrétise, en leur faisant bénéficier du même statut que les hôpitaux généraux. Les médecins de ces établissements psychiatriques, alors encore fonctionnaires de l'Etat, peuvent, s'ils le souhaitent, opter pour le même statut que les médecins hospitaliers<sup>9</sup>, et leurs responsabilités sont étendues aux structures extrahospitalières qui dépendent d'eux (dispensaire d'hygiène mentale, postcure), sans pour autant citer le terme de secteur.

Il faut attendre douze ans, l'arrêté du 14 mars 1972, « *fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies* », et la circulaire n° 431 du 14 mars 1972 destinée à l'application de cet arrêté, pour disposer enfin des modalités de mise en place des secteurs. Cette circulaire affirme que « *le secteur constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside* »<sup>10</sup>. Elle précise que « *le découpage sectoriel et l'équipement envisagé[...] devront se faire dans le cadre de la carte sanitaire* » définie par la loi du 31 décembre 1970. Cette carte sanitaire et donc le découpage sectoriel sont arrêtés par le préfet. L'annexe 1 de cette circulaire du 14 mars 1972 précise la composition pluridisciplinaire d'une équipe de secteur de psychiatrie générale ou d'inter-secteur de pédopsychiatrie. Ces textes sont complétés par une circulaire en date du 16 mars 1972 sur la

<sup>9</sup> Disposition qui sera prolongée par un décret en date du 11 mars 1970 où le terme de secteur figure enfin. Cependant les médecins hospitaliers psychiatres continuent d'être nommés par le ministre, quand les autres médecins hospitaliers sont nommés au niveau régional.

<sup>10</sup> Le secteur est ainsi défini par cette circulaire du 14 mars 1972 : « *c'est donc tout d'abord une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui ont en besoin [...] Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de postcure que nécessite l'état du malade* ».

pédopsychiatrie, qui fixe les objectifs, l'organisation et le fonctionnement d'un inter-secteur, et précise ce que devrait être un équipement hospitalier de base en pédopsychiatrie.

Les conditions pour déterminer ces espaces géo-démographiques que sont les secteurs de psychiatrie générale et les inter-secteurs de pédopsychiatrie sont donc enfin fixés par ces textes de 1972. Le découpage en secteurs du territoire national se généralise, permettant de mettre en œuvre l'organisation des soins voulue par la circulaire de 1960. Le département, collectivité locale, est alors en charge de la mise en place et du fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale, au sein desquels intervient l'équipe médicale hospitalière du secteur correspondant, dans des conditions réglées par convention. Il finance cette activité de prévention et de consultation psychiatrique, à partir d'une dotation versée par l'Etat qui représentait<sup>11</sup> environ 83 % des dépenses en 1974.

Point important à souligner, les consultations des patients reçus dans les dispensaires d'hygiène mentale sont gratuites. Le dispositif français se distingue là de bien des organisations étrangères. Cette gratuité est d'abord fondée sur le fait que ces dispensaires, à l'origine, avaient pour vocation d'agir dans le domaine de la prévention. Leurs activités ne pouvaient donc pas être financées par l'assurance maladie. Par ailleurs, il est voulu qu'aucun obstacle financier ne limite l'accès de patients socialement souvent en difficultés du fait de leur pathologie mentale.

**La mise en place de la sectorisation se fera de façon progressive et inégale selon les départements.** En 1974, le ministre de la santé signe deux nouvelles circulaires en date du 9 mai, pour lever les obstacles encore existants, l'une sur la psychiatrie générale, l'autre sur la pédopsychiatrie. Ces instructions précisent les objectifs poursuivis par cette politique publique :

- « déconcentrer et diversifier les pôles thérapeutiques par l'éclatement des gros hôpitaux psychiatriques ;
- limiter les indications de l'hospitalisation plein temps et en réduire la durée en pratiquant au maximum les soins ambulatoires ;
- assurer la continuité des soins ambulatoires ou hospitaliers en les plaçant sous la responsabilité d'une même équipe pluridisciplinaire ».

Ces objectifs sont encore aujourd'hui d'actualité et on les retrouve, formulés presque de façon identique, dans les textes réglementaires, les circulaires et les plans nationaux ou régionaux qui ont suivi.

La circulaire du 9 mai 1974 définit la composition type d'un secteur de psychiatrie générale. Elle recommande notamment que les infirmiers membres de l'équipe intervenant en extrahospitalier soient au nombre minimum d'un temps plein pour 10 000 habitants du secteur. Elle rappelle qu'il n'y a pas d'obligation pour un malade d'être traité par l'équipe médicale en charge du secteur géographique où il réside. Mais il y a obligation pour cette équipe d'accepter de traiter les malades habitant dans le secteur dont elle a la charge.

Ces différents textes ayant permis de mettre en œuvre la sectorisation psychiatrique, tant au profit des adultes que des enfants, prévoient que l'équipe médicale de secteur ou d'inter-secteur travaille en lien avec d'autres institutions sociales ou médico-sociales, sur le territoire qui lui est affecté. Et, afin de faciliter la mise en œuvre de cette politique au niveau local, de développer les liens entre les secteurs et leurs nombreux partenaires, et d'éviter « le risque pour les équipes de s'enfermer dans

---

<sup>11</sup> Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique (non parue au journal officiel).



*leur secteur respectif*», la circulaire du 9 mai 1974 prévoit la mise en place dans chaque département d'un conseil de santé mentale de secteur, auquel les psychiatres privés sont invités à participer. C'est là la première mention de l'implication souhaitable de la psychiatrie libérale dans le bon fonctionnement du dispositif de soins psychiatrique.

### 3 LA LEGALISATION DU SECTEUR EN 1985 ET L'EVOLUTION DE SON MODE DE FINANCEMENT

Une circulaire n'est pas une loi. La politique publique qui a conduit, dans la première moitié du XIX<sup>ème</sup> siècle, à implanter dans chaque département français un hôpital psychiatrique et à définir le statut du malade hospitalisé, se fondait sur la promulgation d'une loi, à l'issue d'un débat parlementaire permettant une large appropriation par le corps social de ses principes et de ses objectifs, au travers de ses représentants. Une simple circulaire n'est bien sûr pas investie d'une légitimité démocratique aussi forte, alors qu'en 1960 se met en place une politique nouvelle s'appuyant sur une conception très différente de la maladie et de son traitement. C'est 25 ans plus tard, en 1985, qu'une loi reconnaîtra l'existence des secteurs de psychiatrie<sup>12</sup>. Cette loi met aussi en place un conseil départemental de santé mentale (CDSM) chargé de donner un avis sur « *le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements comportant ou non des possibilités d'hospitalisation* ».

L'année se terminera par le vote d'une seconde loi<sup>13</sup> entièrement consacrée à l'organisation en secteurs de la psychiatrie publique.

Cette loi du 31 décembre 1985 unifie le financement des activités du secteur psychiatrique, entendu comme composé de structures hospitalières et extrahospitalières. Jusque-là, le secteur était, dans les faits, assimilé aux seules activités extrahospitalières reliées à un service géré par l'hôpital. Cet extrahospitalier au sein des dispensaires était financé par le conseil général et l'Etat, au titre de la prévention qui ne relevait pas des dépenses couvertes par l'assurance maladie. En mettant à la charge de l'assurance maladie la totalité des dépenses liées au secteur, est attendu un transfert plus facile des moyens en personnels de l'intra vers l'extrahospitalier. Il y avait urgence en effet à modifier le financement de ces activités extrahospitalières qui, avec le développement de l'organisation voulue par la sectorisation psychiatrique, ne cessaient d'augmenter sans que les budgets suivent.

L'objectif politique est clair, conforme à la direction prise avec la circulaire du 15 mars 1960. Il s'agit de diminuer, plus que cela n'a été fait jusqu'alors, la place de l'hospitalisation dans le traitement des malades mentaux et d'organiser un meilleur suivi en extrahospitalier, au sein de structures alternatives à l'hospitalisation temps plein ou en consultations. La logique, en rupture avec celle que faisait prévaloir la loi de 1838, est de traiter les malades dans leur milieu de vie et de lutter contre toute forme d'aliénation entraînée par la mise à l'écart du monde et l'isolement que constitue une hospitalisation. En 1986, un décret et un arrêté vont dresser la liste et la définition des structures diversifiées gérées par un secteur<sup>14</sup>. L'hôpital ne se présente plus comme étant le cœur du dispositif de soins mais comme une modalité de prise en charge parmi d'autres.

---

<sup>12</sup> Article 8-I de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 qui stipule que les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat, ainsi que toute personne morale public ou privés ayant passé avec l'Etat une convention, « *exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques, appelées secteurs psychiatriques* ».

<sup>13</sup> Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

<sup>14</sup> Décret du n°86-602 du 14 mars 1986 et arrêté du 14 mars 1986.

En 1980, dans le cadre de la carte sanitaire qui concernait depuis 1970 la totalité des équipements médicaux hospitaliers, avait été déterminé un taux d'équipement psychiatrique adapté aux besoins estimés de la population<sup>15</sup>. Ces indices d'équipement, fixés à dire d'experts, étaient de 1 à 1,8 lits et places pour mille habitants en psychiatrie générale, et de 0,25 à 0,30 en psychiatrie infanto-juvénile (avec des sous-indices pour distinguer les lits et les places). Au vu de ces indices d'équipements existaient un excès de lits d'hospitalisation et un déficit de places alternatives à l'hospitalisation temps plein. Aussi, le IX<sup>ème</sup> plan (1984-1988) a prévu la fermeture de 12 000 lits de psychiatrie inoccupés et le remplacement de 28 000 lits par des places de soins ambulatoires et d'hébergement extrahospitalier. Devant le constat en 1986 de la faible réalisation des objectifs de ce plan<sup>16</sup>, est engagée en 1987, sur la base des dispositions de la loi du 25 juillet 1985, une démarche de planification sous la forme de schémas départementaux d'organisation des équipements et services de lutte contre les maladies mentales (SDO)<sup>17</sup>. C'est désormais l'administration de l'Etat qui, de façon concertée, avec un avis du CDSM, est en charge de la préparation de ce travail de planification des équipements psychiatriques, toujours au niveau départemental.

La politique publique de lutte contre les maladies mentales, définie par la circulaire de 1960, s'est développée de façon tardive, progressive, inégale sur l'ensemble du territoire pendant les 30 années qui ont suivi sa formulation, dans un contexte général où l'impératif de maîtrise des dépenses de santé s'est de plus en plus affirmé. En quelques années, le nombre des malades pris en charge par les secteurs de psychiatrie a fortement augmenté, et la part de l'hospitalisation s'est réduite au profit de celle des traitements en extrahospitalier. La prise en charge des malades en ambulatoire, dans leur milieu de vie, au sein de structures extrahospitalières, est apparue moins coûteuse que l'hospitalisation temps plein, sans qu'une véritable étude médico-économique ait été cependant conduite. Aussi, s'est formée une convergence d'intérêts entre la volonté de lutter contre les effets aliénants de l'hospitalisation et celle de trouver des réponses plus économiques au traitement des malades.

#### 4 LE PASSAGE D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES A UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE

La transformation du dispositif de soins psychiatriques passe, à partir de 1987, par l'élaboration de schémas d'organisation, d'abord départementaux, puis régionaux à partir de la loi du 31 juillet 1991, décidés après concertation par l'autorité sanitaire publique déconcentrée<sup>18</sup>. La politique nationale continue de se préciser au travers de circulaires et de textes réglementaires, mais aussi, à partir de 2001, par des plans nationaux. Il ne s'agit plus de lutter contre les maladies mentales comme avec la circulaire de 1960. Désormais la politique publique est une politique portant sur la psychiatrie et la santé mentale. En fait, son appellation va se mettre à varier. D'abord elle s'intitulera « *politique de santé mentale* », ensuite « *politique de psychiatrie et santé mentale* ». Le changement d'appellation illustre la difficulté à trouver un consensus sur le domaine qui devrait relever des soins. La santé mentale, englobant les soins, la prévention et la promotion de la santé, l'action sociale et médico-sociale, fait redouter une extension sans fin des demandes d'intervention

<sup>15</sup> Arrêté du 3 juin 1980 relatif aux indices de besoin concernant les équipements psychiatriques.

<sup>16</sup> A mi-parcours de l'exécution du IX<sup>ème</sup> plan, 3 000 lits ont été fermés, et 1 500 lits ou places d'hospitalisation à temps partiel ont été créés en un an.

<sup>17</sup> Circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 (non parue au journal officiel).

<sup>18</sup> Le préfet jusqu'en 1997, le directeur de l'ARH jusqu'en 2010, le directeur de l'ARS aujourd'hui.

adressées à la psychiatrie. Pourtant, la circulaire du 15 mars 1960, dont les grands principes ne sont guère contestés, donnait aux secteurs psychiatriques des missions de soins, de prévention et de postcure, et exigeait donc qu'ils s'engagent dans des interventions allant au-delà du seul domaine des soins.

**Un texte important est à citer, la circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.** L'objet de la politique publique s'élargit. Il porte désormais sur la santé mentale et pas seulement sur la lutte contre les maladies mentales. L'objectif est toujours de réduire les traitements en hospitalisation et de développer les soins extrahospitaliers, mais l'accent est mis sur les actions à engager pour prévenir les pathologies, favoriser une bonne santé mentale au sein de la population, lutter contre la perte d'autonomie des personnes, améliorer l'insertion sociale des malades mentaux. Le secteur de psychiatrie n'est pas seul porteur de tels objectifs. Il doit s'associer aux interventions relevant d'autres acteurs du domaine social et médico-social, éducatif. Il devient « *une aire de concertation et de coordination des actions à conduire sur le plan local avec l'ensemble des partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale* ». Pour ce faire, est recommandée la mise en place de conseils de secteurs<sup>19</sup>. Cette circulaire se propose de parachever la politique voulue par la circulaire de 1960, trente après, en promouvant « *un niveau supérieur d'organisation de la psychiatrie pour l'adapter au besoin d'insertion dans la communauté sans quitter la base géographique nécessaire à une couverture territoriale complète* ».

**Cette ouverture de la politique publique vers la santé mentale va avec une plus forte affirmation des droits des usagers.** La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, va chercher à mieux garantir les libertés des patients traités sans leur consentement, en prenant des dispositions qui se substituent à ce qui restait de la loi de 1838 portant sur le statut des malades hospitalisés. Elle met en place dans chaque département un comité départemental de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP), dont sont membres des représentants des associations d'usagers, chargé de s'assurer du respect des libertés et de la dignité des patients. Cette loi sera modifiée par les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013, sans rien changer de son objectif général prônant un équilibre entre nécessité du soin, préservation des libertés individuelles et sécurité des personnes.

**La politique nationale, désormais de santé mentale puis de psychiatrie et santé mentale, va faire l'objet de trois plans** en 2001, 2005 et 2011. Tous définissent un certain nombre d'objectifs et d'actions à mener par le niveau national de l'administration de l'Etat et l'assurance maladie. Les deux premiers sont destinés à orienter l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) qui doivent comprendre un volet psychiatrie. Le dernier est chargé d'orienter l'élaboration du projet régional de santé (PRS).

Le premier de ces plans, en date de novembre 2001, s'intitule « *Plan de santé mentale* », avec pour sous-titre : « *l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover* ». Il comporte huit axes. Seul l'avant-dernier porte sur l'organisation de l'offre de soins psychiatrique voulue « *diversifiée, graduée et coordonnée* ». Les autres axes mettent l'accent sur la lutte contre la stigmatisation, le renforcement

---

<sup>19</sup> Ces conseils de secteur sont destinés à :

- « *étudier et résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre ces divers acteurs ;*
- *mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives (sanitaires, sociales, médico-sociales) pour faciliter les orientations des malades ;*
- *produire les informations et propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance. »*

des droits des malades, l'amélioration des pratiques professionnelles, le développement du partenariat, la prévention, l'insertion sociale des personnes handicapées du fait de troubles mentaux.

Toutes ces thématiques se retrouvent dans les deux plans suivants, celui de 2005-2008 et celui de 2011-2015. Ces deux plans cependant s'intituleront « *plan psychiatrie et santé mentale* ».

**Le secteur psychiatrique, défini enfin par une loi en 1985, 25 ans après sa naissance, va disparaître sur le plan légal en 2003, pour être à nouveau reconnu légalement en 2016.**

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, en supprimant la carte sanitaire fait disparaître le cadre légal dans lequel s'inscrivaient les secteurs psychiatriques. Le secteur devient une entité indéfinie, chargée d'exercer les missions de lutte contre les maladies mentales au sein d'un cadre territorial nouveau, « *le territoire de santé* », qui n'est pas spécifique à l'offre psychiatrique mais englobe la totalité de l'offre de santé. La constitution de ces secteurs psychiatriques relève désormais d'une sorte de convention dès lors qu'elle n'est plus actée par une carte sanitaire abolie par l'ordonnance.

Le secteur psychiatrique a retrouvé un fondement législatif avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette loi définit une mission de psychiatrie de secteur à exercer par l'offre de soins psychiatrique, consistant à garantir à l'ensemble de la population :

- un recours de proximité en soins psychiatriques ;
- l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;
- la continuité des soins psychiatriques.

Cette mission de psychiatrie de secteur concourt à la « *politique de santé mentale* » qui comprend « *des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* ». Cette politique de santé mentale doit trouver sa forme, au niveau local, dans le projet régional de santé (PRS) arrêté par le directeur général de l'ARS, mais aussi dans « *un projet territorial de santé mentale* » élaboré par tous les acteurs impliqués dans les actions en faveur de la santé mentale ou, par défaut, par le directeur de l'ARS. Ce projet territorial de santé mentale est arrêté ensuite par le directeur de l'ARS après avis des conseils locaux de santé mentale et des conseils territoriaux de santé. Sur la base de ce projet doit être établi entre l'ARS et les acteurs locaux « *un contrat territorial de santé mentale* ».

L'élargissement de la politique publique vers la santé mentale, à la suite de la circulaire de 1960, engagé à partir des années 1990, est donc affirmé par la loi de 2016. L'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques sont une composante importante de cette politique. Les professionnels des secteurs sont invités à fortement s'impliquer dans un ensemble de travaux de construction de stratégies territoriales et d'actions pluri-partenariales.

Quant aux établissements de soins psychiatriques, ils sont, comme les autres établissements de santé, conduits à s'associer au sein de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Certains ont pu le faire au sein d'un GHT « psychiatrique » composé seulement d'établissements psychiatriques. Ce sera le cas pour 12 des établissements spécialisés en psychiatrie sur les 96 existants en France. Aujourd'hui, environ 161 établissements de santé accueillant des disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, disposent de services de psychiatrie. Avec la mise en place des GHT, la quasi-totalité du dispositif de soins psychiatrique se retrouve désormais faire partie d'opérateurs hospitaliers qui ne sont pas spécialisés en psychiatrie. Cette situation a fait craindre que la

spécificité de cette discipline soit mal prise en compte au sein de ces organisations hospitalières. Aussi, la loi a prévu que se constituent des communautés psychiatriques de territoire (CPT), composées d'établissements du service public, spécialisés en psychiatrie ou ayant des services de psychiatrie. Les établissements psychiatriques et ceux disposant de services de psychiatrie se trouveront donc dans une double appartenance. Ils seront membres d'un GHT, de façon obligatoire, et d'une CPT, à titre volontaire.

Le dispositif de soins est incité à évoluer vers plus d'ouverture, de constructions de complémentarités, en son sein comme avec son environnement, d'implication dans une politique globale de santé territorialisée, prenant en compte les dimensions préventives, de soins et de réadaptation-réinsertion des problèmes de santé de la population.

## 5 LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE S'INSCRIT DANS LE CADRE DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE

Définir la politique publique portant sur le dispositif de soins psychiatriques par les seules dispositions traitant de ce secteur d'activité serait très réducteur. La politique publique porte sur la santé, déterminée aussi bien dans sa composante nationale que régionale, et la psychiatrie est concernée, comme les autres disciplines médicales, par des orientations qui ne lui sont pas spécifiques.

### ➤ *La psychiatrie prise dans la séparation entre le sanitaire et le social*

Deux grandes lois ont séparé au début des années 1970 le sanitaire du social : la loi hospitalière du 31 décembre 1970 et les deux lois du 30 juin 1975 (sur l'orientation en faveur des personnes handicapées, et sur les institutions sociales et médico-sociales). Mais, pour une personne souffrant de troubles mentaux, le partage entre maladie, relevant des soins psychiatriques, et handicap, pris en charge par le secteur médico-social, est souvent impossible à opérer de façon stricte. Les prises en charge psychiatriques se prolongent par des accompagnements nécessaires dans les domaines du social et du médico-social, et des personnes handicapées peuvent avoir besoin de soins plus ou moins suivis. Aussi la psychiatrie a dû s'impliquer dans des articulations toujours plus structurées avec les secteurs social et médico-social.

La loi du 11 février 2005 sur le handicap a distingué handicap psychique et handicap mental, considérant le premier comme un état de déficiences encore évolutif, quand le second représentait une situation d'incapacités stabilisée. Cette reconnaissance du handicap psychique a renforcé la nécessité d'un travail complémentaire et intriqué entre services de psychiatrie et secteurs du social et du médico-social, en mettant en avant l'existence d'une dynamique toujours possible chez des patients affectés par différentes déficiences du fait d'une pathologie mentale, mais conservant un potentiel personnel à développer.

### ➤ *La psychiatrie dans le cadre de la politique publique portant sur les soins*

Les différentes lois hospitalières qui se sont succédé, depuis celle de 1970, ont toutes pris des dispositions applicables à l'ensemble du dispositif de soins, public et privé, psychiatrique ou pas. Ainsi, la psychiatrie s'est vue appliquée le régime d'autorisation basé sur une carte sanitaire prévu par la loi du 31 décembre 1970.

La loi du 19 janvier 1983, qui change le mode de financement du dispositif hospitalier public et participant au secteur public, en mettant fin au système du prix de journée et en instaurant une dotation globale, s'applique à tous les hôpitaux, y compris psychiatriques.

La loi du 31 juillet 1991 fait disparaître la catégorie des hôpitaux spécialisés. Les hôpitaux deviennent des « établissements de santé », y compris quand ils sont autorisés pour des soins psychiatriques<sup>20</sup>. Le dispositif hospitalier fait l'objet d'une planification, au travers d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), arrêté par le préfet de région pour cinq ans, et concernant aussi bien les disciplines MCO que la psychiatrie. Il faut observer qu'avec cette loi de 1991, disparaît le Schéma départemental de lutte contre les maladies mentales (SDO) créé par la loi de 1985, et avec lui le principe d'une planification départementale et spécifique du dispositif de soins psychiatriques.

L'ordonnance de 1996 instaurant une accréditation des établissements de santé, concerne aussi la psychiatrie.

Enfin, la création de pôles intra-hospitalier et, plus récemment celle des GHT, ne tient pas la psychiatrie à l'écart de ces orientations voulues par la politique publique en faveur de la santé.

Pour le dire autrement, les grands outils de régulation du dispositif de soins, mis en place en France depuis près de cinquante ans, s'appliquent à la psychiatrie, et plus largement à la santé mentale, dans les mêmes conditions que pour tout le dispositif de santé :

- mêmes outils d'organisation internes à l'hôpital (pôles d'abord, GHT ensuite) et territoriaux (SROS d'abord, PRS ensuite avec la loi HPST) ;
- mêmes orientations en faveur de la qualité des soins (les démarches d'accréditation, les recueils de données sur la qualité des soins adaptés à la spécialité mais obéissant au même principe, les informations sur la satisfaction du patient) ;
- même exercice de leurs droits par les patients (représentation des usagers dans les instances de gouvernance, droit à l'information du patient, libre choix du patient, liberté d'accepter ou non des soins, sous la réserve du cas particulier des soins sans consentement).

Un seul domaine de régulation dispose aujourd'hui d'outils différents, mettant la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation (SSR) dans une situation à part, celui des modalités de financement des établissements de santé.

Si pendant longtemps les règles de financement ont été les mêmes (prix de journée, dotation globale), elles ne le sont plus depuis l'instauration de la T2A, applicable aux seuls établissements relevant des disciplines d'équipement relevant de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Le dispositif de soins hospitaliers psychiatriques est financé sous le mode d'une dotation annuelle de financement, pour les établissements de service public, et les cliniques privées à but lucratif continuent de percevoir des prix de journées.

---

<sup>20</sup> Ainsi les appellations de CHS (centre hospitalier spécialisés) ou d'EPSM (établissement public de santé mentale) n'ont aucune base légale ou réglementaire depuis 1991. Il faut dire que depuis toujours le nom à donner aux établissements accueillant des malades mentaux a fait l'objet d'interrogations, liées à des conceptions différentes des soins et plus particulièrement de l'hospitalisation : « Maisons de santé » au XIX<sup>ème</sup> siècle, asiles jusque dans les années 1930, hôpital psychiatrique ou « centre de traitement et de réadaptation sociale » au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, « centre psychothérapique » dans les années 60.

## 6 LA PLACE DE LA PSYCHIATRIE LIBERALE DANS LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE

Le dispositif de soins psychiatriques voulu par la politique publique de lutte contre les maladies mentales inclut bien sûr les cliniques privées à but lucratif et les professionnels de santé exerçant en ambulatoire à titre libéral. Mais les textes législatifs et réglementaires traitent principalement du dispositif de soins relevant du service public, sectorisé depuis la circulaire du 15 mars 1960. Il ne faudrait pas cependant en conclure que la politique publique définie en France néglige le dispositif privé, fait comme s'il n'existait pas ou était marginal. Cela n'aurait guère de sens quand respectivement près de 25 % et de 13 % des journées d'hospitalisation, en psychiatrie générale et en pédopsychiatrie, se font en cliniques privées à but lucratif, et près de 53 % des actes en ambulatoire sont réalisés par des psychiatres libéraux<sup>21</sup>. Et, pour être complet, il conviendrait aussi de prendre en compte la part de l'activité des médecins généralistes consacrée à des soins psychiatriques.

Le dispositif de soins privés, hospitaliers et ambulatoires, est concerné par les objectifs principaux de la politique publique de lutte contre les maladies mentales, devenue politique de santé mentale et maintenant de psychiatrie et de santé mentale, même s'il est peu cité dans les textes. Mais ses obligations sont moindres que celles du service public et ses règles d'organisation, de fonctionnement et de financement présentent des particularités.

Progressivement, les outils d'organisation de l'offre de soins mis en place, au service des grandes orientations de la politique de psychiatrie et santé mentale, se sont de plus en plus appliqués aussi bien aux établissements du service public qu'aux établissements de soins privés à but lucratif :

- la circulaire du 9 mai 1974, comme cela a déjà été mentionné, incite les secteurs à associer les psychiatres privés aux conseils de santé mentale qu'elle recommande de mettre en place ;
- les SDO, puis les SROS et aujourd'hui les PRS peuvent prendre des dispositions s'appliquant au dispositif de soins privé ;
- la loi de 2016 prévoit que les cliniques privées, qui ne peuvent être membres des GHT et des CPT, puissent y être associées ;
- les cliniques privées et les professionnels libéraux de la santé mentale sont invités à participer à toutes les instances de concertation et de coordination mises en œuvre (conseils territoriaux de santé avec leur commission spécialisée sur la santé mentale, conseils locaux de santé mentale). Ils peuvent être parties prenantes des travaux d'élaboration des PTSM.

Moins de contraintes pèsent sur le secteur privé que sur le service public pour orienter son organisation et ses activités. Mais il est évident que la tendance est de rapprocher ces deux secteurs de soins, de mieux organiser leurs complémentarités, pour mettre en œuvre une politique publique visant à traiter les patients souffrant de pathologies psychiatriques dans la cité, en les orientant vers les modes de prise en charge diversifiés les mieux adaptées à leurs situations, en accompagnant de façon continue leur parcours de soins, en articulant les interventions médicales et sociales. Quelques établissements de santé privés à but lucratif ont parfaitement compris cette

---

<sup>21</sup> Sources : SAE. Panorama des établissements et données de la CNAMTS. En 2014, le total des actes en ambulatoire, psychiatrie générale et pédopsychiatrie additionnés a été de 14 676 384. En 2014, le total des actes des psychiatres libéraux a été de 16,4 millions.

évolution nécessaire et se sont engagés dans des partenariats très structurés avec le secteur public. Ils sont cependant encore peu nombreux.

Le dispositif psychiatrique privé n'est pas sectorisé et est financé, aussi bien en hospitalier qu'en ambulatoire, selon des règles différentes de celles appliquées au secteur public<sup>22</sup>. Il est cependant astreint au respect des mêmes règles de qualité et de sécurité des soins. Mais son implication dans le développement de complémentarités avec le service public dépend pour l'essentiel de sa bonne volonté. Le recours aux incitations financières est le levier de plus en plus utilisé par les pouvoirs publics pour l'intégrer dans la mise en œuvre de meilleures réponses aux besoins de santé mentale de la population :

- les consultations médicales auprès des psychiatres libéraux font l'objet d'une facturation majorée pour tenir compte de la longueur moyenne des actes ;
- des consultations auprès de psychologues libéraux ont été financées selon une rémunération forfaitaire, à la suite des attentats, pour prendre en charge des personnes souffrant de psycho-traumatisme ;
- une expérience est en cours dans trois régions sur le dépistage précoce de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans. Dans ce cadre, des consultations de psychologues libéraux peuvent bénéficier d'un financement par le FIR ;
- l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), signé le 20 avril 2017 entre l'UNCAM et 12 organisations de professionnels de santé<sup>23</sup>, prévoit que des contrats types pourront être établis entre des structures pluri-professionnelles ou des centres de santé et les organismes locaux d'assurance maladie et l'ARS, pour financer la participation à des travaux de coordination autour, notamment, de la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques.

Il n'en reste pas moins que le modèle de prise en charge des troubles mentaux mis en œuvre par le dispositif public s'écarte de plus en plus, depuis 1960, de celui développé globalement par le dispositif privé. Modes de prise en charge de plus en plus diversifiés, aussi bien en intra qu'en extrahospitalier, côté public ; recours surtout à l'hospitalisation temps plein et aux consultations en ambulatoire côté privé<sup>24</sup>. Articulations multiples avec les acteurs du social et du médico-social pour accompagner la réinsertion des patients côté public ; prise en charge surtout centrée sur le soin côté privé. Un tel écart, pour des soins financés tous par la solidarité collective, ne peut se justifier que si les pathologies traitées sont différentes selon qu'il s'agisse du dispositif public ou privé. Il devra être réduit si les pathologies traitées sont, pour la plupart, de même nature, sachant que le modèle de prise en charge mis en œuvre en France à partir de 1960 est celui préconisé aujourd'hui sur le plan international par la communauté scientifique<sup>25</sup>.

---

<sup>22</sup> Prix de journée pour les cliniques et dotation globale de financement pour les établissements chargés du service public. Paiement à l'acte pour les professionnels de santé mentale libéraux et salaire pour les professionnels de santé mentale du service public.

<sup>23</sup> Arrêté du 24 juillet 2017 paru au journal officiel du 5 août 2017.

<sup>24</sup> Un chiffre pour illustrer ces différences : en 2015, seulement 7% des places d'hospitalisation de jour autorisées sont dans le secteur privé, qui gère 23% des lits. Par ailleurs, le secteur privé ne dispose pas de CATTP. *Source : SAE. Panorama des établissements de santé.*

<sup>25</sup> Domine au sein de la communauté scientifique une conception bio-psycho-sociale de la pathologie mentale qui conduit à combiner des interventions sur toutes ces dimensions du problème de santé.





## ANNEXE 2 :

# EPIDEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

On estime que les maladies psychiatriques touchent plus d'une personne sur cinq chaque année, contre une sur dix pour le cancer<sup>26</sup>.

Les troubles mentaux « affectent un individu sur trois au cours de la vie et représenteront la première cause de perte de qualité de vie d'ici 2020 »<sup>27</sup>. « En France...il est estimé que les troubles mentaux représentent 14 % du fardeau total de l'ensemble des maladies et qu'ils constituent la première cause d'invalidité »<sup>28</sup>.

Les prévisions de la CNAMTS<sup>29</sup> font attendre une augmentation des personnes présentant des troubles psychiatriques. De 2 188 000 personnes en 2015, le nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques devraient atteindre 2 431 500 personnes, soit une augmentation de 2,1 % par an. Cette augmentation est le résultat d'un effet démographique (+63 400) et d'un effet épidémiologique (+179 900).

### 1 QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES EN POPULATION GENERALE SUR LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

#### ► **La schizophrénie :**

« L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. De fait, la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité, et l'espérance de vie des patients est en moyenne de dix ans inférieure à celle de la population générale »<sup>30</sup>. Toujours selon l'étude de l'OMS, 40 % des personnes atteintes de schizophrénie tentent de se suicider, et 10 % décèdent des suites d'un suicide.

Cette pathologie psychiatrique touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007).

#### ► **La dépression :**

En 2005, 8 % des français de 15 à 75 ans ont vécu une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation (INPES), ce qui représente trois millions de personnes. Dans la même tranche d'âge, 19 % des français ont vécu ou vivent une dépression au cours de leur vie, soit huit millions de personnes<sup>31</sup>.

---

<sup>26</sup> Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Etude Octobre 2014 de la fondation fondaMental et de l'Institut Montaigne.

<sup>27</sup> Murray et al., 2012 ; Murray and Lopez, 1997 ; Organisation mondiale de la santé, 2005, 2002. Cités dans rapport de recherche QUAPRI-PSY. Mars 2016. Coralie Gandré, Jeanne Gervais, Julien Thillard, Maxime Oriol, Massinissa Aroun, Jean-luc Roelandt, Jean-Marc Macé et Karine Chevreul.

<sup>28</sup> Cuerq et al., 2008 ; Organisation de coopération et de développement économique, 2011. Cité par le rapport de recherche QUAPRY-PSY.

<sup>29</sup> Rapport charges et produits pour 2018, publié en 2017.

<sup>30</sup> Questions d'économie de la santé N°206 février 2015.

<sup>31</sup> INPES, Baromètre santé 2005, mars 2006.

Un dixième des personnes souffrant de dépression décède par suicide et 20 à 30 % d'entre elles présentent des formes chroniques et résistantes aux traitements<sup>32</sup>.

➤ **Les troubles bipolaires :**

En France, les troubles bipolaires touchent entre 1,2 % et 5,5 % de la population générale. Selon l’OMS, ils représentent la sixième cause de handicap chez les personnes de 15 à 44 ans. Le risque suicidaire chez ces patients est élevé. On estime que 20 % des patients bipolaires non traités décèdent par suicide<sup>33</sup>.

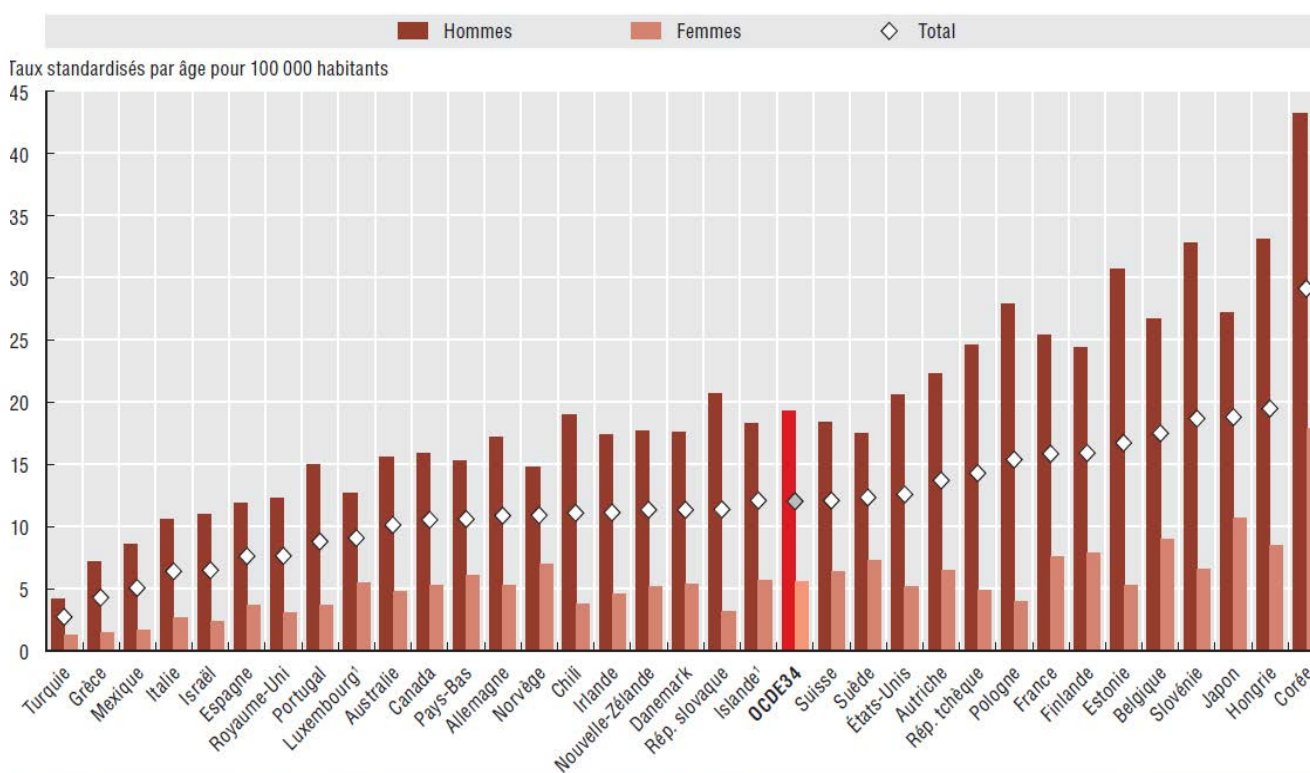
➤ **Les troubles anxieux :**

On estime qu’une femme sur cinq et un homme sur dix souffre un jour d’un trouble anxieux plus ou, moins durable. Ces troubles peuvent s’accompagner de dépression et d’addictions (alcool et médicaments psychotropes).

➤ **Le suicide :**

Le taux de mortalité par suicide en France (14,7 pour 100 000 habitants) est l’un des plus élevés des pays de l’Union Européenne (10,2 pour 100 000 habitants).

Graphique 1 : Taux standardisé par âge pour les suicides rapportés à 100 000 habitants dans plusieurs pays de l’OCDE en 2013.



Source : Statistiques de l’OCDE sur la santé. 2015.

<sup>32</sup> Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Etude Octobre 2014 de la fondation fondaMental et de l’Institut Montaigne.

<sup>33</sup> Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Etude Octobre 2014 de la fondation fondaMental et de l’Institut Montaigne.

➤ **Les patients en affection de longue durée du régime général pour cause de pathologie psychiatriques**

Tableau 1 : Nombre de patients du régime général en affection de longue durée pour cause de pathologie psychiatrique en 2015

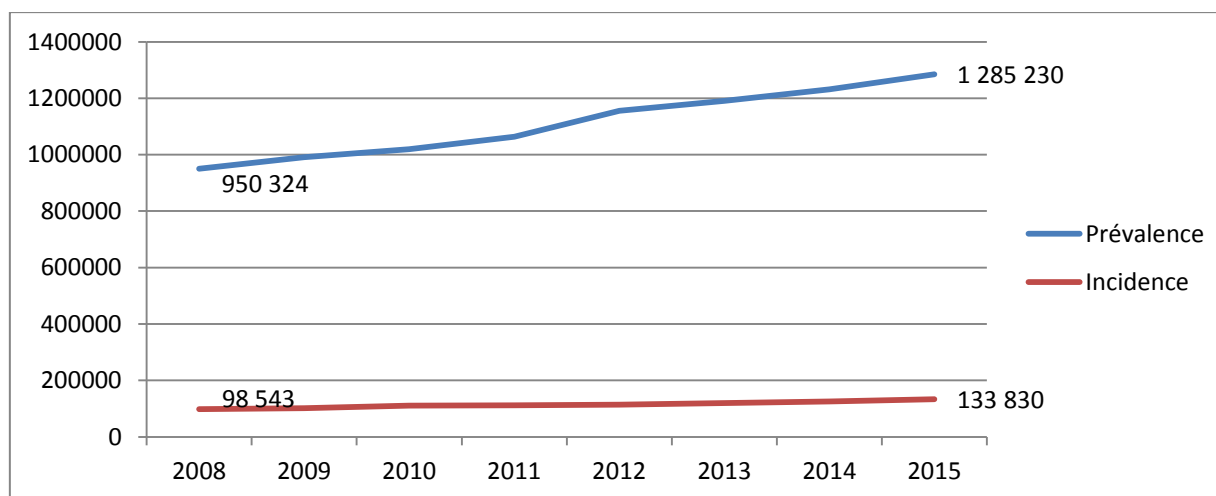
F10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	50 910
F11	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	12 230
F20	Schizophrénie	136 910
F22	Troubles délirants persistants	38 980
F28	Autres troubles psychotiques non organiques	24 530
F29	Psychose non organique, sans précision	87 110
F31	Trouble affectif bipolaire	138 560
F32	Épisodes dépressifs	343 990
F33	Trouble dépressif récurrent	22 700
F41	Autres troubles anxieux	31 690
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	197 160
F79	Retard mental, sans précision	109 390
F84	Troubles envahissants du développement	60 230
<b>TOTAL</b>		<b>1 254 390</b>

Source : Assurance maladie. Statistiques Ameli.

La prévalence et l'incidence des patients bénéficiant d'une ALD30 au titre d'une pathologie psychiatrique ne cessent d'augmenter depuis 2008 (+35,2 % pour la prévalence et + 35,8 % pour l'incidence).

En 2015, le nombre des ALD30 pour cause de pathologie psychiatrique représentait 13 % du total, sachant qu'un patient peut bénéficier d'une ALD à plusieurs titres. Il s'agissait de femmes dans 54 % des cas.

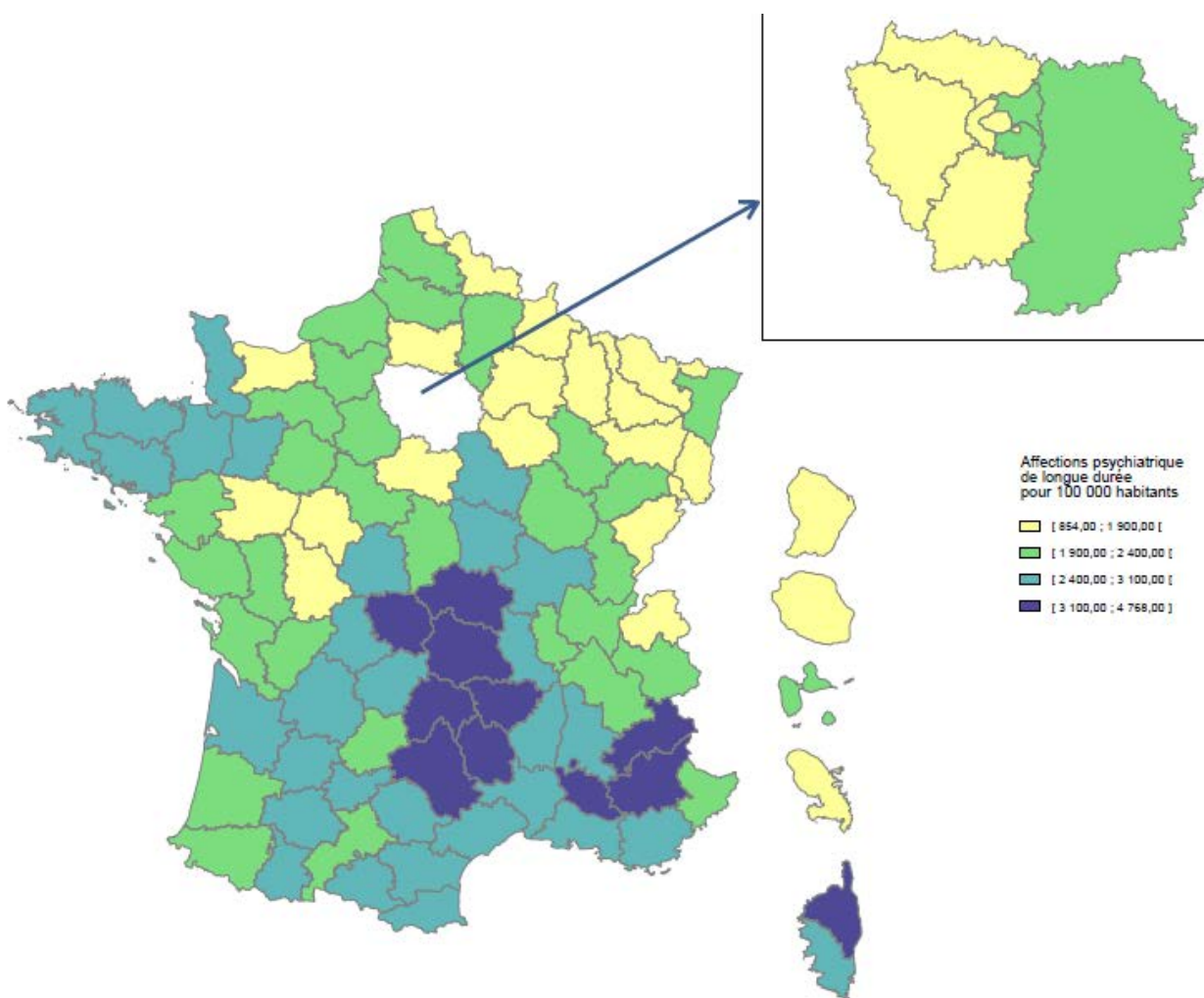
Graphique 2 : Evolution de la prévalence et de l'incidence des ALD 30 entre 2008 et 2015.



Source : Assurance maladie. Statistiques Ameli.

La répartition de ces mesures d'ALD 30 pour cause de pathologie psychiatrique est très inégale selon les départements. Mises à part les situations de Mayotte et de la Guyane, les différences vont de 1 324 mesures d'ALD 30 dues à une cause psychiatrique pour 100 000 habitants en Meurthe et Moselle, à 4 035 pour 100 000 habitants en Haute Loire et 4 768 pour 100 000 habitants en Lozère. La moitié sud de la France a en général des taux plus élevés, à l'exception de la Bretagne.

Répartition des taux standardisés par l'âge du nombre des ALD 30 pour cause de pathologies mentales en 2015, rapporté à 100 000 habitants, par départements

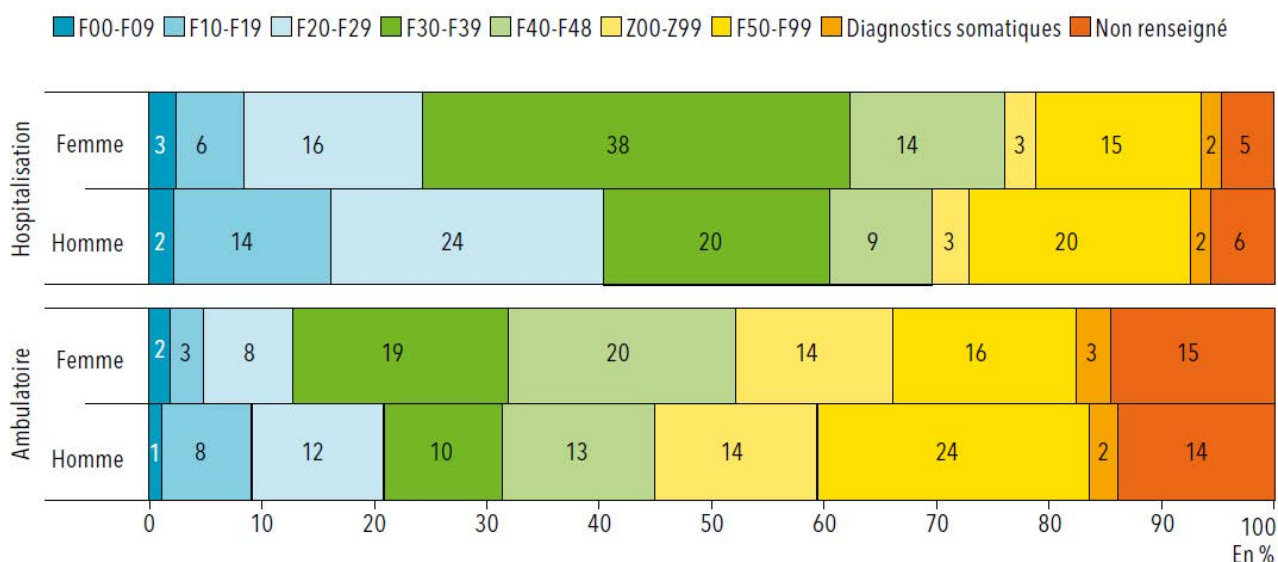


Source : Statistiques Améli.

## 2 LES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES TRAITÉES PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PSYCHIATRIQUES

### ➤ *Les patients traités par les établissements psychiatriques en hospitalisation et en ambulatoire*

Graphique 3 : Répartition des diagnostics principaux par nature de prise en charge et par sexe en 2015



F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ; F20-F29 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants ; F30-F39 : troubles de l'humeur ; F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; F50-F59 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ; F70-F79 : retard mental ; F80-F89 : troubles du développement psychologique ; F90-F98 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ; F99 : autres troubles mentaux sans précision ; Z00-Z99 : facteurs influant sur l'état de santé.

**Note** > Les diagnostics de prise en charge sont codés par les équipes soignantes à partir de la classification internationale des maladies (CIM), 10<sup>e</sup> révision.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

**Source** > ATIH, RIM-P 2015, traitements DREES.

### ➤ *Les patients pris en charge en psychiatrie générale par les établissements relevant d'un financement par la DAF*

En moyenne, pour la France entière, les pathologies les plus fréquentes parmi les patients de plus de 18 ans traités en 2015 en hospitalisation à temps complet ou partiel par des établissements relevant d'un financement par la DAF, sont les troubles psychotiques (24,6 %) ou de l'humeur (23,8 %)<sup>34</sup>.

Pour les patients pris en charge en ambulatoire exclusivement, les pathologies les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur (18 %) ou les troubles névrotiques (18,8 %). Les patients souffrant de troubles psychotiques représentent 10 % de la file active. Il faut toutefois signaler que le diagnostic n'est pas renseigné dans 13,7 % des cas.

<sup>34</sup> Données Scan santé de l'ATIH.

➤ ***Les patients pris en charge en pédopsychiatrie par les établissements relevant d'un financement par la DAF***

Pour les enfants âgés de moins de 18 ans, toujours en hospitalisation à temps complet ou partiel, les patients les plus nombreux sont, dans les établissements relevant d'un financement par la DAF, les troubles du développement psychologique (32 %) et les troubles du comportement et émotionnel (24,6 %).

En ambulatoire exclusif, les pathologies les plus fréquentes parmi les enfants sont les troubles du comportement et les troubles émotionnels (27,7 %). Viennent ensuite les troubles névrotiques (15 %) et les troubles du développement psychologique (13,5 %).

➤ ***Les patients pris en charge par des établissements relevant d'un financement par l'OQN***

Dans les établissements sous OQN (principalement des établissements privés lucratifs et quelques ESPIC), le profil des patients est différent.

Les patients de plus de 18 ans hospitalisés en hospitalisation à temps complet ou partiel souffrent de troubles de l'humeur dans leur majorité (54,3 %). Ils souffrent de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives dans 12 % des cas, de psychose dans 11,7 % des cas, et de troubles névrotiques dans 11,6 % des cas.

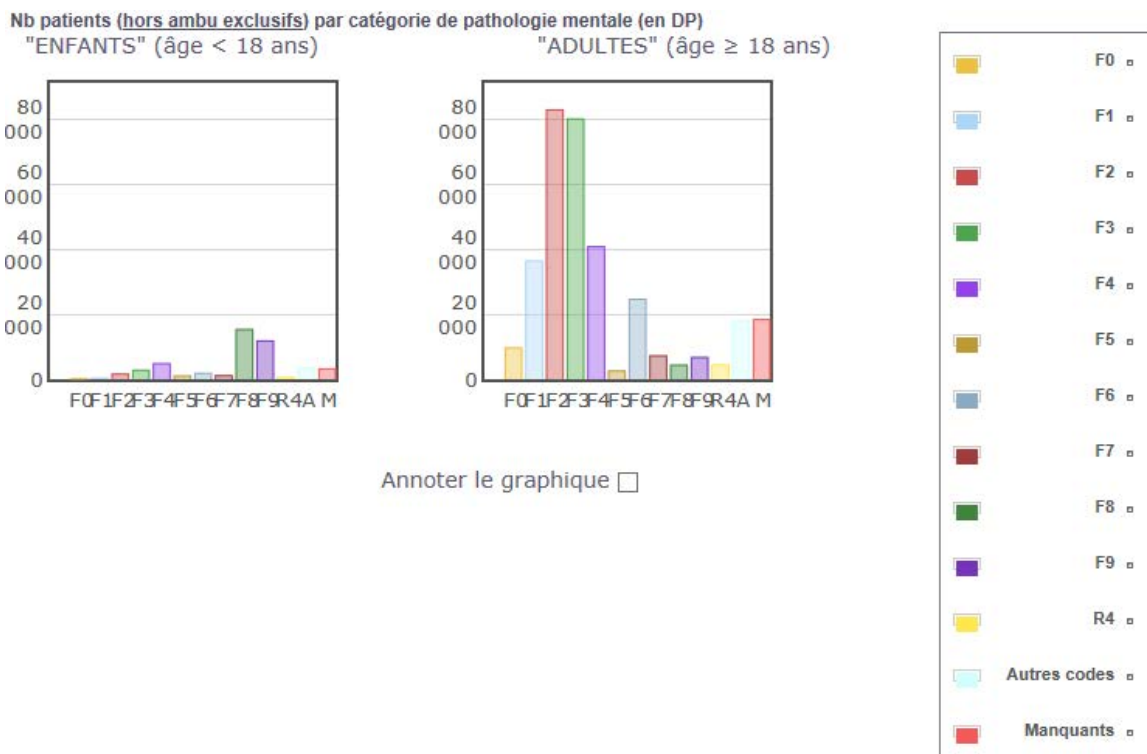
Pour les enfants traités en hospitalisation à temps complet ou partiel, ils souffrent surtout de troubles du comportement et émotionnel (29 % des cas) et de troubles du développement psychologique dans 10 % des cas.

➤ ***Comparaison entre les patients pris en charge par le dispositif relevant d'un financement par la DAF et celui relevant d'un financement par l'OQN***

Les patients de plus de 18 ans hospitalisés dans des établissements privés à but lucratif présentent dans leur grande majorité des troubles de l'humeur ou névrotique. Cependant, ces établissements traitent aussi des pathologies psychotiques (13 % du total des personnes souffrant de pathologies psychotiques hospitalisées à temps complet ou partiel, dans le public ou le privé).

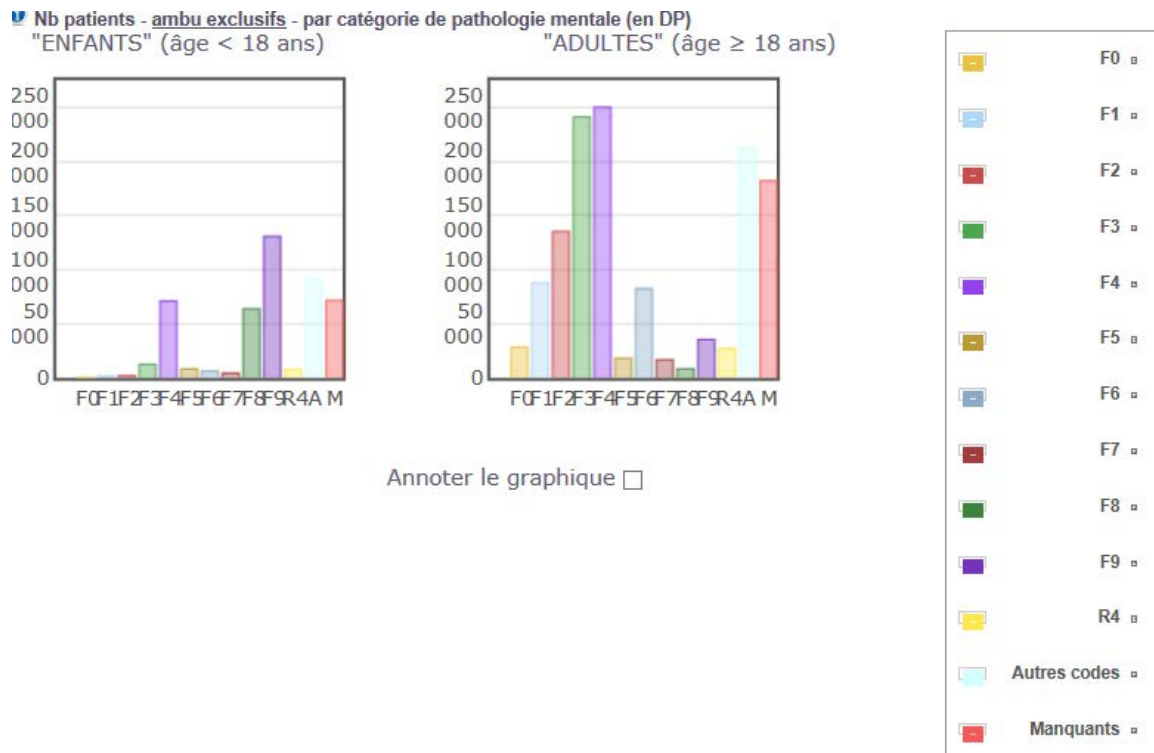
Quant au dispositif financé par la DAF, il traite 58 % du total des personnes hospitalisées pour des troubles de l'humeur.

Graphique 4 : Patients pris en charge à temps complet ou partiel dans les établissements sous DAF en 2015



Source : ScanSanté. ATIH

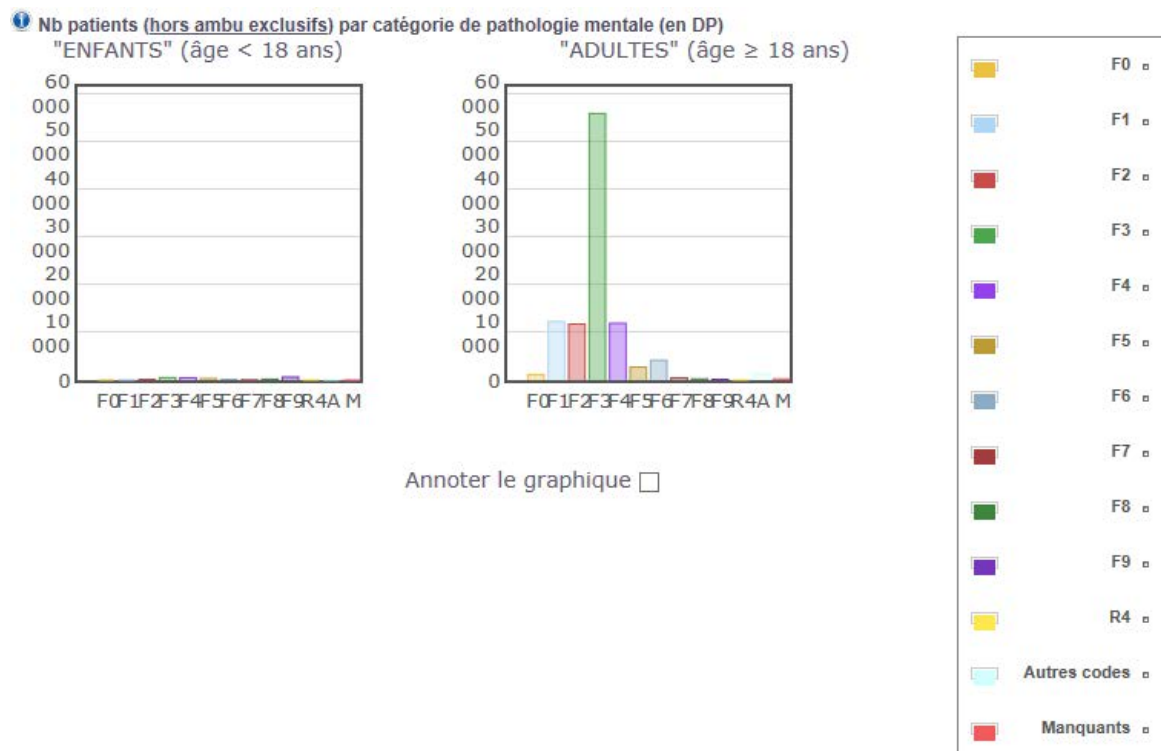
Graphique 5 : Patients pris en charge en ambulatoire exclusif par des établissements relevant d'un financement par la DAF



Source : ScanSanté. ATIH



Graphique 6 : Patients pris en charge à temps complet ou partiel dans les établissements sous OQN en 2015



Source : ScanSanté. ATIH

- F.0 : troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques
- F.1 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- F.2 : schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- F.3 : troubles de l'humeur
- F.4 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F.5 : syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F.6 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F.7 : retard mental
- F.8 : troubles du développement psychologique
- F.9 : troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- R.4 : symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement.

## ANNEXE 3 :

# PLANS NATIONAUX DE SANTE MENTALE

La politique de santé mentale est déterminée par un ensemble de textes allant de la circulaire à la loi qui se sont succédé depuis 60 ans (voir l'annexe historique). Pour la mettre en œuvre les pouvoirs publics se sont appuyés sur des plans nationaux à partir de 2001 :

- le plan santé mentale de novembre 2001, dont le sous-titre est : « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » ;
- le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008.
- le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Ces intitulés différents illustrent la difficulté de savoir si la politique publique est de « *santé mentale* », incluant la psychiatrie et donc l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins, ou si elle est de « *psychiatrie et santé mentale* » distinguant ces deux objets qui, cependant, en étant réunis sont conçus tout de même comme complémentaires. Ce point ne sera pas ici étudié davantage. Il est d'ailleurs tranché par la loi du 26 janvier 2016 qui précise, dans son article 69 codifié dans le code de santé publique par l'article L. 3221-1, que « *la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* ».

Cette annexe s'intéressera au contenu de ces plans, de façon comparative, car il fixe la doctrine d'action publique retenue par les pouvoirs publics ces 15 dernières années.

### ► **La politique publique définie par les plans nationaux**

L'architecture générale de la politique publique de santé mentale s'organise autour de trois grands principes posés avec la circulaire du 15 mars 1960 :

- le malade mental est un malade comme les autres, même si sa maladie présente des spécificités ;
- le malade mental doit être traité de façon à « *le séparer le moins possible de sa famille et de son milieu*<sup>35</sup> » ;
- la maladie mentale est une maladie chronique obligeant à gérer un parcours allant de la prévention à la réinsertion-réadaptation.

L'application de ces principes entraîne toute une série de conséquences qui portent sur différents domaines d'action développés par les trois plans qui se sont succédé depuis 2001 :

- la représentation sociale de la maladie mentale et ses effets stigmatisants ;
- les droits des patients et de leurs familles ;
- l'accès aux soins considéré sur les plans géographique et économique, mais aussi sur celui de la précocité des prises en charge ;

---

<sup>35</sup> Circulaire du 15 mars 1960.

- l'organisation de la continuité de la prise en charge, et l'articulation des différents dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux entre eux, de façon à assurer la qualité du parcours du patient, éviter des rechutes ;
- l'équilibre entre hospitalisation temps plein et alternatives à l'hospitalisation, afin de réduire la part prise par l'hospitalisation temps plein et diversifier les modalités de soins alternatifs adaptés aux différents besoins des patients ;
- l'intégration des soins psychiatriques dans le dispositif de soins général, à l'hôpital et en ambulatoire ;
- les métiers de la psychiatrie, nécessairement pluridisciplinaires compte tenu des missions de prévention, de soins et de réinsertion-réadaptation des secteurs psychiatriques ;
- la prise en charge de la souffrance psychique en dehors du dispositif de soins psychiatriques ;
- l'insertion et la réadaptation sociale des malades mentaux.

Par ailleurs, au travers de ces plans, l'action publique entend veiller à ce que le dispositif de soins psychiatriques obéisse à des objectifs communs à tout le secteur de la santé :

- l'égalité de traitement des besoins de la population sur tout le territoire national ;
- la qualité des soins ;
- les relations entre le secteur de soins publics et privés ;
- le développement de la recherche.

Enfin, ces plans peuvent mettre l'accent sur les soins psychiatriques au profit de certaines populations (adolescents, personnes âgées...).

Le tableau joint à la fin de cette annexe montre de façon comparative comment chacun de ces plans s'est situé par rapport à ces différents sujets.

#### ➤ ***Analyse critique des plans nationaux***

Les objectifs portant sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques représentent la part la plus importante de ces trois plans. Si la santé mentale est identifiée aux orientations ne concernant pas l'offre de soins, et les intitulés des deux derniers plans le laissent entendre, il apparaît que les dispositions la concernant sont très limitées. Cela peut se comprendre. Une politique de santé mentale exigerait d'impliquer dans sa définition d'autres autorités publiques nationales et décentralisées : l'Education nationale, le travail et l'emploi, les collectivités territoriales départementales et communales. Un plan de santé mentale devrait être interministériel, ce que ne sont pas les trois plans qui se sont succédé en 10 ans<sup>36</sup>.

---

<sup>36</sup> Le Haut Conseil de la santé publique, auquel l'évaluation du plan 2011-2015 avait été confiée, le souligne en le regrettant.

On peut se demander pourquoi ces plans nationaux mettent sur un même pied d'égalité dans leur intitulé la psychiatrie et la santé mentale, pour ensuite installer dans leur construction un déséquilibre aussi grand entre les deux. Deux raisons peuvent être avancées :

- la conceptualisation et les pratiques dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé mentale sont peut-être encore balbutiantes, ne permettant pas à l'action publique de définir des orientations fortes et nombreuses. Pour autant les pouvoirs publics entendent, à travers les plans nationaux, faire progresser ces approches en leur donnant, au moins au niveau de l'affichage, une importance égale au dispositif de soins ;
- les pouvoirs publics, constatant l'insuffisance des actions de prévention et promotion de la santé mentale portées par le dispositif de soins public et sectorisé, souhaitent rappeler à ce dernier la nature complète de ses missions, fidèles en cela à la ligne politique définie par la circulaire du 15 mars 1960.

Ces deux raisons ne sont pas exclusives l'une de l'autre.

Quoiqu'il en soit, alors que ces plans nationaux sont pauvres en objectifs dépassant le seul secteur des soins, ils prévoient le développement de conseils locaux de santé mentale (CLSM), qui peuvent servir de creuset à l'élaboration et à la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé mentale, en impliquant dans les territoires tous les acteurs de la santé mentale. Mais une telle approche de la question, par la base en quelque sorte, pour intéressante qu'elle soit, risque de rester bridée par l'absence ou la faiblesse des orientations nationales décidées en commun par tous les services de l'Etat concernés.

Les plans nationaux formalisent la volonté des pouvoirs publics d'améliorer la santé mentale de la population. Ils traitent surtout des soins. Pourtant ils négligent un pan important de l'offre, à savoir le dispositif de soins psychiatriques privé ambulatoire, jamais mentionné, et les établissements de santé privés, évoqués seulement par le plan 2005-2008.

En revanche, les trois plans insistent sur la nécessité de développer les liens entre la psychiatrie et le médico-social. Il s'agit surtout de développer les capacités d'accueil et d'accompagnement du secteur médico-social. Mais, de plan en plan, est soulignée l'importance des coordinations à mettre en place et des formations, parfois communes, à organiser.

Concernant l'offre de soins publique et sectorisée, les mêmes orientations se renouvellent dans chacun des trois plans. Elles portent sur :

- la diminution des capacités d'hospitalisation et le développement en conséquence, par un effet de balancier, des structures, moyens et activités extrahospitalières ;
- la réduction des inégalités d'équipement et de moyens entre les territoires ;
- le développement des partenariats les plus divers, dans les domaines du soin, du médico-social, du social, de l'éducatif, afin de mieux soutenir le parcours des patients.

Sans doute faut-il penser que cette insistance à rappeler ces priorités, qui se retrouve aussi dans les SROS et les PRS depuis 25 ans, s'explique par le constat de progrès insuffisants. Soixante ans après la circulaire qui a défini la sectorisation psychiatrique en France, les pouvoirs publics ne sont manifestement pas satisfaits de l'équilibre entre le poids de l'intra-hospitalier et celui de l'extrahospitalier auquel l'offre sectorisée est arrivée.

Enfin, pour conclure, ces trois plans se caractérisent par une attention plus grande accordée à l'utilisateur, à ses droits, à sa place dans la gouvernance du dispositif de soins.

	Plan 2001	Plan 2005-2008	Plan 2011-2015
<b><i>La représentation sociale de la maladie mentale et ses effets stigmatisants</i></b>	Agir sur ces représentations pour favoriser les liens entre soins primaires et dispositif spécialisé, et changer l'image au sein du grand public (campagnes d'information).	Idem plan 2001.	Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives.
<b><i>Les droits des patients et de leurs familles</i></b>	Mieux garantir les libertés individuelles.	Idem Plan 2001.	Améliorer l'accès aux droits.
<b><i>Association des usagers à la gouvernance</i></b>	Renforcer la place des usagers dans la gouvernance.		S'assurer de l'effectivité de la participation des usagers aux instances de gouvernance.
<b><i>La prévention</i></b>		Développer la promotion en santé mentale (outils d'intervention, manuels...)	Développer des programmes en faveur de la santé mentale (soutien parentalité, isolement personnes âgées...)
<b><i>L'accès aux soins</i></b>	Faciliter les soins précoces grâce au partenariat avec les professionnels de santé, du médico-social et du social.  Diminuer les délais d'attente.  Relocaliser les unités d'hospitalisation éloignées de leur bassin de vie dans des centres hospitaliers de proximité.	Idem Plan 2001, en privilégiant l'implantation au sein d'un hôpital	Développer les actions de repérage précoce des troubles, notamment en pédopsychiatrie, dans le cadre de relations avec partenaires sociaux.  Suivre les délais de rendez-vous.  Structurer la réponse en urgence.

	Organiser des centres d'accueil de 72h auprès des services d'urgence.	général.  Idem Plan 2001	
<b><i>La continuité des prises en charge, le parcours du patient</i></b>	Faciliter la continuité des prises en charge grâce au partenariat avec les professionnels de santé, du médico-social et du social.  Constituer des réseaux de santé mentale.	Idem Plan 2001	Structurer les coopérations et complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations.
<b><i>L'équilibre entre hospitalisation temps plein et alternatives à l'hospitalisation</i></b>	Développer l'extrahospitalier et diminuer l'intra-hospitalier (40 % des personnels en intra-hospitalier et 60 % en extrahospitalier). Organiser une offre de soins diversifiée et graduée.	Idem plan 2001.  Mais pas de pourcentage sur cet équilibre. Renforcement de l'extrahospitalier à partir d'une enveloppe nationale.  Développer des capacités d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie.  Constituer des organisations fédératives entre secteurs pour plus de diversification des structures de soins.	
<b><i>L'intégration des soins psychiatriques dans le dispositif de soins général</i></b>	Développer des liens entre psychiatrie et services hospitaliers de médecine somatique (fédération, syndicat inter-hospitalier, GCS).	Développer les liens entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie.	Coordonner soins psychiatriques et soins somatiques (conventionnement, programmes sur problèmes santé spécifiques...)

	Développer les réseaux avec les médecins généralistes.	Idem Plan 2001.	
<b><i>Les métiers de la psychiatrie (la pluridisciplinarité)</i></b>		Renforcer la formation initiale et continue des professionnels de tous métiers (santé et sociaux).	
<b><i>La prise en charge de la souffrance psychique en dehors du dispositif de soins psychiatriques</i></b>	<p>Soutenir le rôle des médecins généralistes, des travailleurs sociaux.</p> <p>Mieux connaître et prendre en charge la souffrance psychique des enfants en milieu scolaire.</p>		Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social.
<b><i>L'insertion et la réadaptation sociale des malades mentaux</i></b>	<p>Développer le partenariat entre sanitaire et collectivités territoriales (contrats pluriannuels de santé mentale).</p> <p>Améliorer l'articulation entre dispositif psychiatrique et médico-social appuis, formations croisées...).</p> <p>Mieux connaître les besoins des personnes handicapées et les accompagner.</p>	<p>Développement de structures médico-sociales en préservant les moyens de la psychiatrie.</p> <p>Développer les services d'accompagnement (SAMSAH, SAVS)</p> <p>Meilleure formation des professionnels aux spécificités du handicap psychique.</p> <p>Création des groupes d'entraide mutuelle (GEM).</p> <p>Favoriser l'accès au logement ou des logements adaptés.</p> <p>Augmenter les places de travail protégé (ESAT).</p>	<p>Soutenir les aidants.</p> <p>Consolider le dispositif 'appui aux établissements sanitaires et médico-sociaux.</p> <p>Poursuite des GEM, développement des <i>clubhouse</i>.</p> <p>Développer accès et maintien au logement par une offre accompagnée, adaptée et diversifiée.</p>

<b><i>L'égalité de traitement des besoins de la population</i></b>	<p> limiter les effets de la baisse de la démographie médicale et paramédicale et réduire les inégalités de répartition des professionnels sur le territoire.</p>	<p> Idem Plan 2001 (incitations financières, numéris clausus en augmentation).</p>	<p> Rééquilibrer les équipements et moyens entre les territoires.</p>
<b><i>La qualité des soins</i></b>		<p> Améliorer la qualité des pratiques des médecins généralistes et leurs usages des psychotropes. Renforcer leur formation initiale et continue en psychiatrie.</p> <p> Favoriser les bonnes pratiques en psychiatrie.</p> <p> Favoriser le bon usage du médicament.</p>	<p> Encourager les démarches qualité.</p> <p> Améliorer la formation des généralistes, des personnels de SAMU.</p> <p> Accompagner les professionnels prenant un poste en psychiatrie.</p> <p> Encourager formations pluridisciplinaires, évaluation des pratiques.</p>
<b><i>La qualité des conditions d'hospitalisation</i></b>		<p> Programme d'investissement pour améliorer les conditions d'hospitalisation.</p>	<p> Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation.</p> <p> Repenser la sécurité en psychiatrie.</p>
<b><i>Les relations entre soins publics et privés</i></b>	<p> Développer les liens avec les médecins généralistes (réseaux).</p>	<p> Idem plan 2001</p> <p> Développement hôpital de jour et de nuit pour l'hospitalisation privé dans le cadre d'une coopération avec le public.</p> <p> Renforcement général des coopérations entre établissements publics et privés.</p>	



<b><i>Le développement de la recherche</i></b>	Développer la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique.	Idem Plan 2001.	Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche.
<b><i>Les soins au profit de certaines populations</i></b>	<p>La population pénitentiaire.</p> <p>Mineurs en grandes difficultés</p>	<p>La population pénitentiaire (les UHSA).</p> <p>Les femmes enceintes et la périnatalité.</p> <p>Les enfants et adolescents.</p> <p>Les personnes en situations de grande exclusion et de vulnérabilité.</p> <p>Les personnes âgées.</p>	<p>Les enfants et adolescents en situation complexe</p> <p>Organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé</p> <p>Personnes hospitalisées en longue durée.</p>
<b><i>Les soins au profit de certains problèmes de santé</i></b>	<p>La prévention et la prise en charge du suicide.</p> <p>Améliorer le repérage précoce et le traitement de la dépression</p>	<p>Idem Plan 2001.</p> <p>Idem Plan 2001.</p> <p>Les auteurs d'agression sexuelle.</p> <p>Les victimes de catastrophe.</p>	<p>Améliorer la lutte contre les addictions en faisant collaborer services de psychiatrie et services d'addictologie.</p>

<b><i>Les outils de planification</i></b>	<p>Mettre en œuvre une démarche de planification en santé mentale.</p> <p>Intégrer la psychiatrie dans les schémas régionaux d'organisation (un volet psychiatrie).</p>		
<b><i>Le financement de la psychiatrie</i></b>		<p>Finalisation des travaux sur la valorisation des activités psychiatriques (VAP).</p>	
<b><i>Le dialogue et la concertation entre acteurs locaux</i></b>	<p>Créer des conseils locaux de santé mentale organisés à l'échelle des secteurs sanitaires.</p>	<p>Constitution de conseils de secteurs ou intercommunaux.</p>	<p>Renforcer la gouvernance locale de la santé mentale (conseils locaux...).</p>



## ANNEXE 4 :

# POLITIQUES MENEES PAR LES ADMINISTRATIONS CENTRALES

### 1 UNE NOUVELLE GOUVERNANCE A ETE MISE EN PLACE EN 2016

#### 1.1 La loi du 26 janvier 2016 a prévu une nouvelle gouvernance territoriale

La loi, et notamment son article 69, prévoit plusieurs outils visant à mieux inscrire territorialement la santé mentale

##### ► **Le projet territorial de santé mentale**

Tout en reconnaissant la place du secteur dans l'organisation des soins, la loi prévoit de mieux articuler les interventions des différents acteurs qu'ils soient hospitaliers, libéraux, sociaux et médico-sociaux des territoires, dans une logique transversale de promotion de la santé mentale, de soins, et d'insertion des malades psychiques.

Le support de cette organisation territorialisée doit être la réalisation d'un projet territorial de santé mentale (article L.3221-2 du code de santé publique, cf. encadré *infra*) auquel sont associés les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé mentale (ou toute autre commission ayant un objectif et une composition similaire). A partir d'un diagnostic partagé, faisant état des ressources disponibles, les acteurs élaborent le projet territorial de santé mentale, qui constitue le cadre d'une coordination de second niveau. Cette coordination est déclinée dans l'organisation des parcours en proximité.

Les actions définies dans le projet territorial de santé mentale – tel qu'arrêté par le DG ARS – doivent faire l'objet d'un contrat territorial de santé mentale, conclu entre le DG ARS et les acteurs chargés de leur mise en œuvre.

Le décret relatif aux modalités d'élaboration et aux priorités du projet territorial de santé mentale a été publié au journal officiel du 29 juillet 2017.

**Encadré 1 : Article L3221-2 du code de la santé publique**

I. - Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.

En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale.

II. - Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Les diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

III. - Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

Il organise les conditions d'accès de la population :

1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

A cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire.

Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique.

Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services.

IV. - Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

V. - Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et

engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 comprend une commission spécialisée en santé mentale.

VI. - Les établissements assurant le service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

Source : Code de santé publique

### ➤ **La communauté psychiatrique de territoire**

Egalement prévue par l'article L.3221-2 du code de santé publique, la communauté psychiatrique de territoire peut être constituée entre les établissements assurant le service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale pour assurer la mise en œuvre des actions du contrat au sein de leur projet d'établissement (décret du 26 octobre 2016).

Il faut noter qu'elle n'a pas forcément le même périmètre que les groupements hospitaliers de territoire (GHT), eux aussi prévus par la loi, qui regroupent des établissements publics de santé. Par ailleurs, elle ne correspond pas forcément, sur le plan territorial, au territoire de santé.

## 1.2 De nouvelles instances nationales complètent la gouvernance mise en place par la loi

A la suite de la loi et de l'impulsion qu'elle donnait concernant la politique de santé mentale, ont été mises en place deux instances complémentaires à l'échelon national : il s'agit du conseil national de santé mentale (CNSM) et du comité de pilotage de la psychiatrie (COPIL psy).

### ➤ **Le conseil national de santé mentale**

Le rôle du CNSM est de veiller à la cohérence et à l'articulation des politiques des différents champs (prévention, sanitaire, social et médico-social, logement, insertion professionnelle, etc.).

Il a été installé le 10 octobre 2016 par la Ministre en charge de la santé et est présidé par Alain Ehrenberg, sociologue, chercheur au CNRS. Quatre axes de réflexion prioritaires ont été fixés par la ministre :

- le bien-être des enfants et des jeunes ;
- la prévention du suicide ;
- le suivi des personnes en situation de grande précarité ;
- l'élaboration d'outils pour faciliter la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale inscrits dans la loi de modernisation de notre système de santé.

La DGS, la DGOS, la DGCS et le SGMAS sont co-responsables du CNSM, dont le secrétariat est assuré par la DGS.

### ➤ **Le comité de pilotage de la psychiatrie**

Le comité de pilotage de la psychiatrie est une instance de réflexion, de propositions et de production spécifique à la psychiatrie dont les travaux doivent s'articuler avec ceux du conseil national de la santé mentale qui ont un champ plus large.

Le comité s'est réuni pour la première fois le 13 janvier 2017. Il est présidé par Yvan Halimi, pédopsychiatre, ainsi que par la directrice générale de l'offre de soins, et comprend 35 membres : représentants des usagers et des familles, des fédérations hospitalières, des conférences de présidents de CME et de directeurs d'établissements, des sociétés savantes en psychiatrie, des professionnels médicaux et non médicaux de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, du secteur médico-social, de la médecine générale, des agences régionales de santé (ARS).

## 2 POLITIQUE MENEÉ PAR LA DGOS

Pour la DGOS, la politique qu'elle mène concernant les soins psychiatriques a connu un tournant au travers de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ces dix dernières années, les mesures prises dans ce secteur ne s'inscrivaient pas dans une politique structurée dont les orientations auraient été discutées avec la profession, aucune enceinte de concertation n'étant organisée, et le plan de 2011 n'a pas vraiment été suivi d'effets. Cela n'a toutefois pas empêché des avancées concernant notamment les unités pour malades difficiles (UMD), les soins apportés aux détenus ou le développement des centres d'expertise.

### 2.1 Les nouvelles orientations politiques concernant le système de soins peuvent être identifiées au travers de plusieurs textes

Pour la DGOS, la principale problématique est celle déjà énoncée par la loi de **l'accessibilité des soins et de la coordination des acteurs du soin et des acteurs de l'accompagnement social et médico-social dans une logique de fluidité et de continuité des parcours de santé et de vie**. Elle renvoie notamment à trois enjeux : celui de la réduction des inégalités territoriales en termes d'offre de services sur les territoires, et celui de l'attractivité territoriale pour les professionnels – en pédopsychiatrie notamment et celui de la promotion des bonnes pratiques, de l'innovation, et de la recherche.

Les orientations de la politique concernant la santé mentale peuvent être lues au travers des priorités qui devront constituer le socle du projet territorial de santé mentale (cf. décret du 27 juillet 2017) :

- accès au dépistage, aux soins de premier recours et spécialisés et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux dans des délais correspondant aux situations ;
- parcours de santé et de vie sans rupture, en vue de l'inclusion sociale des personnes (réhabilitation engageant les soins et l'accompagnement social, professionnel) ;
- accès aux soins somatiques ;
- prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence – y compris au domicile ;
- respect et promotion des droits des personnes et de leur capacité de décider et d'agir ;
- action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Les travaux du COPIL psy ont vocation à identifier les leviers qui permettront de mettre en œuvre les orientations politiques en ce qui concerne l'organisation et le financement des soins psychiatriques. Ainsi, l'examen du programme de travail du COPIL psy peut éclairer la politique menée. Les travaux porteront sur les 12 thèmes suivants :

1. Limitation et encadrement du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement
2. La prise en charge ambulatoire en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective
3. L'hospitalisation en psychiatrie : objectifs, missions, activité, cahiers des charges, prospective, focus sur les patients au long cours
4. Prévention, lisibilité, accessibilité et continuité des soins
5. Psychiatrie infanto-juvénile et protection de l'enfance
6. Financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie
7. Psychiatrie en milieu pénitentiaire
8. Accès aux soins somatiques
9. Psychiatrie de la personne âgée
10. Recherche et évaluation des pratiques
11. Formation des professionnels médicaux et non médicaux
12. Démographie des professionnels

Les 7 premiers axes ont été retenus comme prioritaires. La DGOS précise les objectifs qui sous-tendent certains des thèmes du programme de travail :

- **La limitation des pratiques de contention et d'isolement** (thème 1) ;
- **Le développement de l'ambulatoire** (thème 2), avec en parallèle le soutien à la mise en place de modalités d'organisation coordonnées telle que , celle décrite par le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale pour permettre des parcours de soins ambulatoires incluant des prises en charge intensives, par la mise en œuvre conjointe de réponses d'accompagnement sociales et médico-sociales
- **Le renforcement de l'accessibilité des soins** (délais, types de prise en charge etc.) **et de la fluidité des parcours** (thème 4) ;
- **L'amélioration de la lisibilité des activités et des missions des dispositifs de psychiatrie, par la rédaction de cahiers des charges**
- **Le renforcement des compétences en psychiatrie** (thème 11 et 12) : ouverture de postes à l'examen national classant des étudiants en médecine, évolution des maquettes des spécialités médicales, renforcement et attractivité de la pédopsychiatrie, interrogation sur la formation des infirmiers à la psychiatrie

Par ailleurs, la DGOS souligne que les travaux engagés par la HAS permettront de disposer d'un nombre plus important de référentiels relatifs aux pratiques médicales en psychiatrie.



## 2.2 Des premiers travaux ont été menés sur les pratiques d'isolement et de contention ainsi que sur le financement

### ➤ Pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie

L'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 a introduit au sein du code de la santé publique, l'article L.3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques qui ne doivent être utilisées qu'en dernier recours, sur décision d'un psychiatre qui doit être tracée et circonscrite dans le dossier du patient et dans un registre dédié. Cet article concerne uniquement les établissements autorisés en psychiatrie et désignés pour recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement (c'est-à-dire que certains services de psychiatrie, les services d'autres spécialités et les établissements médico-sociaux ne sont pas concernés).

L'objectif de cette disposition est de réduire le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements concernés et d'harmoniser leurs pratiques. Secondairement, cela doit permettre d'alimenter la réflexion sur le respect des droits et liberté en psychiatrie et d'améliorer les pratiques professionnelles en ce sens.

La DGOS a travaillé à l'instruction précisant la mise en œuvre de cette disposition. Elle a été publiée le 29 mars 2017<sup>37</sup>. En parallèle, la DGOS avait inscrit au programme de travail de la HAS des recommandations de bonne pratique sur l'isolement et la contention qui ont été publiées le 20 mars 2017. La DGOS a également confié au COPIL psy un rôle d'observatoire de la mise en œuvre.

### ➤ Financement des soins

Les travaux initiés n'ont pas pour objet de revoir la structure du financement des soins, en effet les travaux sur la valorisation de l'activité psychiatrique (VAP) ne progressent pas, mais de travailler sur la répartition des financements DAF qui, aujourd'hui, se font sans modulation nationale entre les régions.

Ainsi, la DGOS a réalisé un état des lieux des modulations intra-régionales de DAF réalisées par les ARS : en 2016, 9 ARS pratiquent la modulation pour redistribuer les mesures nouvelles ou les mesures d'économies entre territoires ou établissements sur dotés et sous dotés, avec un objectif d'évolution de l'offre (développement de l'ambulatoire et réduction du recours à l'hospitalisation à temps plein). Les critères utilisés sont généralement les mêmes : file active, activité, population, surface couverte par l'établissement sectorisé. La DGOS a organisé des échanges visant à proposer un cadre commun de modulation pour 2017.

Le comité de pilotage a validé en septembre 2017 deux axes de travail sur le financement :

- A court terme, la poursuite de la réduction des inégalités territoriales dans l'allocation des ressources avec la constitution de deux groupes de travail sur les critères de modulations inter régionales des DAF d'une part, et sur les tarifs OQN d'autre part.
- L'engagement d'une réflexion sur les objectifs d'une évolution du modèle de financement, qui s'appuiera notamment sur les travaux de définition des missions et des activités de la psychiatrie menés dans le cadre du Comité de pilotage de la psychiatrie.

---

<sup>37</sup> INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement

### 3 POLITIQUE MENEÉE PAR LA DGS

La direction générale de la santé (DGS) intervient dans le champ des soins psychiatriques avec trois axes :

- la prévention et, à ce titre, elle intervient dans le champ de la santé mentale, englobant les soins psychiatriques mais sans en faire un objet spécifique de son action : elle anime ainsi la politique de prévention et soutient le repérage et la prise en charge précoce, en particulier pour les enfants et les jeunes ;
- la qualité des soins et l'innovation dans les prises en charge : elle soutient ainsi des actions ou pratiques innovantes dans une logique de développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- les droits des usagers.

Le programme annuel de performance pour 2017 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » (PAP 204) prévoit ainsi une action dont une part des crédits sont dédiés à la santé mentale.

#### Encadré 2 : Crédits destinés à la santé mentale (2017) dans le PAP 204

##### **Santé mentale : 1,23 M€ en AE et en CP**

Les crédits seront destinés à soutenir les acteurs associatifs qui mènent des actions de prévention dans le champ de la santé mentale inscrite au rang des priorités de santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Trois objectifs sont poursuivis :

- le soutien des associations nationales intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques et leur entourage. Les actions menées visent le soutien et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques (et/ou des familles), par la mise à disposition de services d'accueil téléphonique (avec une perspective de professionnalisation des écoutants), de groupes de paroles, d'information la plus large possible sur la maladie mentale aux fins de déstigmatisation ;
- la poursuite des actions de prévention du suicide menées dans le cadre d'un nouveau programme national de prévention du suicide et des actions expérimentales telles que Vigilans : dispositifs de suivi post-hospitalier des « suicidants », tous fortement inspirés d'un travail collaboratif commun : le PHRC ALGOS dans la région des Hauts de France. Le dispositif de veille a été mis en place dans cinq régions françaises (Normandie, Bretagne, Midi-Pyrénées-Languedoc Roussillon, Martinique et Hauts-de-France) mettant à contribution patients, médecins traitant, psychiatres et psychologues de ville, urgentistes et « recontacteurs » et va bénéficier d'une évaluation confiée par la DGS à l'ANSP ;
- le soutien des associations nationales intervenant auprès des professionnels et qui permettent de faire avancer la connaissance et les pratiques dans le champ de la discipline psychiatrique et de la santé mentale telles que la remédiation cognitive, la prévention en santé mentale avec la semaine d'information en santé mentale, les bonnes pratiques de prise en charge des troubles du comportement alimentaire, les conseils locaux de santé mentale,...

Source : PAP 204 annexé au projet de loi de finances pour 2017

Sa stratégie pour améliorer l'état de santé de la population consiste à développer la prévention et le repérage précoce ainsi qu'à développer des alternatives à l'hospitalisation.

Les développements qui suivent présentent les actions menées par la DGS – selon les trois axes d'intervention présentés ci-dessus – qui sont en lien avec le dispositif de soins psychiatriques (et ne relèvent donc pas uniquement de la prévention).

### 3.1 Le repérage et la prise en charge précoce

Plusieurs actions de la DGS visent à permettre la prise en charge précoce. Lors de sa rencontre avec la mission, elle a particulièrement insisté sur trois actions.

- **Contrat cadre parcours éducatif en santé avec l'éducation nationale** : il a notamment pour objet la promotion de la santé mentale à l'école et de développer le repérage de la souffrance psychique.
- **Animation nationale des services de PMI, comportant une thématique « bien-être psychique »**

Le projet de la DGS consiste à mettre en place une animation nationale des actions de protection maternelle et infantile et de planification afin de permettre la mise en œuvre des priorités de santé définies au niveau national et une meilleure diffusion des pratiques innovantes. Un comité technique a ainsi été mis en place. Ce comité prévoit ainsi de travailler en particulier sur le bien-être psychique, le repérage précoce de la souffrance psychique chez les enfants et les femmes enceintes et en post partum.

- **Expérimentation sur le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance psychique des jeunes**

Dans le cadre du décret pris en application de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, la DGS, en lien avec l'éducation nationale soutient la mise en place d'une expérimentation – sur 3 ans – permettant la prise en charge précoce de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans<sup>38</sup>. Le dispositif, porté par les maisons des adolescents (MDA) repose sur trois éléments : un repérage par les acteurs en contact avec les jeunes ; une consultation d'évaluation somatique et psychosociale, réalisée par un médecin de soins primaires si nécessaire en lien avec le psychologue de l'éducation nationale ; la possibilité de prescription par le médecin évaluateur de consultations de psychologues avec remboursement de 12 séances<sup>39</sup>.

Le dispositif sera expérimenté dans 3 régions (Ile-de-France, Grand Est, Pays de la Loire). Pour cela le FIR (fonds d'intervention régional) a été abondé de 900 000 € en 2017 (1 330 000€ pour les trois années).

### 3.2 Les pratiques innovantes

La DGS soutient également des pratiques innovantes telles que les médiateurs en santé pairs, l'expérimentation un chez-soi d'abord ou la remédiation cognitive.

- **Médiateurs de santé pairs**

La DGS a soutenu l'évaluation de ce programme expérimental qui a pour objectif de valoriser le savoir expérientiel et la formation des usagers des services de psychiatrie. Il avait pour objectif de démontrer l'efficacité des médiateurs de santé pairs dans la continuité des soins et du rétablissement. Ainsi, les médiateurs en santé pairs ont des interventions variées : animation de groupe, entretiens individuels, éducation thérapeutique au sein des structures extrahospitalières ou au domicile des patients.

---

<sup>38</sup> Il s'agit d'une action du *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* (novembre 2016) issu du rapport *Bien-être et santé des jeunes*, du Pr. Marie-Rose Moro et de Jean-Louis Brison au Président de la République, novembre 2016.

<sup>39</sup> La prise en charge est de 12 séances de 45 minutes maximum.

### ► Un chez-soi d'abord

Cette expérimentation vise à fournir un logement et un accompagnement sanitaire et social à des personnes sans-abri souffrant de troubles psychiques graves et d'addictions, sans condition de traitement ou d'arrêt de consommation. Elle a été réalisée dans quatre agglomérations (Lille, Marseille, Toulouse et Paris) et a touché plus de 700 personnes. A l'issue de l'expérimentation, le dispositif a été généralisé sous la forme des appartements de coordination thérapeutique<sup>40</sup>.

La DGS a financé la recherche évaluative (180 000 € en 2010 et 150 000 € en 2011, 2012, 2013 ; en 2013 un financement complémentaire de 800 000 € a été attribué au titre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC))<sup>41</sup>.

### ► Centre de ressources de l'association francophone de remédiation cognitive (AFRC)

La DGS finance le centre de ressources de l'AFRC (5000€ en 2013 ; 10 000€ en 2014, 2015 et 2016 ; 23 000€ en 2017). Ce centre vise à « contribuer au développement de nouvelles modalités de diagnostic, d'évaluation et de soins destinées aux personnes ayant des mentaux sévères et persistants, dans le cadre d'une approche centrée sur la recherche de leur rétablissement. Il met en œuvre des actions de formations, d'information et de recherche scientifique afin de diffuser les concepts et l'ensemble des techniques de la réhabilitation psychosociale : éducation thérapeutique, remédiation cognitive et entraînement aux habiletés sociales »<sup>42</sup>.

## 3.3 Les droits des usagers

La politique de promotion des droits des usagers passe par plusieurs actions, en plus des crédits qui financent les associations de soutien des malades et/ou de leurs familles dont est responsable la DGS.

Ainsi, elle a commandé en 2016, une étude à l'IRDES, concernant l'application de la loi du 5 juillet 2011, afin d'analyser l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie depuis la mise en œuvre de cette loi. Celle-ci a été publiée en février 2017 « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 (questions d'économie de la santé n°222) ».

Elle suit également le fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP)<sup>43</sup> au regard du respect des droits des patients en soins sans consentement et souhaiterait les redynamiser. En effet, la DGS dispose de rapports réalisés par l'Unafam, représentée au sein des CDSP, qui pointent une « vitalité » différenciée selon les départements tant au regard de leur activité (nombre de réunions et visites) et que de leur composition<sup>44</sup>. La DGS se propose de faciliter

<sup>40</sup> Décret no 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord»

<sup>41</sup> Le programme est quant à lui financé par l'ONDAM médico-social et le programme 177 (pour l'hébergement)

<sup>42</sup> Rapport d'activité 2016 du centre de ressources

<sup>43</sup> Prévues par l'article L3223-1 du code de santé publique, les CDSP ont pour mission de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Elles sont chargées de recevoir les réclamations des personnes admises en soins, d'examiner les décisions les concernant, peuvent saisir le préfet, le procureur de la République, proposer au JLD une levée de la mesure et visiter les établissements hospitaliers.

<sup>44</sup> Selon le rapport concernant l'activité en 2016, l'Unafam considère que « Dans trois départements sur quatre les CDSP fonctionnent de façon satisfaisante, voire sont plus actives que ce que prévoient les textes ». Dans un rapport concernant les années 2012-2013, l'Unafam pointait déjà des divergences fortes : « Le tableau des CDSP en 2012-2013 est très contrasté. Dans sept départements, ce sont des fantômes : aucune réunion, aucune visite. Dans une trentaine d'autres, le faible nombre de réunions et de visites (moins de six) amène à s'interroger sur l'efficacité dont elles peuvent faire preuve. En revanche, une vingtaine de CDSP se réunissent en moyenne au moins une fois par mois (excepté la période estivale),

le travail des CDSP et de l'harmoniser en élaborant des outils (un guide ou un référentiel). Dans cette perspective, un groupe de travail devrait très prochainement être mis en place.

### 3.4 Les financements nationaux accordés au titre de la prévention en santé mentale

Entre 2011 et 2017, les financements nationaux, au titre de l'action 0204-14-04 ont augmenté de 45 %, passant de 910 310 € à 1 321 500 €.

A ces crédits, inscrits dans la loi de finance, s'ajoutent les financements prévus par la loi de financement de la sécurité sociale. Ainsi, 900 000 € sont prévus en 2017 pour financer l'expérimentation dans trois régions de la prise en charge précoce de la souffrance psychique des jeunes.

Au total les crédits nationaux relevant de la DGS, mobilisés au titre de la prévention en santé mentale, représentent 2 221 500 € pour 2017. Ces crédits nationaux servent :

- au financement régulier d'associations nationales qui œuvrent à divers titre dans le champ de la santé mentale (UNAFAM, association nationale des maisons des adolescents, fédération européenne vivre son deuil, le PSYCOM avec la semaine d'information en santé mentale, l'association française pour le développement des approches spécialisées des troubles du comportement alimentaire....)
- au soutien financier apporté au CCOMS depuis 2009 sur des projets concernant l'appui technique et théorique au développement des conseils locaux en santé mentale sur le territoire national, le développement francophone de la classification des troubles mentaux et du comportement (11ème version de la Classification Internationales des Maladies de l'OMS) et le soutien à des expériences de rétablissement et d'autonomisation des usagers comme la coordination du programme des médiateurs de santé pairs.
- au financement d'expérimentations, soit deux en 2017 : Vigilans et prise en charge précoce de la souffrance psychique chez les jeunes...). Cela représente 22 % des crédits de la loi de finance, et 53 % du total des crédits mobilisés en faveur de la prévention, loi de finance et loi de finance de la sécurité sociale confondues.

La marge de manœuvre nationale relevant de la DGS pour impulser une politique nouvelle est donc relativement faible.

## 4 POLITIQUE MENEÉ PAR LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHESION SOCIALE (DGCS)

Il faut distinguer le handicap psychique, le handicap mental, dû à une déficience mentale et l'autisme qui constitue une catégorie à lui seul pour les politiques médico-sociales. L'ensemble de ces personnes ont recours à des soins psychiatriques.

---

voire deux fois par mois. Et près d'une quarantaine compte entre 6 et 9 sessions ce qui assure un fonctionnement minimal ».

La DGCS n'intervient par définition pas directement dans le dispositif de soins psychiatriques. Elle est cependant responsable des politiques sociales et médico-sociales s'adressant aux personnes en situation de handicap.

Les politiques sociales et médico-sociales menées par la DGCS s'adressent à l'ensemble des personnes en situation de handicap ou à l'ensemble des personnes âgées. Dans le champ du handicap, ces politiques ne sont donc pas conçues pour des types de handicaps particuliers. Elles ont pour objectif l'adaptation des réponses aux besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

Les objectifs politiques de la DGCS concernant le parcours de vie des personnes en situation de handicap peuvent être résumés ainsi :

- fluidifier davantage les parcours et, pour ce faire, coordonner davantage les politiques publiques ;
- faire évoluer l'offre des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour mieux répondre aux besoins ;
- développer l'inclusion en milieu ordinaire.

Les actions mises en œuvre pour atteindre chacun de ces objectifs sont précisées ci-dessous.

Toutefois, lorsque les réponses ne sont pas ou plus adaptées à certains types de handicaps, des évolutions ou des actions sont mises en œuvre, afin de pouvoir répondre à ces besoins particuliers non couverts. C'est le cas pour les personnes en situation de handicap psychique, pour lesquelles les pratiques professionnelles et l'organisation de l'offre sont aujourd'hui insuffisamment adaptées.

Ainsi, la feuille de route de la DGCS à destination des personnes handicapées repose aujourd'hui sur le principe et la démarche d'une « réponse accompagnée pour tous », qui fait suite au rapport de Denis Piveteau<sup>45</sup>, et sur la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale 2017-2021, adoptée par le comité interministériel du handicap (CIH<sup>46</sup>) et dotée de 180M€. Dans le cadre de cette évolution quinquennale, l'offre médico-sociale étant mal adaptée à l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale est assortie d'un volet « handicap psychique »<sup>47</sup>.

La mise en œuvre de ce volet, pilotée par la DGCS et la CNSA, à vocation à s'inscrire dans une politique plus globale de santé mentale portée par la DGS, la DGOS et la DGCS. La fiche adressée aux

---

<sup>45</sup> « « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » - Rapport à la ministre – Juin 2014

<sup>46</sup> Présentée par la circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016.

<sup>47</sup> Celui-ci comporte 7 axes stratégiques :

1. Prendre en compte la spécificité du handicap psychique dans la mise en œuvre des politiques de santé mentale.
2. Déployer et accompagner la mise en œuvre d'un parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique.
3. Prévenir et réduire les situations de non-recours initial ou après une rupture du parcours
4. Accompagner et maintenir l'insertion des personnes en situation de handicap psychique vers le logement et l'emploi.
5. Impulser une démarche pour changer les représentations sociales du handicap psychique.
6. Faire évoluer les pratiques des professionnels du secteur sanitaire, social et médico-social
7. Améliorer les connaissances.

ARS pour la prise en compte de la santé mentale dans l'élaboration de leur programme régional de santé (PRS) en est l'illustration<sup>48</sup>.

Pour mémoire, on peut également rappeler que la DGCS a porté, au travers de la loi adaptation de la société au vieillissement, une mesure en lien avec la santé mentale : un programme de prévention du suicide chez les personnes âgées. Celui-ci n'a finalement pas vu le jour, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) recommandant des programmes moins spécifiques.

#### 4.1 Fluidifier davantage les parcours et, pour ce faire, coordonner davantage les politiques publiques

Le parcours est un vecteur de la désinstitutionnalisation et de la priorisation pour les personnes en situation de handicap d'une vie dans la cité, portées par les politiques publiques et la DGCS dans le champ du médico-social. Cette approche est partagée par les acteurs de la santé mentale, particulièrement les personnes concernées et leurs familles.

L'enjeu pour les personnes en situation de handicap psychique et leurs familles est celui d'une meilleure autonomie et d'une inclusion sociale pleine et entière. L'accompagnement de ces personnes vise à leur permettre un accès à l'ensemble des dispositifs de droit commun, tout en continuant à mobiliser des dispositifs plus spécifiques, afin qu'elles puissent disposer de soins psychiatriques et somatiques ; d'un logement adapté ; d'un emploi en milieu ordinaire ou protégé et participer aux activités citoyennes.

La DGCS a fait cependant, comme les autres acteurs, le constat d'un certain cloisonnement dans les parcours<sup>49</sup>.

Elle considère qu'il est essentiel de coordonner davantage les acteurs des champs sanitaire et médico-social et social, et pour ce faire les politiques qui y contribuent. A ce titre, elle participe aux travaux du Conseil national de santé mentale (CNSM) et considère que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et notamment le projet territorial de santé mentale (PTSM), permettra de fluidifier les parcours.

Pour la DGCS, l'objectif est d'assurer l'accès à un panier de services sanitaire, social et médico-social sur chaque territoire, qui puisse apporter les prestations listées dans la nomenclature SERAFIN-PH<sup>50</sup> relatives aux différents domaines de vie et à la participation sociale des personnes (logement, travail, accès aux droits et dispositifs de droit commun, santé et activités sociales....), et qui sont à même de permettre de décrire les accompagnements à réaliser dans le secteur médico-social pour répondre aux besoins des personnes présentant un handicap psychique.

Il revient ensuite aux acteurs locaux de s'assurer de son existence et des fonctionnements articulés nécessaires. A cet effet, les ARS doivent s'assurer de la réalisation d'un diagnostic territorial partagé, en préalable à l'élaboration de leur projet territorial de santé mentale (PTSM), tel que défini par décret<sup>51</sup>, et l'évolution de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

<sup>48</sup> Note complémentaire à l'instruction N°2016 - 154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application de l'article 158 de la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé – Fiche annexe « politique de santé mentale »

<sup>49</sup> Il est cependant difficile aujourd'hui de retracer les parcours notamment en raison des limites des systèmes d'information des MDPH. Un nouveau SI sera déployé en 2019 et permettra de mesurer l'accompagnement au sein du parcours.

<sup>50</sup><http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/reforme-de-la-tarification-des-etablissements-et-services-pour-personnes/article/serafin-ph-en-charge-de-la-reforme>

<sup>51</sup> Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Par ailleurs, les crédits de la stratégie quinquennale doivent permettre la mise en œuvre du parcours global coordonné sanitaire/social et médico-social pour les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, notamment « *la partie médicosociale des interventions, menées notamment par des SAMSAH dédiés au handicap psychique, des équipes mobiles médico-sociales, des équipes mixtes sanitaires/médico-sociales ou tout autre type de dispositif adapté ou conçu à cet effet, ainsi qu'en MAS ou en FAM* »<sup>52</sup>.

## 4.2 Faire évoluer l'offre en ESMS, quantitativement et qualitativement, pour mieux répondre aux besoins

Les données disponibles concernant le suivi des personnes handicapées au sein du champ médico-social, selon la catégorie de handicap et le type d'établissement ou service médico-social (ESMS), sont aujourd'hui incomplètes et issues de deux sources : l'enquête ES-Handicap réalisée tous les quatre ans et exploitée par la DREES, et les outils SEPPIA et ImportCA conçus et exploités par la CNSA. Les systèmes d'information relatifs aux MDPH, en cours d'élaboration, viendront compléter à court terme ce recueil de données.

Toutefois, le handicap psychique - dû à une pathologie mentale - est un handicap relativement récent, car introduit par la loi 2005 sur le handicap<sup>53</sup>, et il est aujourd'hui encore agrégé avec le handicap mental dû à une déficience intellectuelle - et non à une maladie mentale. Aussi, la notion de handicap psychique devra-telle être introduite en tant que telle dans les différents systèmes de recueil de données relatifs aux situations de handicap.

En revanche, les places destinées aux personnes souffrant de troubles autistiques sont identifiables, l'autisme et les troubles envahissants du développement (TED) figurant en tant que tels dans les systèmes de recueils depuis les plans autisme.

Par ailleurs, on assiste aujourd'hui à un changement de paradigme dans le champ de la santé qui impacte fortement l'évolution de l'offre médico-sociale, la prépondérance de la logique de parcours de santé et de vie fondé sur les besoins et les souhaits des personnes en situation de handicap, et non plus une logique de places. L'évolution de l'offre médico-sociale s'accompagne ainsi du développement d'outils et de stratégies dont la finalité est de faciliter l'adaptation des acteurs, des pratiques professionnelles et des organisations à cette approche nouvelle : travaux et recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm), de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) ; travaux SERAFIN-PH relatifs à la réforme de la tarification<sup>54</sup> ; évolution du régime des autorisations<sup>55</sup> et de la nomenclature des ESMS<sup>56</sup>.

<sup>52</sup> Circulaire du 2 mai 2017. Elle précise également que : « *La partie sanitaire des interventions, notamment dans le cas de dispositifs mixtes sanitaires/médicosociaux, sera financée par l'ONDAM sanitaire selon un montant valorisé à 10 M€ sur 3 ans* ».

<sup>53</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>54</sup> La réforme du financement Serafin-PH prévoit ainsi la mise en place d'une nomenclature des prestations qui ne fait pas référence aux catégories juridiques des structures ; elle permet de décrire l'ensemble des prestations réalisées par différents acteurs, et non un seul ESMS, ou le seul secteur médico-social.

<sup>55</sup> Décret no 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>56</sup> Décret n° 2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques



La stratégie d'évolution de l'offre à destination des personnes en situation de handicap psychique ne diffère pas de celle à destination des autres publics. Le principe est de s'appuyer sur un diagnostic territorial des besoins, réalisé par les ARS et leurs partenaires, notamment les associations d'usagers, de familles, les conseils départementaux, et de faire évoluer à la suite, à la fois l'offre médico-sociale, les organisations et les pratiques professionnelles dans les territoires, pour mieux répondre aux besoins des personnes concernées et leurs aidants et améliorer leur maintien ou leur inclusion dans la cité. Il n'existe pas de données épidémiologiques relatives au handicap qui pourraient permettre une planification plus théorique des besoins, les ARS doivent donc s'appuyer sur leurs échanges avec les gestionnaires pour adapter l'offre localement.

En soutien de cette démarche, la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale prévoit à la fois un accroissement de l'offre (pour moitié environ) et une transformation de l'offre existante à travers l'évolution des organisations et des cultures et pratiques professionnelles<sup>57</sup>.

C'est pourquoi, le CIH du 2 décembre 2016 a prévu des priorités ciblant une catégorie de handicap, le handicap psychique et le polyhandicap, dont les prises en charges aujourd'hui ne répondent pas de façon suffisamment adaptées aux besoins des personnes concernées. La circulaire du 2 mai 2017 précise ainsi que : « *le handicap psychique [doit être] intégré dans les objectifs du schéma régional de santé du projet régional de santé 2 tant sur le plan quantitatif (créations de places) que qualitatif (accès au diagnostic, parcours, etc.)* ». Dans les prochains dialogues de gestion, la DGCS s'assurera donc que des crédits ont bien été utilisés à destination de ces publics.

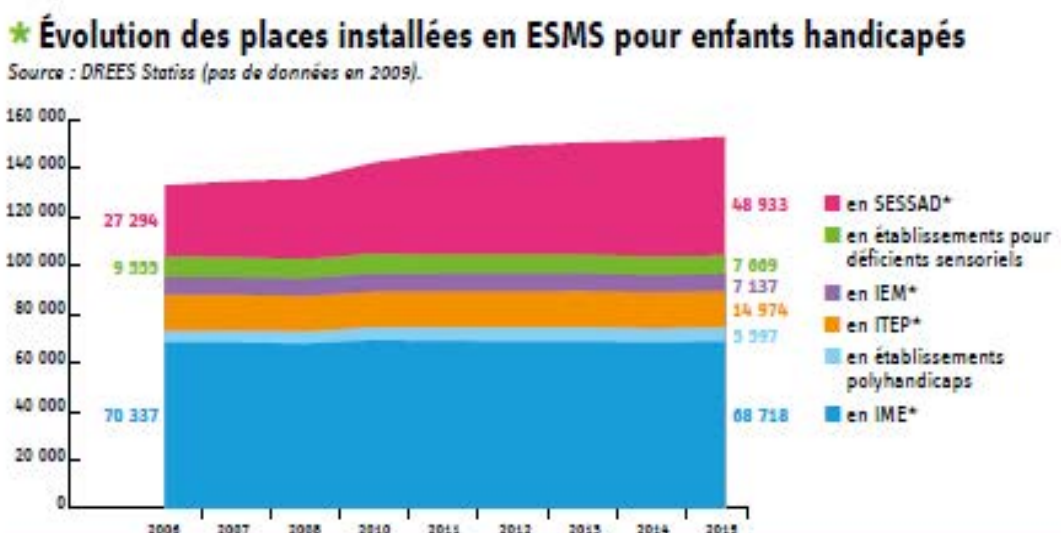
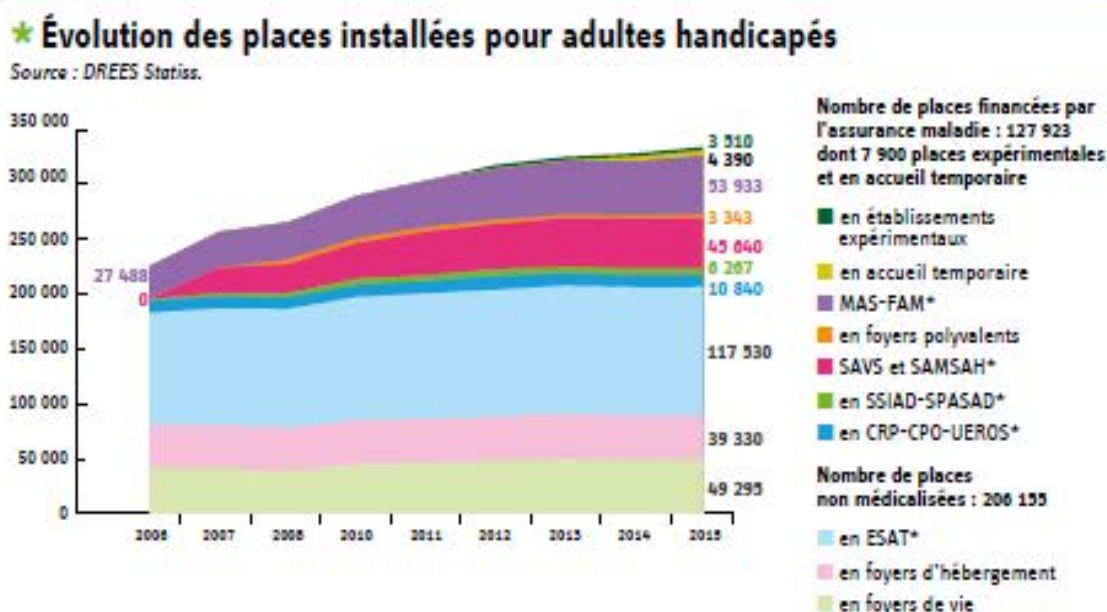
**Quantitativement**, l'offre a augmenté au cours des dernières années surtout pour les adultes (cf. graphique *infra*). Entre 2010 et 2014, le nombre de places dans les ESSMS a augmenté de 5,6 % : 6,1 % pour les adultes et 4,8 % pour les enfants<sup>58</sup>. Les places à destination des déficients intellectuels ou psychiques (dont troubles de la conduite et du comportement) qui représentent 70 % du total des places ont moins augmenté deux fois moins vite que l'ensemble (2,8 % ; 3 % pour les adultes et 2,5 % pour les enfants). En revanche, le nombre de places à destination des personnes avec autisme ou TED ont augmenté très fortement pour les adultes comme pour les enfants. (+32,7 %).

---

<sup>57</sup> La circulaire: « Une partie de ces crédits doit être fléchée sur le développement quantitatif de l'offre, en priorité sur les zones en tension pour répondre à des situations sans réponse et pour les handicaps les plus mal couverts : 20M€ au titre de la stratégie de santé pour les outre-mer, ainsi que 50% maximum de l'enveloppe nationale de 160M€. L'autre partie de ces crédits - 50% au moins des crédits nationaux - doit accompagner le mouvement de transformation de l'offre afin de la rendre plus souple et plus inclusive ».

<sup>58</sup> Source : DREES, Enquête ES-handicap

Graphique 7 : Evolution du nombre de places installées pour les adultes et les enfants handicapés entre 2005 et 2015



Source : Document transmis par la DGCS

Il demeure cependant des inégalités territoriales fortes, c'est pourquoi il a été décidé d'opérer une modulation territoriale<sup>59</sup> des 180M€ de la stratégie quinquennale.

**Qualitativement**, la DGCS cherche à faire évoluer les pratiques professionnelles vers une approche parcours assortie de prestations répondant aux différents besoins des personnes en situation de handicap, et une meilleure qualité et adaptation des prise en charge – y compris pour des handicaps lourds ou spécifiques. Concernant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, le principe est également celui d'un accès prioritaire aux soins et dispositifs de droit commun, avec des structures dédiées pour les situations les plus lourdes. Des travaux conjoints DGOS/DGCS sont

<sup>59</sup> En fonction d'un indice de dotation territorialisé (élaboré par la CNSA et la DGCS)

en cours à cet effet<sup>60</sup>. Les ESMS disposent de compétences médicales et paramédicales<sup>61</sup> Ces personnels de santé, peuvent avoir un rôle de soins ou un rôle de coordination avec les partenaires du champ sanitaire.

### 4.3 Développer l'inclusion en milieu ordinaire

Le troisième axe d'intervention de la DGCS est de favoriser l'inclusion en milieu ordinaire : cela passe par des politiques d'insertion professionnelle et de logement mais aussi par le développement de groupes d'entraide mutuelle (et la participation à des activités sociales, culturelles, sportives et de loisirs, non détaillé ci-dessous).

#### ➤ Insertion professionnelle

Un dispositif d'emploi accompagné a été introduit dans le code du travail<sup>62</sup>. Il consiste en un accompagnement du salarié et de son employeur qu'il soit public ou privé. Cet accompagnement est à la fois médico-social et de soutien à l'insertion professionnelle. Il n'est pas spécifique au handicap psychique. Une enveloppe de 7,5M€ a été allouée au dispositif pour 2017 (5M€ de crédits attribués sur le programme 157 et 2,5M€ de cofinancement de l'AGEFIPH et du FIPHFP).

La DGCS soutient aussi le « club house » à Paris : il s'agit d'un dispositif d'appui à l'insertion professionnelle des personnes avec un handicap psychique. Le « club house » repose sur un accompagnement auquel sont associés les acteurs sanitaires : l'équipe de psychiatrie qui a orienté le patient vers ce dispositif reste ainsi en contact avec lui quand il devient bénéficiaire du programme.

#### ➤ Logement

Dans le champ du logement, la DGCS soutient la priorité d'un logement autonome, selon différentes modalités d'organisations (logement individuel, collectif, semi-collectif) assorti d'un accompagnement social et/ou médico-social adapté aux besoins de la personne, et s'inscrivant dans un partenariat avec les acteurs de l'emploi. Dans ce cadre, elle mène une expérimentation permettant d'attribuer aux habitats inclusifs un financement pour l'accompagnement à la vie sociale (financé sur les 180M€ de la stratégie quinquennale : 60 000€ attribués par région). Dans ces logements, une part de la prestation de compensation du handicap (PCH) est déjà mise en commun pour financer un accompagnement mais il est parfois nécessaire de disposer de davantage d'accompagnement pour pérenniser ces structures.

Pour les personnes cumulant handicap psychique et précarité sociale, la DGCS a relancé le développement des pensions de familles et des résidences accueil. Sur les 7500 places qui doivent être créées entre 2017 et 2021 (1500 doivent être créées chaque année dont 1/3 de résidences accueil), 800 sont destinées aux personnes en situation d'exclusion atteintes d'un handicap psychique.

---

<sup>60</sup> Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap

<sup>61</sup> Articles D. 312-20 du CASF et D. 344-5-13

<sup>62</sup> Par l'article 52 de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel ; précisé par le décret n°2016-1899 du 27 décembre 2016

La DGCS vise également le développement d'appartements de coordination thérapeutique à destination des personnes souffrant d'un handicap psychique – dont le dispositif spécifique « un chez soi d'abord » n'est qu'un cas particulier destiné aux personnes ayant des troubles psychiques et vivant à la rue.

### Encadré 3 : Dispositif « un chez-soi d'abord »

Les crédits de la DGCS (programme 177) financent ainsi un « un chez soi d'abord » (le décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique «Un chez-soi d'abord») a pérennisé le dispositif expérimental, initié en 2011, et l'a inscrit à l'art. D. 312-154-1. du CASF). Il consiste à proposer à des personnes sans domicile, souffrant de graves troubles psychiques et d'addiction, un logement sans condition préalable de traitement ou d'arrêt de consommation. Le financement suivant est prévu :

- pour 2017 : reconduction des crédits engagés en 2016 soit 3,2 M d'euros sur le BOP 177 pour le volet logement et 2,8 M d'euros sur l'ONDAM spécifique pour le volet accompagnement médico-social pour permettre la pérennisation du fonctionnement des 4 sites expérimentaux ;
- pour les 5 années suivantes (2018/2022), il est prévu de passer de 360 à 2000 places, avec une montée en charge progressive (pour 2018 et 2019, les sites suivants sont prévus : Bordeaux, Lyon, Montpellier, Nantes, Strasbourg, Rennes et Grenoble).

Source : mission

### ➤ Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Les GEM sont un dispositif de pair-aidance, gérés par des associations constituées par des personnes souffrant de troubles psychiques<sup>63</sup>. Ces associations emploient des animateurs et ont pour finalité d'aider à l'inclusion sociale de leurs adhérents. Le cahier des charges de ces structures a été rénové en 2016 et l'attention des ARS a été attirée sur leur importance dans la continuité des parcours et l'insertion des personnes handicapées psychiques<sup>64</sup>.

Le développement des GEM, plébiscités par l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale, est une priorité du volet handicap psychique. A cet effet, un abondement du Fonds d'intervention régional (FIR) a été programmé à hauteur de 7,7 M€ dédié à la création de nouveaux GEM sur la période 2017 à 2019, ainsi qu'une revalorisation des GEM existants. 2,9 M€ sont mobilisables dès l'année 2017 et s'ajoutent aux 32,9M€ déjà dédiés aux GEM<sup>65</sup>.

<sup>63</sup> Ce dispositif concerne également les personnes cérébro-lésées. Des GEM à destination de personnes souffrant de troubles autistiques seront également créés mais financés par les crédits du 4<sup>ème</sup> plan autisme.

<sup>64</sup> Arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

Instruction N° DGCS/SD3B/2016/277 du 9 septembre 2016 relative aux modalités de pilotage du dispositif des groupes d'entraide mutuelle (GEM) par les agences régionales de santé au regard du nouveau cahier des charges fixé par arrêté du 18 mars 2016

<sup>65</sup> Circulaire N° SG/PÔLE-ARS/2017/146 du 5 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2017

## 5 LE PILOTAGE DE LA POLITIQUE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE PAR L'ADMINISTRATION CENTRALE

La loi de 2016 a redonné une définition légale au secteur psychiatrique, a reprécisé ses missions et a défini de nouveaux outils d'organisation du dispositif de soins et de santé mentale au niveau local (GHT, CPT, PTSM). Les administrations centrales, quant à elles, conduisent chacune un certain nombre d'actions pour que soient, autant que possible, mis en œuvre les grands principes de la politique publique de psychiatrie et de santé mentale fixés par les textes qui se sont succédés depuis 60 ans :

- *La DGOS :*
  - accompagne la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2016 portant sur de nouveaux outils d'organisation et de fonctionnement de l'offre (création des GHT, des CPT, élaboration des PTSM...);
  - prend les mesures pour que soient appliquées les dispositions de la loi portant sur un meilleur respect des libertés et de la dignité des personnes hospitalisées, notamment sans leur consentement ;
  - attend du conseil national de santé mentale et du comité de pilotage de la psychiatrie des propositions permettant d'apporter des remèdes aux grands problèmes d'organisation de l'offre de santé souvent diagnostiqués (défauts du partenariat pour assurer la bonne gestion du parcours des patients ; inégalités territoriales de l'offre et des pratiques ; faiblesse de la prévention) et des orientations à prendre pour faire face à des problèmes de santé de plus en plus prégnants (enfants, jeunes adultes, personnes en situation de précarité...);
  - fait évoluer avec la DSS et la CNAMTS le financement des actions de coordination associant le secteur privé (récent arrêté sur l'application de l'accord conventionnel interprofessionnel).
- *La DGS :*
  - engage des expérimentations sur des actions de prévention en nombre limité (prise en charge précoce en PMI, de la souffrance psychique des jeunes...);
  - soutient quelques actions proposant des prises en charge innovantes, améliorant la qualité des soins (médiateurs en santé pairs, un chez-soi d'abord, la remédiation cognitive);
  - favorise la promotion des droits des usagers, notamment en finançant des études.
- *La DGCS :*
  - a défini une méthode d'action avec les ARS, afin que celles-ci, sur la base d'un diagnostic local partagé, identifient les besoins de services médico-sociaux nécessaires et les articulations utiles avec l'offre de soins ;
  - renforce globalement les moyens au service de la prise en charge des personnes handicapées, sans flécher un handicap particulièrement, mis à part l'autisme ;
  - cherche à faire évoluer les organisations et les cultures et pratiques professionnelles des établissements et services médico-sociaux afin d'apporter aux personnes en situation de handicap des réponses de qualité adaptées à leurs besoins et à leur projet de vie ;

- mène des actions pour favoriser l'inclusion des personnes handicapées en priorité en milieu ordinaire (sur le plan professionnel, du logement, de la vie sociale).

Les trois administrations centrales, DGOS, DGS et DGCS participent aux travaux du conseil national de santé mentale, du comité de pilotage de la psychiatrie et du comité de pilotage du handicap psychique.

Le pilotage actuel de la politique de psychiatrie et de santé mentale attire plusieurs observations :

- il manque un véritable diagnostic objectif des problèmes d'organisation et de fonctionnement du dispositif de santé mentale et des insuffisances éventuelles de réponses apportées à différents problèmes de santé mentale de la population. Les rapports nationaux sur lesquels l'action des administrations centrales s'appuie, utiles au demeurant, n'apportent pas vraiment ce diagnostic objectif. Pour établir ce diagnostic, il conviendrait certainement de mieux organiser les moyens, d'exploiter les données recueillies sur les équipements, les activités, les financements, les personnels, les pathologies traitées. Un exemple, il est impossible aujourd'hui de se faire une idée objective, même approximative, des efforts réels faits par les secteurs dans le domaine de la prévention qui est une de leurs missions ;
- fait défaut une distinction claire entre des axes stratégiques forts structurants une politique publique de psychiatrie et santé mentale (principes d'organisation de l'offre que la loi de 2016 a défini en partie, rapports entre privé et public, principes de financement des activités, logique d'amélioration de la qualité des prestations de santé...) et ce qui relèverait plutôt d'un plan d'action mettant en œuvre ces axes stratégiques. Sans doute le travail du conseil national de santé mentale et des comités de pilotage de la psychiatrie et du handicap psychique aideront à opérer cette distinction et à donner un contenu plus précis à ces deux objets différents : la politique voulue et le plan d'action nécessaire pour la traduire dans les faits ;
- les logiques d'action des administrations centrales paraissent se dérouler de façon un peu parallèle. Ne se perçoit pas facilement l'objectif commun poursuivi, mené à bien par des actions complémentaires relevant des soins, de la prévention ou du médico-social. Toutefois, les trois directions d'administration centrale ont élaboré de concert le décret relatif au PTSM, qui définit les objectifs partagés en termes de priorités du PTSM. Le projet d'instruction relative au PTSM (en cours de finalisation) est également co-écrit.



# ANNEXE 5 :

## ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ACCUEILLANT DES PATIENTS PRESENTANT DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Les formes d'organisation sont variables selon les établissements de santé accueillant des patients présentant des pathologies psychiatriques. Elles le sont surtout dans les établissements publics et ESPIC sectorisés. La mission ne saurait prétendre bien sûr en dresser un inventaire exhaustif, le nombre des établissements où elle s'est rendue étant limité. Des quelques évaluations conduites dans plusieurs établissements répartis dans différents départements et régions, figurant dans les monographies jointes à ce rapport, il ressort cependant quelques enseignements à portée générale et des modèles bien caractérisés montrant les évolutions en cours et les orientations prises.

### 1 DES CONSTATS GENERAUX

Seul le dispositif de soins psychiatriques présente autant de formes d'organisation et de fonctionnement différentes, quand on le compare aux autres établissements de santé. Et ces différences sont allées en s'accroissant depuis 40 ans environ. Cependant, quelles que soient les organisations mises en place par les établissements publics ou privés, sectorisés ou pas, plusieurs positions sont devenues consensuelles et des débats anciens sont en voie de disparaître ou de se transformer.

#### 1.1 Le dispositif de soin psychiatrique apparaît aujourd'hui divisé en deux grandes formes d'organisation et de fonctionnement très contrastées, selon que l'activité est ou pas sectorisée

Longtemps l'organisation des services de psychiatrie au sein des établissements hospitaliers est restée stable. La conception des anciens asiles était plutôt uniforme. La mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique, à partir des années 70, a conduit les hôpitaux publics et participants au secteur public sectorisés à se restructurer profondément. Les organisations et les fonctionnements ont dû aussi évoluer sous l'effet des contraintes budgétaires.

Le dispositif de soin sectorisé a donc changé totalement d'organisation et de fonctionnement en 40 ans, tant en intra qu'en extrahospitalier. Moins de lits, plus de structures de soins diversifiées dispersées dans la cité, plus d'interventions sur les lieux de vie des personnes, plus de spécialisation des activités, plus de variété de prises en charge adaptées aux besoins de traitement et de réinsertion des patients, plus d'ouverture sur des partenariats multiples. Dans le même temps, les établissements publics non sectorisés et les cliniques privées sont restés en grande partie à l'écart de ces transformations importantes du dispositif de soin.



Plusieurs CHU gèrent des services psychiatriques non sectorisés. En général, ils disposent d'une ou de plusieurs unités d'hospitalisation, souvent spécialisées dans le traitement d'une pathologie ou d'une population particulières. Ils développent des activités très spécialisées, servent de centre de référence pour diagnostiquer, explorer et orienter des pathologies complexes. Ils n'ont pas développé le plus souvent de dispositif alternatif à l'hospitalisation temps plein et n'interviennent pas ou peu dans la cité. Ils réalisent des consultations dans le cadre hospitalier.

Les cliniques privées sont presque toutes organisées sur le même modèle : un ensemble de lits d'hospitalisation distribués selon plusieurs unités indifférenciées, de taille gérable par une petite équipe soignante, auquel s'ajoute parfois un hôpital de jour de quelques places. Certaines cliniques ont constitué une unité spécialisée, en géronto-psychiatrie par exemple, ou, plus rarement, pour accueillir des malades hospitalisés sans leur consentement (exemple de la clinique de Beaupuy près de Toulouse). Les activités de consultation après une hospitalisation ont en général lieu en ville, aux cabinets des psychiatres intervenant dans l'établissement ou ayant adressé leurs patients à la clinique. Parfois, il arrive qu'une clinique privée s'engage dans la mise en place d'un dispositif alternatif à l'hospitalisation innovant, telle l'hospitalisation à domicile gérée par la clinique Beaupuy et l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse. C'est exceptionnel.

Le contraste entre ces deux grandes catégories d'établissements de santé accueillant des pathologies psychiatriques, sectorisée d'un côté, non sectorisée de l'autre, est aujourd'hui devenu important. Pour dire les choses de façon schématique :

- le dispositif sectorisé développe des activités de soins de plus en plus spécialisées en se dispersant sur les territoires qu'il couvre, en diversifiant les modalités de ses interventions, en multipliant ses partenariats ;
- le dispositif non sectorisé développe des activités de soins plus ou moins spécialisées, en se centrant sur son site hospitalier.

Si les pathologies traitées sont différentes selon le dispositif sectorisé ou non, une telle configuration de notre appareil de soins peut se comprendre. Le contraste entre ces deux catégories d'établissement s'expliquerait par les nécessités des traitements particuliers à apporter à des patients ne souffrant pas des mêmes pathologies. Si ce n'est pas le cas, si les pathologies traitées sont en grande partie les mêmes, alors il conviendrait de s'interroger sur les avantages respectifs de chacune de ces deux catégories d'établissements pour retenir le meilleur modèle de prise en charge des patients. Ou alors, il faudrait s'assurer que les services rendus par ces deux catégories d'établissements sont bien complémentaires et n'instaurent pas une inégalité de traitement des patients.

## **1.2 Au sein des établissements ayant la charge d'un secteur, la mise en œuvre des pôles d'activité a eu des conséquences importantes**

### **1.2.1 L'opposition entre une organisation en pôles hospitaliers ou en secteurs a perdu de sa vigueur et de son sens**

A partir du début des années 2000, les établissements de santé se sont progressivement organisés en pôles d'activité, dispositif confirmé par la loi HPST du 21 juillet 2009. En 2014, un bilan d'évaluation, signé par les présidents des différentes conférences de directeurs d'établissements de santé et de présidents de CME, a fait le constat que cette organisation s'est généralisée, « *selon des modalités qui semblent pertinentes dans la majorité des établissements* ».

En psychiatrie cependant, un vif débat avait eu lieu entre les autorités administratives et les professionnels de santé sur la question de savoir si un secteur était un pôle ou si un pôle était constitué de plusieurs secteurs. Les partisans d'une organisation où un secteur était un pôle redoutaient que l'option concurrente fasse perdre, à terme, la référence territoriale du dispositif psychiatrique et empêche la proximité des soins.

Les établissements de santé relevant de la psychiatrie se sont partagés entre ces deux camps. Ainsi, Saint-Maurice Esquirol a constitué des pôles réunissant deux secteurs de psychiatrie générale, comme Sainte-Anne à Paris, Le Vinatier à Bron et la majorité des établissements visités par la mission. En revanche, Maison Blanche, à Paris, a fait de chaque secteur un pôle (les déplacements de la mission laissent penser que ce choix est minoritaire). Ces différences ne sont pas en réalité bien grandes aujourd'hui. Elles n'empêchent pas que des établissements, ayant adhéré à chacune de ces deux options différentes, cohabitent sans difficulté au sein d'un même GHT (c'est le cas du GHT parisien réunissant notamment Sainte-Anne et Maison Blanche).

➤ ***Un pôle regroupant plusieurs secteurs peut en conserver les découpages***

C'est un cas assez général. Mais la formalisation de ces découpages peut être plus ou moins grande. Elle reste très marquée au Vinatier, ou à l'hôpital Sainte-Marie du Puy, où les anciens secteurs, regroupés dans le cadre d'un pôle, ont toujours à leur tête des chefs de service<sup>66</sup>. Elle a tendance à s'estomper à Saint-Maurice-Esquirol, ou à Bonneval dans l'Eure et Loir, où il n'y a plus de chef de services à la tête des anciens secteurs pourtant toujours reconnus, où le chef de pôle a désormais les mêmes responsabilités qu'un chef de secteur.

➤ ***Un pôle regroupant plusieurs secteurs peut devenir lui-même un secteur***

Le pôle, regroupant plusieurs secteurs au départ, a tendance à devenir lui-même un secteur. Ce qui change n'est pas le principe d'organisation mais la dimension territoriale au sein de laquelle est recherchée l'adéquation entre besoins et offre de prise en charge. Les pôles ainsi constitués respectent les principes de la sectorisation psychiatrique mais les appliquent sur un territoire de plus de 70 000 habitants, format idéal retenu par la circulaire de 1960 pour ce qu'elle nommait les « *sous-secteurs* », inscrits dans un secteur qui, lui, était alors départemental.

---

Au fond, les pôles qui ont regroupé plusieurs secteurs, sous une forme plus ou moins intégrée, ont conservé peu ou prou les anciens découpages en leur sein, ou les ont un peu modifiés, pour délimiter des « *sous-secteurs* » afin de préserver une référence territoriale de grande proximité. Mais ces organisations « *polaires* », quelle que soit leur forme, ont surtout permis :

- d'assurer une meilleure convergence des projets médicaux autour d'orientations communes ;
- de développer les unités de soins intersectorielles<sup>67</sup> et de mieux en définir les fonctionnements ;
- de rééquilibrer la répartition des moyens en personnels.

Cependant, la constitution des pôles n'a pas toujours expliqué, à elle seule, la remise en cause de cette dimension de 70 000 habitants pour définir un secteur psychiatrique. Dans bon nombre d'établissements, un redécoupage des secteurs en a diminué le nombre et en a, de ce fait, augmenté

---

<sup>66</sup> La règle adoptée par la communauté médicale et l'établissement est que le chef de pôle n'est pas aussi chef de secteur.

<sup>67</sup> Douze unités intersectorielle en 2010 au Vinatier, dix sept aujourd'hui.

la taille. C'est le cas notamment au Vinatier où le nombre des secteurs de psychiatrie générale, qui était encore de 11 en 2010, est de 6 aujourd'hui, ce qui correspond à une population moyenne d'environ 107 000 habitants par secteur. A noter que le plus petit pôle de Saint-Maurice Esquirol, regroupant deux secteurs, fait environ 105 000 habitants et le plus grand 165 000.

Les organisations en pôles examinées par la mission, même quand un pôle est devenu un secteur, ne menacent pas la mise en œuvre des principes de la sectorisation psychiatrique. Elles ne modifient parfois même pas la dimension territoriale leur servant de référence, en correspondant peu ou prou à la taille d'un « *grand secteur* ». Elles changent surtout la structuration de la hiérarchie médicale au sein des établissements, en la resserrant, afin de faciliter la recherche d'une meilleure efficacité du dispositif de soin.

### 1.2.2 Les pôles regroupant plusieurs secteurs ont fortement développé l'intersectorialité, en leur sein et entre eux

Les structures intersectorielles sont apparues bien avant l'organisation en pôles des établissements de santé. Mais la constitution de pôles regroupant plusieurs secteurs a permis de les développer et d'en faciliter le fonctionnement.

#### ➤ **Les pôles facilitent le bon fonctionnement des dispositifs intersectoriels**

Au sein d'un pôle, le développement des structures intersectorielles paraît mieux accepté, poser moins d'interrogations sur les risques qu'il pourrait faire courir à l'application des principes de la sectorisation psychiatrique, tant sur le plan de la continuité des soins que sur celui de la référence territoriale permettant des soins de proximité.

L'articulation des structures intersectorielles avec le reste du dispositif de soins du pôle, parfois resté strictement sectorisé, s'organise avec moins de difficulté. La gestion du parcours du patient s'en trouve facilitée.

#### ➤ **L'organisation intersectorielle au sein d'un pôle peut concerner tout l'intra-hospitalier et/ou tout l'extrahospitalier**

Cette organisation intersectorielle au sein d'un pôle peut concerner tout l'extrahospitalier. C'est le cas des pôles de psychiatrie générale au Vinatier. Toujours au Vinatier, en pédopsychiatrie au contraire, c'est l'intra-hospitalier qui est entièrement intersectoriel et l'extra qui est organisé par secteur (4 secteurs de pédopsychiatrie réunis dans un même pôle).

A l'hôpital Gérard Marchant à Toulouse, une partie de l'intra-hospitalier seulement est intersectorielle, elle regroupe toutes les activités d'ergothérapie, de réhabilitation et de sociothérapie de l'établissement. Elle est devenue le cœur de l'hôpital vers lequel presque tous les malades hospitalisés convergent. Cette organisation a permis de développer un grand nombre d'activités thérapeutiques diversifiées, avec des moyens en personnels soignants mutualisés.

Dans tous les cas, le développement des structures intersectorielles paraît surtout servir à mieux optimiser des structures de soins que chaque secteur ne peut pas développer pour les besoins de sa seule population. C'est le cas exemplaire de l'hospitalisation en pédopsychiatrie au Vinatier.

Ainsi, les pôles, respectant les découpages sectoriels anciens, peuvent conduire à déterminer des sous-ensembles intersectoriels découpant l'intégralité du dispositif intra-hospitalier et/ou extrahospitalier, à la tête desquels peut-être désigné un chef de service (comme au Vinatier) ou un responsable d'unité (comme à Bonneval).

➤ ***La construction du pôle est variable, parfois inachevée***

L'appartenance à un pôle permet de définir une gouvernance commune capable au minimum d'assurer la coordination des activités de ces structures, ou d'organiser une direction médicale unique.

Exceptionnellement, un pôle peut exister sans qu'un chef de pôle ait été désigné. C'est le cas à l'hôpital Sainte-Marie du Puy, qui – en tant qu'ESPIC – n'est pas soumis à l'obligation de constitution de pôles d'activité. La direction du pôle y est collégiale, assurée par les chefs de secteur tous à égalité. Ce fonctionnement exige toujours de parvenir à l'unanimité pour prendre des décisions. L'exercice peut certainement se révéler parfois difficile et conduire à s'entendre sur le plus petit dénominateur commun, voire sans doute, dans certains cas, à ne rien décider. En revanche, il permet une forte implication de toute la communauté médicale dans la mise en œuvre des orientations définies et décidées ensemble.

Le chef de pôle n'est parfois qu'un coordonateur œuvrant à la recherche de plus de cohérence dans le fonctionnement entre les secteurs qui composent le pôle. Pour bien marquer la limite de son rôle, il a été décidé dans certains établissements qu'il ne peut être choisi parmi les chefs de secteur.

Certains établissements organisés en pôles n'ont pas établi de contrat de pôle avec la direction, ce qui enlève une grande part de l'intérêt de cette organisation interne, destinée à constituer des unités de gestion au sein de l'hôpital donnant plus de responsabilités aux soignants dans la mise en œuvre d'objectifs définis collectivement. Le pôle n'est alors qu'une instance de concertation interne entre plusieurs secteurs, utile mais ayant une ambition limitée.

### **1.3 L'éventail des soins s'est élargi et exige des organisations adaptées à des échelles territoriales variables**

Les soins psychiatriques peuvent prendre des formes diverses, sur les plans du diagnostic, de la thérapeutique et de la réinsertion. Les références théoriques sont différentes mais n'empêchent pas le recours à plusieurs méthodes de prise en charge, pour un même patient, tout au long de son parcours. Le modèle bio-psycho-social, qui fait plutôt consensus au sein de la communauté psychiatrique pour rendre compte de la maladie mentale en l'expliquant par des interrelations entre différentes dimensions de la personne, a certainement rendu plus acceptable l'emploi complémentaire de plusieurs approches thérapeutiques ou de réinsertion. Aussi, la « palette » de soins<sup>68</sup> proposée aux patients, déjà très riche en psychiatrie, est devenue encore plus large, comprend des prises en charge nouvelles, nécessite des compétences spécialisés. Chacun de ces soins différents ou de ces activités de diagnostic et de bilan ou de ces techniques de réinsertion a des indications précises, demande des compétences parfois très spécialisées pour être mis en œuvre.

Par ailleurs, les pathologies et les prises en charge de certaines populations présentent des particularités suffisamment importantes pour avoir conduit à la spécialisation de professionnels de santé et à la définition des structures de prise en charge adaptées, parfois en lien avec d'autres spécialités médicales : addictions, psycho-traumatismes, psychiatrie du sujet âgé, autisme, adolescents, troubles du comportement alimentaire...

---

<sup>68</sup> L'arsenal thérapeutique, diagnostic et de réinsertion est multiple : thérapie familiale, hypnose, électroconvulsivothérapie, raisonnement magnétique transcranienne, psychothérapies diverses, exploration de dépressions résistantes, exploration de schizophrénies résistantes, diagnostic précoce des troubles du spectre autistique, réhabilitation et remédiation cognitive, activités de psychomotricité, d'orthophonie, d'ergothérapie, groupes de parole...

Ces dispositifs et soins divers se conçoivent pour répondre aux besoins de populations correspondant à des territoires de dimension variable : plusieurs secteurs, un département, la région.

#### **1.4 Le dispositif de soins psychiatrique sectorisé est loin d'être statique et son organisation évolue en permanence, au point de perdre parfois en lisibilité**

Tous les établissements de santé publics où la mission s'est rendue ont redéfini, ces dix dernières années, leur organisation et leur fonctionnement. La constitution de pôles hospitaliers a accéléré ces transformations qui ont, en général, conduit à développer l'intersectorialité et à diversifier davantage les modes de prise en charge en extra comme en intra-hospitalier. Il faut souligner l'important dispositif partenarial qui s'est enrichi, notamment sous la forme de conventions avec des structures et services relevant du sanitaire, du social et du médico-social. La création des conseils locaux de santé mentale (CLSM) a accentué cette orientation.

On pourrait penser que ces évolutions sont achevées. Il n'en est rien. Le développement des structures et des interventions en extrahospitalier, les restructurations de l'intra-hospitalier, l'extension du partenariat, ont eux-mêmes un effet générateur de nouvelles transformations : des besoins auxquels on ne répondait pas se révèlent ; l'expérience professionnelle des personnels soignants s'élargit et se redéfinit ; les collaborations plus nombreuses avec divers partenaires rendent possibles des activités de soin difficiles auparavant à mettre en œuvre.

Les contraintes budgétaires limitent actuellement la mise en œuvre de nombreux projets qui devraient encore transformer l'organisation et le fonctionnement de bien des établissements de soins. Mais, le plus souvent, la création d'établissements médico-sociaux qui pourraient prendre en charge des patients actuellement hospitalisés par manque de structure d'aval, permettrait de dégager des marges de manœuvre financières qui, à condition de laisser à l'établissement psychiatrique le gain budgétaire obtenu grâce à cette opération, permettrait de soutenir de nouvelles évolutions du dispositif de soins. Dans plusieurs établissements où la mission s'est rendue, le nombre de ces patients relevant du médico-social a été évalué à près de 20 % des hospitalisés un jour donné.

Ces évolutions du dispositif de soin, parfaitement souhaitables, exposent à une nouvelle difficulté de plus en plus grandissante. La multiplication des unités de soins spécifiques, en intra comme en extrahospitalier, adaptées à la prise en charge de pathologies ou de patientèles différentes<sup>69</sup>, ajoutée à l'élargissement de la « palette » des soins possibles organisés en services distincts, rendent peu lisible l'offre ainsi diversifiée, d'autant plus que les appellations données à ces différentes unités et services ne sont pas toujours très parlantes, surtout quand il est recouru à des sigles (exemple du Vinatier). Le GHT psychiatrique à Paris envisage de dresser une cartographie de cette offre devenue foisonnante et protéiforme, afin d'aider les professionnels de santé à orienter leurs patients. L'initiative est heureuse. Mais il faudra aussi faire en sorte que les patients puissent être eux-mêmes en capacité de se diriger dans un dispositif de soins qui, à leurs yeux, est certainement en train de devenir labyrinthique.

---

<sup>69</sup> Pathologies addictives, troubles des conduites alimentaires, jeunes adultes, personnes âgées...

Enfin, il convient de souligner que si le dispositif de soin psychiatrique est loin d'être statique, se transforme en permanence et n'a pas fini de le faire, toutes ces évolutions demandent du temps. Un temps de conception, un temps d'adhésion collective aux projets, un temps de mise en œuvre quand il faut, notamment, prendre des dispositions concernant les locaux, redéployer des personnels.

## 2 DIFFERENTS MODELES D'ORGANISATION EXISTENT

### 2.1 Un dispositif sectoriel inséré dans la communauté (le secteur 59G21 à Armentières)

L'organisation du secteur 59G21 à Armentières est souvent citée comme l'exemple le plus abouti d'un dispositif psychiatrique intégré dans la communauté.

Près de 80 % des effectifs soignants de ce secteur interviennent en extrahospitalier, dans les lieux de vie des personnes. La notion même de CMP n'est plus opportune. Ce secteur a organisé deux « *services médico-psychologiques de proximité* » dont les soignants très mobiles interviennent, pour des consultations et autres actes soignants auprès des patients, dans toute sorte de lieux dispersés sur le territoire sectoriel. Le principe même de l'hôpital de jour perd de sa pertinence, les activités thérapeutiques étant elles-aussi conduites dans la cité et pas réunies sur un site hospitalier plus ou moins banalisé. Enfin, les représentants des usagers sont intégrés dans la vie même du secteur.

Dans un tel dispositif, la coordination des interventions des soignants tout au long du parcours du patient est centrale. Le cœur du service devient une sorte de tour de contrôle qui regroupe les informations, oriente les actions, s'assure de leur mise en œuvre et évalue leurs résultats. Cette fonction s'exerce grâce à un système d'information et de communication très structuré et en perpétuelle amélioration.

Le secteur 59G21 s'est peu à peu complètement séparé de son hôpital de rattachement avec lequel il ne garde que des relations administratives, son unique unité d'hospitalisation étant située dans les locaux du CHU plus proche du territoire du secteur. Il s'est constitué en un dispositif de soins quasi autonome adapté aux besoins de la population d'un territoire strictement délimité. De ce fait, il n'est pas en mesure de proposer aux patients qu'il prend en charge toute la palette des soins actuellement possibles, même s'il a su faire preuve d'une grande créativité dans le développement de la prise en charge du handicap psychique et l'insertion du patient au sein de la communauté. Si cette organisation montre incontestablement la voie d'une intégration véritable du soin psychiatrique dans la communauté, elle ne permet pas d'apporter des réponses aux questions d'organisation qui se posent au niveau d'échelles territoriales plus larges, par exemple une grande ville partagée entre plusieurs secteurs, ou dans des départements peu pourvus en soignants et étendus géographiquement.

### 2.2 Des pôles très intégrés devenus des « grands secteurs » (Bonneval, Saint-Maurice Esquirol, Sainte-Anne)

Dans certains établissements, le pôle a intégré complètement deux secteurs, voire quatre comme à Bonneval. Le chef de pôle occupe alors les fonctions d'un chef de secteur au territoire élargi. A la tête des différentes unités intra et extrahospitalières, il y a un responsable médical. Les unités de soins, intra ou extrahospitalières, accueillent des patients en fonction d'une double logique, de

proximité géographique ou de spécialisation des soins pour une population particulière (c'est le cas notamment à Bonneval).

Le pôle étant devenu un grand secteur, avec éventuellement des subdivisions territoriales en forme de sous-secteurs, on pourrait penser que l'intersectorialité est en passe de disparaître. En fait, l'intersectorialité s'applique désormais à des structures qui pourraient être qualifiées « d'inter-polaires », encore rares, mais qui devraient se développer (exemple de Saint-Maurice Esquirol qui envisage de telles évolutions).

La complète intégration de deux, voire quatre secteurs comme à Bonneval, au sein d'un pôle a eu plusieurs avantages dans les établissements qui ont procédé à cette organisation :

- en mutualisant des moyens, il a été possible de redéployer des agents sur l'extrahospitalier ;
- ce modèle a permis de mieux équilibrer, en fonction des activités, les répartitions de personnels entre les différentes unités de soins, là où existaient auparavant des inégalités qui perduraient ;
- le pôle, répondant aux besoins d'un territoire plus large que celui correspondant à chacun des anciens secteurs, regroupe des moyens plus importants au total et offre une plus grande diversité de modes de prise en charge ;
- les anciennes unités intersectorielles, devenues des structures du pôle, sont plus faciles à gérer car placées sous une seule autorité médicale, et mieux articulées avec le reste du dispositif de soin ;
- les cultures médicales des services réunis, parfois différentes à l'origine, ont pu être rapprochées sans pour autant être effacées. Il s'en suit à la fois une meilleure cohérence d'ensemble du dispositif de soin et un enrichissement global des pratiques médicales du pôle grâce au dialogue renforcé entre des approches théoriques différentes. C'est le cas notamment à Saint-Maurice Esquirol.

Cette organisation oblige à réorganiser la gouvernance du dispositif, plus complexe du fait de la taille de ce pôle devenu un secteur, afin que chaque professionnel, appelé désormais à s'intégrer dans une autre forme de solidarité d'équipe, se retrouve dans les mécanismes de participation à la vie du service et de définition de ses objectifs.

L'évolution inexorable vers des unités « inter-polaires », au total probablement moins nombreuses que celles intersectorielles qui existaient avant la mise en place des pôles, confrontera l'établissement aux mêmes questions de gestion de ces structures et d'articulation avec les autres unités de soins, de façon à gérer le parcours du patient.

### **2.3 Un établissement avec des pôles transversaux spécialisés et des pôles polyvalents (Le Vinatier)**

Le modèle précédent découpe l'établissement en pôles à vocation semblable : plusieurs pôles de psychiatrie générale et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile. L'hôpital du Vinatier à Bron a développé un modèle différent, en retenant la même verticalité, combinée avec des pôles spécialisés transversaux pour tout l'établissement (4 pôles « verticaux » au Vinatier, et 5 pôles « transversaux »).

En fait, cette organisation revient à ériger en pôles des structures intersectorielles ou « inter-polaires ». Ces structures se retrouvent placées sous une seule autorité médicale, celle du chef de pôle dont elles relèvent. Leur gestion s'en trouve probablement simplifiée.

Le fonctionnement, nécessairement articulé des pôles « transversaux » avec les pôles « verticaux », demande une organisation précise de la gouvernance entre les pôles, afin d'assurer la bonne prise en charge du parcours du patient et la continuité des soins.

Au Vinatier, les pôles « verticaux » n'ont pas intégré complètement les secteurs qu'ils réunissent, contrairement à ce qui s'est passé à Bonneval ou à Saint-Maurice Esquirol. Le pôle n'est pas devenu un secteur et le chef de pôle n'exerce qu'une fonction de coordination, il ne peut pas être aussi chef de ce qui est aujourd'hui appelé un service et qui correspond à un ancien secteur. Au sein d'un pôle « vertical » existent aussi des services composés d'unités intersectorielles.

Ce modèle croisant des pôles « verticaux » et « transversaux », n'intégrant pas complètement les anciens secteurs dans les premiers, conduit à faire cohabiter trois sortes de structures intersectorielles :

- des unités propres à un pôle « vertical », répondant aux besoins des patients des deux secteurs réunis ;
- des unités propres à un pôle « vertical », répondant aux besoins de patients relevant d'un territoire plus large que celui des deux anciens secteurs réunis (la totalité du territoire couvert par l'établissement, ou le département, ou la région) ;
- des unités intersectorielles constituant un pôle « transversal », répondant aux besoins de patients relevant de la totalité du territoire couvert par l'établissement (ou d'un territoire plus large encore).

Au total, cette construction est plutôt complexe.

## 2.4 Un dispositif extrahospitalier regroupé

Certains établissements ont choisi de regrouper au sein d'une même structure leur dispositif extrahospitalier (CMP, hôpital de jour, CATTP), parfois relevant de plusieurs secteurs différents en milieu urbain. Au Vinatier, l'établissement a regroupé sur quelques sites, plusieurs sortes d'unités de soins extrahospitalières :

- unités de soins relevant d'un secteur composant un pôle « vertical » ;
- unités de soins intersectorielles pour les secteurs du pôle « vertical » ;
- unités de soins du pôle « transversal » personnes âgées.

Ces opérations ont conduit en général à construire des bâtiments neufs et fonctionnels pour accueillir ces activités. Elles obéissent d'abord à une logique gestionnaire. En permettant de mutualiser des moyens en personnels, de limiter les déplacements des soignants, de réduire les coûts logistiques, elles ont pour objectif de limiter les dépenses de l'établissement hospitalier dans un contexte de contrainte budgétaire, sans diminuer l'offre de soins<sup>70</sup>. Elles ont aussi l'avantage de rendre possibles des soins spécialisés, grâce au recrutement ou à l'emploi plus large de certaines compétences ne pouvant pas être dispersées sur les territoires sectoriels.

---

<sup>70</sup> Ou dans des cas plus rares, d'améliorer l'offre en étendant l'amplitude horaire de consultation par exemple.



En pratique, la cohabitation harmonieuse dans un même bâtiment d'activités de soins souvent semblables<sup>71</sup> ne paraît pas simple à gérer, dépend de la bonne volonté des professionnels relevant de structures et de services différents qui se côtoient, et éventuellement s'entraident. Par ailleurs, toutes les mutualisations possibles n'ont pas toujours pu être recherchées (les secrétariats des CMP par exemple).

Cet ensemble constitué par le CMP, l'hôpital de jour et le CATTP, d'un ou de deux secteurs, peut se localiser dans un bâtiment extérieur par rapport au site de l'hôpital ou sur le site lui-même de l'établissement. Cette organisation du dispositif de soins psychiatrique devient alors assez semblable, qu'il s'agisse d'un hôpital sectorisé, d'un CHU non sectorisé ou d'un clinique privée.

Cette orientation va à rebours de celle décrite à propos du secteur 59G21 d'Armentières et des réflexions de certains établissements qui souhaitent augmenter le nombre de lieux de consultation. Elle accroît la densité du dispositif extrahospitalier en le rassemblant sur un site unique, au lieu de rechercher plutôt sa « dilution » dans la cité. Elle peut poser des problèmes d'accès aux soins, comme la mission a pu le constater, quand des populations se retrouvent éloignées du dispositif de soin extrahospitalier, sans moyen de transports publics. Par ailleurs, la rationalité économique de ces nouvelles organisations n'est considérée qu'à l'échelle de l'établissement. Aucune évaluation des coûts induits pour l'assurance maladie n'a été faite (augmentation des transports sanitaires par exemple).

## 2.5 Un intra-hospitalier organisé selon plusieurs modèles différents

La distinction entre unités pour « grands mentaux » et unités pour « petits mentaux », si longtemps décriée, au motif qu'elle avait un effet stigmatisant et exerçait une ségrégation néfaste pour les patients, ne semble plus aujourd'hui faire débat. Quand un secteur ne dispose plus que de une ou deux unités d'hospitalisation, le mélange des pathologies apparaît problématique, parce qu'il rebute certains patients, parce qu'il oblige parfois à fermer tout le service pour éviter le risque de fugue de quelques uns, parce qu'objectivement le comportement de certains malades peut mettre en danger ou en difficulté d'autres souffrant de troubles différents. Ainsi, dans tous les établissements publics où la mission s'est déplacée, les unités d'hospitalisation ont des vocations d'accueil distinctes. Les cliniques privées échappent cependant souvent à cette logique.

### ➤ *L'hospitalisation est organisée selon trois lignes distinctes, obéissant à un principe d'admission progressive*

Les admissions en hospitalisation se font dans ces établissements ayant adopté ce modèle selon une succession d'étapes qui sont franchies en fonction de l'évolution de leur état de santé :

- l'admission au sein d'une unité d'accueil des urgences intersectorielle, à laquelle est liée une unité d'hospitalisation de courte durée (de 3 ou 6 jours, comme au Vinatier). A l'issue de cet accueil, prolongé ou pas par un séjour dans une unité de courte durée, le patient retourne chez lui et sera suivi ou pas en ambulatoire, ou il sera hospitalisé dans une unité de seconde ligne relevant de son secteur ;
- le séjour dans l'unité de seconde ligne se réalise pour des patients subaigus, dont l'état ne permet pas encore une sortie, après une hospitalisation dans une des unités de courte durée liée à l'unité intersectorielle d'accueil des urgences ;

---

<sup>71</sup> Activités de soins d'un hôpital de jour pour la psychiatrie générale, et d'un autre pour les personnes âgées par exemple.

- la troisième ligne d'hospitalisation est destinée aux patients dont l'état reste durablement fluctuant ou s'est stabilisé sur un mode plutôt déficitaire, ne pouvant pas sortir sans travail de réhabilitation leur permettant de retrouver une relative autonomie de vie.

➤ ***L'hospitalisation se conçoit selon des orientations vers des structures spécifiques***

Au lieu de subdiviser l'intra-hospitalier en deux grandes catégories d'unités qui, pour être schématique, pourraient être appelées unités pour cas aigus et unités pour cas chroniques, où les patients accèdent en fonction de l'évolution de leur état de santé, certains établissements choisissent de procéder à davantage de différenciations. Ils organisent leur intra-hospitalier en séparant leurs unités entre les entrants et les chroniques, mais aussi en constituant des unités d'hospitalisation spécialisées sur la prise en charge de pathologies particulières ou de tranches d'âge<sup>72</sup>, ayant tendance à être intersectorielles.

En psychiatrie infanto-juvénile, cette distinction des unités d'hospitalisation en fonction de l'âge des enfants accueillis et de leurs pathologies est l'organisation que la mission a rencontré dans tous les établissements où elle s'est rendue (dès lors qu'ils disposent de plusieurs unités d'hospitalisation). Ces unités sont alors intersectorielles, le plus souvent conçues pour répondre aux besoins de tout un département et réparties entre plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, relevant de différents établissements, travaillant en réseau plus ou moins fortement structuré (exemple de Lyon où le réseau est très structuré entre le Vinatier et Saint-Jean de Dieu ; exemple aussi de l'Eure et Loir où la pédopsychiatrie du département est rassemblée au sein d'un groupement de coopération sanitaire).

A l'évidence cette orientation vers la constitution de différentes unités d'hospitalisation spécialisées conduit les établissements à organiser leur intra-hospitalier en grande partie, si ce n'est en totalité, de façon intersectorielle.

Dans une telle organisation, le patient est orienté dès son admission, par le médecin qui l'hospitalise ou le service des urgences, vers la structure considérée comme étant la mieux adaptée à son état, aux nécessités de son traitement.

Les CHU disposant de services non-sectorisés et spécialisés s'inscrivent également dans cette logique.

➤ ***Les cliniques privées ne sont pas en général organisées avec des unités d'hospitalisation à vocation distincte***

En général, les cliniques privées ne différencient pas ou très peu leurs unités d'hospitalisation entre elles. Cela s'explique sans doute par le type de patients qu'elles accueillent. Notamment, elles ne prennent pas en charge les personnes hospitalisées sans leur consentement, sauf exception comme à la clinique de Beaupuy près de Toulouse. Mais c'est aussi pour conserver un maximum de souplesse dans l'emploi des lits dont ces établissements disposent. Une fois de plus, il faut souligner le contraste qui s'accroît entre le dispositif public qui diversifie ses modes de prise en charge de plus en plus, et le dispositif privé à but lucratif qui reste plus uniforme.

---

<sup>72</sup> Par exemple : unité d'hospitalisation pour jeunes adultes à Gérard Marchant ; unité d'hospitalisation pour troubles des conduites alimentaires à Bonneval, au CHU Purpan à Toulouse ; unité d'hospitalisation pour les addictions dans plusieurs établissements visités par la mission.

### 3 LA MISE EN ŒUVRE DES GHT VA MODIFIER ENCORE LES ORGANISATIONS.

L'accroissement des contraintes budgétaires, l'évolution des pratiques médicales vers plus de prises en charge spécialisées et la constitution des pôles ont indéniablement été les facteurs responsables d'une profonde réorganisation du dispositif de soins psychiatriques sectorisé, sans qu'il soit possible de déterminer lequel a joué le rôle le plus important.

Dans ce contexte ainsi constitué, la création des GHT va certainement avoir de nouveaux effets sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins public. La constitution des communautés psychiatriques de territoire (CPT) aura certainement des conséquences sur les organisations existantes, mais sans doute moins importantes, car les CPT n'ont pas vocation à rapprocher la gestion des établissements qui les composeront.

Les services de psychiatrie relevant de plusieurs établissements constituant un GHT ont, en général, été invités à travailler ensemble pour proposer la partie psychiatrique du projet médical partagé (PMP). Ainsi, les pôles et secteurs ont dû examiner et redéfinir la réponse aux besoins de la population apportée, sur un territoire plus large que celui à partir duquel ils s'organisaient jusqu'alors, limité au périmètre couvert par leur seul établissement d'appartenance. Certains avaient pris les devants, surtout la pédopsychiatrie, comme dans l'Eure et Loire, dans le Rhône, en Haute-Garonne. A ces exemples, il faut ajouter, en psychiatrie générale, celui des établissements parisiens qui ont constitué une communauté hospitalière de territoire (CHT) en 2012, avec un projet médical commun. Cette approche territoriale plus large de l'organisation des soins, voulue par le GHT, a conduit les services de psychiatrie relevant d'établissements hospitaliers différents, à d'abord mieux se connaître, à identifier les particularités de leurs offres respectives, à déterminer des objectifs communs de développement de leurs activités, à concevoir des coordinations entre eux pour mieux orienter les patients vers les prises en charge les plus adéquates.

Selon les GHT, le contenu de ce PMP sera certainement de densité variable, aura des conséquences plus ou moins importantes sur l'organisation des soins. On peut penser que, dans certains cas, les évolutions porteront surtout sur la mise en place d'un certain nombre de mutualisations de services logistiques ou informatiques entre établissements. Quand une direction commune se mettra en place, si elle ne fait pas fuir certains établissements comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses déplacements, les rapprochements entre dispositifs de soins seront sans doute plus consistants. Quoiqu'il en soit, il apparaît que le seul fait de s'engager dans des réflexions communes produit des effets. Ainsi, dans l'Eure et Loir, la question se pose de constituer ou pas un pôle inter-établissement en pédopsychiatrie, sur la base de l'expérience acquise avec le GCS créé il y a plusieurs années.

### 4 LES QUESTIONS POSEES PAR LES DIFFERENTES ORGANISATIONS EXISTANTES

Ces différentes organisations et fonctionnement constatés par la mission posent certaines questions auxquelles les établissements cherchent à répondre.

- ***L'encadrement infirmier supérieur est confronté à une tâche nouvelle à laquelle il n'était pas toujours préparé***

L'encadrement supérieur infirmier au niveau d'un pôle peut avoir à gérer 300 agents ou plus, un nombre bien supérieur à celui auquel il faisait face ordinairement au niveau d'un secteur psychiatrique. La relation de proximité avec les personnels soignants est donc désormais surtout assurée par les cadres infirmiers affectés au niveau d'une ou de plusieurs unités de soins. Aussi, l'encadrement supérieur exerce des responsabilités qui se rapprochent de celles du directeur des soins qui, du coup, a parfois des difficultés à trouver sa place au sein de l'établissement.

Certains établissements ont mis en œuvre des formations permettant à cet encadrement supérieur de pouvoir faire face à ses nouvelles tâches de gestion. D'après les observations recueillies par la mission lors de ses déplacements, il semble que cela n'ait pas été le cas partout et que ponctuellement certains cadres se trouvent en grande difficulté.

➤ ***Le fonctionnement des pôles exige de mettre en œuvre une gouvernance très participative***

Un pôle regroupe un nombre de professionnels de santé supérieur à celui qui se trouvait au niveau d'un seul secteur psychiatrique. Il dispose par ailleurs de plusieurs unités de soins, en intra et en extrahospitalier, qu'il faut articuler entre elles pour gérer le parcours du patient et assurer la continuité du projet de soin. Il est doté d'une certaine capacité de gestion, lorsqu'un contrat de pôle a été établi avec la direction de l'établissement. Dans ces conditions, l'organisation et le fonctionnement de la gouvernance doivent être conçus de façon à ce que tous les professionnels soient associés à l'élaboration des objectifs, adhérent à leur mise en œuvre, puissent faire savoir les difficultés rencontrées, soient informés des résultats obtenus. Sans quoi, les risques de conflits internes ou de démobilité des agents sont grands, préjudiciables pour la bonne marche des unités de soin et la prise en charge des patients. Parvenir à éviter ces risques n'est pas si simple. Les responsables de pôle se retrouvent souvent face à un nouveau métier à exercer qui exige formation et adaptation à l'emploi. Les procédures internes réglant le fonctionnement de la gouvernance du pôle doivent être précises, connues et largement acceptées, capables de s'adapter aux réalités changeantes, aux évolutions des structures.

➤ ***La multiplication des unités de soins et des interventions, en intra comme en extrahospitalier pose des questions de gestion complexes***

Au niveau d'un établissement, le nombre des unités de soins et des interventions soignantes possibles, intra et extrahospitalières, au sein des pôles ou à vocation intersectorielle, devient important et génère une certaine complexité de gestion. Leur simple présentation, de façon à ce que les partenaires de l'hôpital connaissent l'offre de services et les soins spécialisés existants, et que les patients soient capables de s'orienter dans ce qui prend parfois figure de dédale, est déjà un sujet qui n'est pas simple à traiter. Tous les établissements où la mission s'est déplacée ont pris la mesure de cette question et ont cherché à établir des brochures les plus lisibles possibles pour présenter leurs dispositifs de soin. Mais encore plus compliquée est l'organisation des articulations entre autant d'unités et d'intervenants auprès du patient, surtout quand les soins se déploient très largement au sein de la cité, comme dans l'exemple du secteur 59G21 à Armentières.

Ces problèmes sont encore plus difficiles à traiter au niveau d'un GHT regroupant plusieurs établissements ayant chacun des pôles de psychiatrie. S'il convient de se réjouir du développement de la diversité de l'offre de soins permettant d'apporter des réponses toujours mieux adaptées aux besoins des patients, il ne faudrait pas que finisse par être compromise la capacité d'assurer la continuité du projet de soins pour des patients dont le parcours se complexifie.

Ces articulations à organiser rendent nécessaire la mise en place d'un système d'information efficace, reliant entre eux tous les intervenants des pôles au sein d'un même établissement ou intégrés dans un GHT. A cet égard, il convient de souligner que dans tous les établissements où la mission s'est déplacée existait un dossier médical informatisé et partagé, parfois depuis plusieurs années comme à Gérard Marchant à Toulouse.

Au-delà de ce sujet du système d'information à développer, au niveau d'un établissement et demain au sein des GHT, les professionnels de santé des pôles intervenant dans de nombreux lieux, parfois dispersés sur un vaste territoire, doivent pouvoir communiquer entre eux rapidement et simplement. Le développement de techniques de communication par voie numérique, incluant la visioconférence, est devenu indispensable.

➤ ***L'orientation du patient hospitalisé demande d'être organisée***

L'époque est révolue où un patient était adressé, via les urgences ou une consultation en CMP, directement vers le secteur dont il relevait, charge à celui-ci de lui trouver un lit dans une de ses unités d'hospitalisation. Le développement des structures intersectorielles spécialisées, la distinction entre unités pour patients aigus et patients chroniques, les taux d'occupation élevés des services, ont rendu l'orientation des patients plus complexe à réaliser. Il faut pouvoir trouver le plus rapidement possible la solution d'hospitalisation disponible, la mieux adaptée à l'état du patient, dans une structure du secteur dont il relève ou ailleurs, au sein d'un des établissements entre lesquels un fonctionnement en réseau a été organisé.

A Toulouse, le CHU a mis en place un dispositif d'orientations des patients à hospitaliser en aval des urgences. L'hôpital Gérard Marchant participe à son fonctionnement. Ce dispositif d'orientation du CHU est articulé avec une cellule d'information et de régulation (CIR) constituée en son sein par Gérard Marchant. Ces organisations pour orienter les patients vont devoir certainement se généraliser et sans doute prendre la forme d'une seule structure au service de plusieurs établissements, dans le cadre des GHT.

## ANNEXE 6 :

# OUTILS DE PLANIFICATION

Différents outils de planification permettent d’agir sur l’organisation du dispositif de soin psychiatrique. Certains sont identiques à ceux qui sont employés pour le reste du dispositif de soins, d’autres sont spécifiques à la psychiatrie, définis récemment par la loi du 26 janvier 2016, venus s’ajouter à ceux qui existaient déjà. Leur emploi articulé apparaît complexe et encore imprécis sur le plan de la méthode, et cela d’autant plus que les opérateurs publics qu’il concerne sont plus nombreux que pour le reste du secteur hospitalier.

### 1 LES DIFFERENTS OPERATEURS PUBLICS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE

Les opérateurs publics dans le domaine du soin hospitalier sont de deux types : les établissements de santé et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). En psychiatrie, il faut en rajouter un troisième : la communauté psychiatrique de territoire (CPT). Les établissements de santé sont les seuls à disposer d’une personnalité juridique, les GHT comme les CPT reposent sur des conventions entre établissements.

Les GHT sont constitués par des établissements de santé publics. Des établissements publics médico-sociaux volontaires peuvent en faire partie. La plus part des établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie font partie d’un GHT avec des établissements de santé accueillant des disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique. Il y a au total 4 GHT composés seulement d’établissements psychiatriques (soit 12 établissements concernés sur 96 spécialisés en psychiatrie en France). Par ailleurs 15 établissements spécialisés en psychiatrie ont obtenus de bénéficier d’une dérogation et ne font partie d’aucun GHT.

Les CPT associent des établissements de service public hospitalier, spécialisés en psychiatrie, et des établissements de soins généraux disposant de services de psychiatrie. Les ESPIC peuvent donc en être des membres à part entière.

Le GHT et la CPT sont conçus selon deux cercles de membres :

- un premier cercle composé des établissements publics hospitaliers, ou de service public hospitalier pour les CPT, constitués en un opérateur de soins hospitaliers, avec entre eux une solidarité plus ou moins grande définie par le contenu de leur convention constitutive, pouvant aller dans le cas du GHT jusqu’à une direction commune ;
- un second cercle de membres associés ou partenaires, plus limité pour le GHT que pour la CPT. Pour le GHT, les membres associés sont des établissements de santé, notamment privés, ou des établissements psychiatriques membres d’un autre GHT. Pour la CPT, tous les acteurs de la santé mentale peuvent être associés, par exemple des associations d’usagers.

La situation des établissements médico-sociaux est variable. Ils peuvent faire parties du premier cercle constituant un GHT, à condition d'être de statut public, mais ils n'y sont pas obligés<sup>73</sup>. Ils ne peuvent qu'être associés à une CPT<sup>74</sup>.

La composition du GHT (le premier cercle) doit faire l'objet d'une décision du directeur de l'ARS<sup>75</sup> qui, par ailleurs doit approuver le projet médical partagé (PMP) du groupement qui lui sera soumis. La composition du premier cercle de la CPT ne fait pas l'objet d'une décision du directeur de l'ARS. En revanche, la CPT doit établir une convention constitutive qui devra être transmise pour approbation au directeur général de l'ARS.

Un établissement autorisé en psychiatrie doit faire partie d'un GHT, ou alors bénéficier d'une dérogation accordée par le directeur général de l'ARS<sup>76</sup>. En revanche, il est totalement libre de rentrer ou pas dans une CPT.

Le périmètre du premier cercle du GHT et celui de la CPT, en général, ne coïncident pas. Ainsi, un établissement autorisé en psychiatrie peut faire partie d'un GHT et d'une CPT, mais être en plus associé à un ou plusieurs autres GHT, avec l'accord du directeur général de l'ARS<sup>77</sup>.

**Encadré 4 : Exemple des établissements autorisés en psychiatrie faisant partie de la CPT ARCA dans la région AURA :**

Cette CPT comprend 4 établissements autorisés en psychiatrie :

- l'EPSM de la vallée de l'Arve, membre du GHT Léman-Mont Blanc ;
- le CHS de la Savoie, membre du GHT Savoie-Belley ;
- le centre hospitalier Alpes Isère, membre du GHT Alpes Dauphiné ;
- le centre psychothérapeutique Nord Dauphiné, membre du GHT Rhône Nord Dauphiné.

Le périmètre de cette CPT est inter-sécant avec celui de 4 GHT. Aussi, un établissement membre de cette CPT est aussi membre d'un GHT et associé à trois autres GHT.

On va le voir dans le chapitre suivant, un établissement aura tout intérêt à s'impliquer dans la définition des objectifs de ces différents opérateurs hospitaliers dont il fait partie à titre de membre fondateur ou de membre associé, dans la mesure où les orientations prises par les uns et les autres devront être compatibles entre elles, si elles veulent avoir quelques chances de se concrétiser, et éviter d'être contradictoires entre elles, si elles veulent produire tous leurs effets.

A ce stade, on peut observer que la simple participation des représentants de ces établissements à autant de gouvernances d'opérateurs hospitaliers différents sera certainement une lourde charge pour eux.

<sup>73</sup> Sur 135 GHT, 20 incluent un ou plusieurs établissements médico-sociaux (source : publication de la FHF : Atlas des groupements hospitaliers de territoire. 2017).

<sup>74</sup> Article D. 6136-2 du code de la santé publique.

<sup>75</sup> Décret du n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, version consolidée du 14 août 2017.

<sup>76</sup> Sur 96 établissements publics autorisés exclusivement pour des soins psychiatriques, 15 ont bénéficié d'une dérogation pour ne pas faire partie d'un GHT (source : publication de la FHF : Atlas des groupements hospitaliers de territoire. 2017).

<sup>77</sup> Article L. 6132-1 du code de la santé publique.

## 2 LES DIFFERENTS OUTILS D'ORGANISATION EXISTANTS ET LEURS TERRITOIRES D'APPLICATION

Le dispositif de soins psychiatriques s'organise, comme tout le dispositif de soins, selon trois niveaux auxquels correspond à chaque fois un outil de planification de l'offre :

- *l'hôpital, avec son projet d'établissement* arrêté par le directeur de l'établissement, ne faisant pas l'objet d'une approbation par le directeur général de l'ARS, mais sur la base duquel est défini avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- *le groupement hospitalier de territoire (GHT), avec son projet médical partagé (PMP)*, arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS ;
- *la région, avec le projet régional de santé (PRS)* qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention. Le PRS est arrêté par le directeur général de l'ARS.

Pour la psychiatrie, deux nouveaux outils de planification de l'offre ont été définis par la loi du 26 janvier 2016 :

- *la convention constitutive de la CPT*, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, en se projetant sur cinq ans. Elle est arrêtée par les représentants légaux des établissements et les présidents des commissions médicales d'établissement. Elle est soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS ;
- *le projet territorial de santé mentale (PTSM)* qui porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale, puisqu'il entend orienter l'offre de soin et son fonctionnement mais aussi développer les actions dans les domaines de la prévention et de l'accompagnement social et médico-social. La démarche d'élaboration du PTSM est initiée par les acteurs de santé mentale volontaires, au sein d'un territoire de santé mentale déterminé par eux, le directeur de l'ARS veillant à sa pertinence. Elle est animée par le directeur général de l'ARS. Le PTSM est élaboré par les acteurs qui se sont associés pour cela. Il est arrêté par le directeur général de l'ARS<sup>78</sup>. Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

Il est possible de penser que ces deux outils ont le même périmètre géographique, quand il est prévu que les établissements doivent être signataires d'un même contrat territorial de santé mentale pour constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire<sup>79</sup>. Mais ce n'est pas obligatoire, car rien n'impose qu'un contrat territorial de santé mentale n'est possible que dans les limites d'un territoire de santé mentale.

Sur la base d'un diagnostic des besoins fait à l'échelle territoriale sur laquelle il s'applique, chacun de ces cinq outils de planification de l'offre, dans un cadre de contraintes donné, obéit dans sa conception aux mêmes principes. Il est destiné :

- à identifier des objectifs d'organisation et de fonctionnement permettant d'améliorer la santé de la population concernée par lui,

<sup>78</sup> Article R. 3224-1 du code de la santé publique.

<sup>79</sup> Article L3221-2 du code de santé public, VI.



- à déterminer les mesures opérationnelles permettant d'atteindre ces objectifs,
- en se projetant dans les cinq ans à venir,
- en évaluant ses résultats.

C'est bien la même démarche qui se déroule, sur un objet plus ou moins étroit, associant donc plus ou moins de membres, appliquée à un territoire de dimension différente.

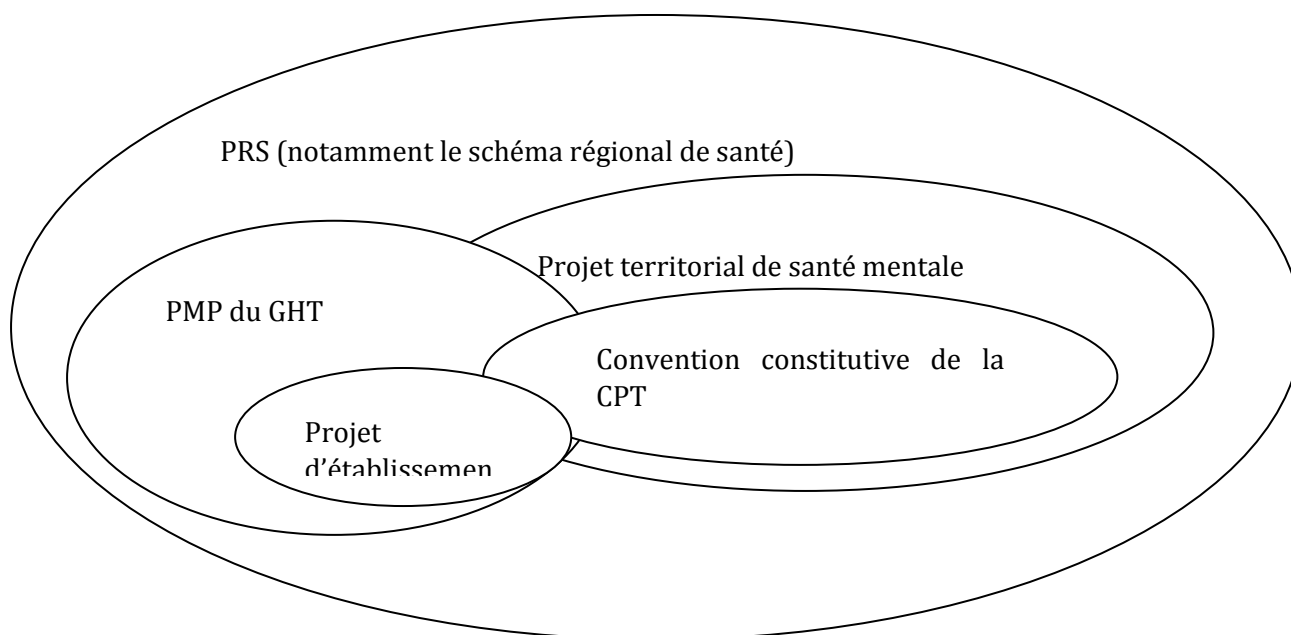
Tableau 2 : **Objet sur lequel porte les différentes démarches de planification de l'offre en psychiatrie et territoires d'application**

	<i>Objet de la planification de l'offre</i>	<i>Territoire concerné</i>
<b><i>Le projet régional de santé (PRS)</i></b>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	La région
<b><i>Projet d'établissement pour un hôpital donné</i></b>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins intra et extrahospitalière	Le territoire couvert par l'établissement hospitalier et ses secteurs
<b><i>Le projet médical partagé (PMP) du GHT</i></b>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins intra et extrahospitalière	Le territoire couvert par les établissements hospitaliers du GHT et leurs secteurs
<b><i>La convention constitutive de la CPT</i></b>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	Le territoire couvert par les établissements hospitaliers de la CPT et leurs secteurs
<b><i>Le projet territorial de santé mentale (PTSM)</i></b>	L'organisation et le fonctionnement de l'offre de santé	Le territoire de santé mentale

Source : mission

Cette architecture additionne des outils de planification dont les productions ne sauraient s'emboîter les unes dans les autres, à la manière de « poupées russes » allant de la plus grande à la plus petite. Le PRS et son territoire d'application, la région, englobent le tout. Ensuite, tout s'enchevêtre avec un ensemble d'interrelations qu'il faudra définir avec précision, puisque les textes invitent naturellement à cela.

Schéma 1 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie



Source : mission

La convention constitutive de la CPT définit ses objectifs « conformément au projet territorial de santé mentale et au projet régional de santé »<sup>80</sup>. La CPT « contribue à la définition du projet territorial de santé mentale. Elle s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical de l'établissement de chacun de ses membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale »<sup>81</sup>.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) est établi en cohérence avec le PMP du ou des GHT présents sur le territoire de santé mentale<sup>82</sup>.

Le projet médical partagé (PMP) du GHT est inclus dans sa convention constitutive, soumise à l'approbation du ou des directeurs généraux des ARS compétentes. Ces derniers « apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité »<sup>83</sup>.

Le projet d'établissement, qui « définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement...doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins[du PRS] »<sup>84</sup>.

Chacun de ces outils d'organisation de l'offre, appliqué à des échelles territoriales différentes et associant plus ou moins d'acteurs, produit un contenu qui à la fois nourrit et se conforme à celui produit par l'autre.

<sup>80</sup> Article D. 6136-4 du code de santé publique.

<sup>81</sup> Article D. 6136-1 du code de santé publique.

<sup>82</sup> Article R. 3224-2 du code de la santé publique.

<sup>83</sup> Article L. 6132-2 du code de la santé publique.

<sup>84</sup> Article L. 6143-2 du code de la santé publique.

### 3 L'EMPLOI DE CES DIFFERENTS OUTILS D'ORGANISATION EXPOSE A PLUSIEURS RISQUES

Longtemps il s'est agi de seulement articuler les projets d'établissements avec le schéma régional d'organisation des soins (devenu schéma régional de santé depuis la loi du 26 janvier 2016). Aujourd'hui ce sont cinq produits stratégiques qu'il va falloir construire de façon à aboutir à une cohérence globale. L'exercice fait courir plusieurs risques et pose des questions de méthode.

➤ ***Les travaux menés pourraient être redondants et déboucher sur des discordances capables de compromettre la bonne réalisation des projets d'évolution de l'offre de soins***

Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale fixe un certain nombre de priorités dont devra traiter le PTSM.

#### Encadré 5 : Les priorités du PTSM

« Art. R. 3224-5.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale

« Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

De telles priorités, ainsi formulées, couvrent une bonne part des actions menées par le dispositif de soins.

On ne voit pas comment le PRS, la convention constitutive du GHT et celle de la CPT, les projets d'établissements ne se fixeraient pas, en tout ou partie, ces mêmes objectifs. Les éléments diagnostics servant à déterminer les problèmes d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins, pour faire face à de telles priorités, seront alors le plus souvent les mêmes. Mais les acteurs engagés dans chacune de ces démarches d'organisation étant en partie différents, ils voudront probablement procéder à leur propre recueil de données et analyse des problèmes. Quant aux conclusions auxquelles ils aboutiront, elles ne seront vraisemblablement jamais complètement identiques. Chaque échelle territoriale fixera des orientations à l'offre de soins et retiendra des dispositions opérationnelles en fonction de ce que sont ses intérêts particuliers. C'est là une loi incontournable. La compatibilité de toutes ces aspirations entre elles risque alors de constituer une question ardue à résoudre. Cela pouvait être déjà difficile quand il s'agissait d'inscrire un projet

d'établissement dans un cadre stratégique plus collectif, celui d'une région, défini par le PRS. Qu'en sera-t-il quand il conviendra de construire une cohérence d'ensemble à partir de cinq produits stratégiques portant en grande partie sur de mêmes objets, mais conçus à des échelles territoriales différentes ? Le suivi de l'expérience nous permettra de savoir si ces risques se vérifieront.

➤ ***La concertation, liée à plusieurs territoires d'organisation différents, sera complexe à développer***

Le dispositif de soins psychiatriques, porté par ses opérateurs hospitaliers publics, va devoir s'organiser selon trois niveaux (l'établissement avec ses secteurs, le GHT, la CPT), comme cela a déjà été dit. Il conviendra de concevoir entre ces trois opérateurs, et au sein de chacun des établissements qu'ils rassemblent, un mode d'élaboration des projets capable d'assurer la participation des professionnels et des représentants d'usagers aux analyses de besoin, à la détermination des orientations à prendre et des mesures à mettre en œuvre. Même si les périmètres géographiques des GHT et des CPT peuvent coïncider, l'entreprise est d'envergure et représentera une expérience nouvelle pour les établissements de santé qui devront la mener à bien. Elle exigera pour réussir de la méthode et de la rigueur dans sa mise en œuvre, sachant que la qualité des projets et leur chance d'aboutir dépendront beaucoup de la capacité à avoir su créer une adhésion collective autour de leur définition.

Mais la tâche sera encore plus complexe. Les mêmes établissements, engagés aussi à définir leur organisation en relation avec leurs partenaires nombreux, devront le faire au travers de deux démarches de planification, le PRS et le PTSM, chacune ayant leurs propres structures de concertation.

Pour le PRS, la concertation a lieu au sein de deux instances : la commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et la conférence territoriale de santé.

Pour le PTSM, il est prévu de demander l'avis des conseils locaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et des conseils territoriaux de santé existants sur le territoire de santé mentale que les acteurs initiant le PTSM doivent retenir, le directeur général de l'ARS étant chargé de veiller « à la pertinence du choix du territoire »<sup>85</sup>.

On pourrait se trouver dans une situation où un territoire de santé mentale recoupe plusieurs territoires de santé. Certaines ARS ont voulu éviter cela et ont déjà pris la décision que territoire de santé et territoire de santé mentale coïncideront (exemple de la région Occitanie). Mais une telle décision sera difficile à prendre quand une CPT réunit des établissements autorisés en psychiatrie faisant partie de plusieurs GHT<sup>86</sup>. Par ailleurs, on pourrait aussi se retrouver dans une situation où plusieurs conseils locaux de santé existent au sein d'un même territoire de santé. Il pourrait en être de même pour les conseils locaux de santé mentale, certains étant aujourd'hui constitués à l'échelle d'un seul secteur. On le voit, la concertation autour de la définition du PTSM risque d'impliquer un grand nombre d'instances locales. Dans de telles conditions, le déroulé de la démarche de planification devant conduire à définir un PTSM pourrait être long et demander un fort investissement de la part de ceux qui la conduiront.

---

<sup>85</sup> Article R. 3224-2 du code de la santé publique.

<sup>86</sup> C'est le cas par exemple de la CPT ARCA dans la région AURA.

➤ ***L'engagement de tous ces travaux d'organisation pourrait conduire à un enlisement général, s'il n'obéit pas à un ordre méthodologique clair***

Un projet d'établissement devant s'inscrire dans le cadre du schéma régional de santé (SRS), une hiérarchie existe entre ces deux démarches de planification. Faut-il alors que le temps d'élaboration du SRS précède impérativement celui de la conception du projet d'établissement ? Si la question pouvait se poser il y a près de 30 ans, lors de la préparation des premiers schémas, elle a vite perdu de sa pertinence. Schémas et projets d'établissement se sont succédés depuis, et leurs relations de cohérence doit s'apprécier de façon dynamique et pas statique.

Aujourd'hui, ce sont cinq produits d'organisation stratégique qui sont à mettre en cohérence en psychiatrie. Cette nouvelle situation repose, avec plus d'acuité, la question de l'ordre temporel selon lequel devraient se conduire les travaux d'élaboration et de finalisation pour chacun d'entre eux. Autrement dit, par quoi faut-il commencer ? Dans quel ordre temporel devraient se succéder le PRS, le PTSM, le PMP, la convention constitutive de la CPT, le projet d'établissement ?

Fixer un ordre temporel précis à suivre impérativement serait cependant une utopie et surtout une erreur.

Une utopie, parce que les travaux sont déjà engagés pour tous ces produits d'organisation, dans des ordres variables selon les régions et à l'intérieur des régions, en fonction des avancées plus ou moins grandes des uns et des autres. Revenir à un ordre de succession quelconque démobiliserait les acteurs impliqués dans ces démarches, rendrait hasardeuse la relance ensuite de ces dynamiques interrompues.

Une erreur, parce que ces démarches de planification sont en fait entre elles dans des relations ascendantes-descendantes pour l'élaboration de chacune de leurs étapes. Un ordre temporel mécanique les faisant se succéder les unes aux autres contribuerait à appauvrir leurs contenus.

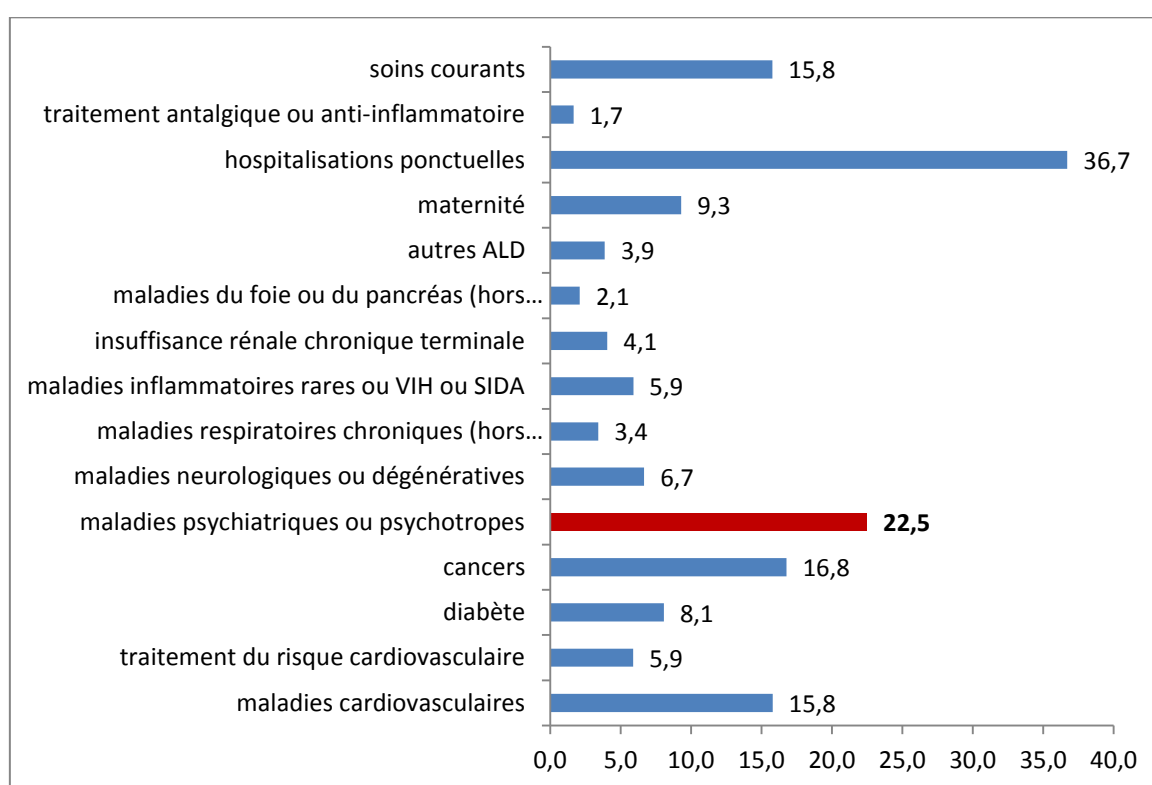
Il manque cependant, au niveau national, une méthode simple et claire pour articuler les constructions de ces différents produits d'organisation stratégique dans un temps limité, afin qu'ils s'inter-fécondent et, quand il le faut, se déclinent les uns des autres. Cette méthode pourrait servir de référence pour que les régions puissent procéder autant que possible aux ajustements nécessaires des travaux en cours.

A défaut de cette méthode, toutes ces démarches risquent de s'engager et de se dérouler de façon confuse. Les acteurs qui y participent pourraient vite être incapables de repérer les logiques complémentaires de ces différents travaux et perdre courage en ne parvenant pas à situer leurs concours dans un ensemble. Ils ne pourront pas s'engager sur autant de fronts en même temps. Aussi, il faudra certainement étaler les travaux sur de longues périodes. Peu à peu, les implications de ces acteurs iront probablement en faiblissant. Autant il est indispensable de prendre le temps de définir les stratégies d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soin, autant il ne serait pas raisonnable de se retrouver en permanence occupés à de telles tâches de planification car cela finirait par leur ôter tout crédit.

## ANNEXE 7 : FINANCEMENT

Les maladies psychiatriques et traitement par psychotropes<sup>87</sup> représentaient **22,5 Mds €** de dépenses pour l'assurance maladie en 2015. C'est **la catégorie de pathologies qui représente le coût le plus élevé pour l'assurance maladie** (exception faite des « hospitalisations ponctuelle », catégorie qui regroupe les dépenses n'étant pas affectées à une pathologie). Les dépenses pour les soins psychiatriques sont donc largement supérieures à celles liées au cancer (16,8 Mds€) ou à des maladies cardio-vasculaires (15,8Mds€).

Graphique 8 : Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 en Mds€ (155Mds€)



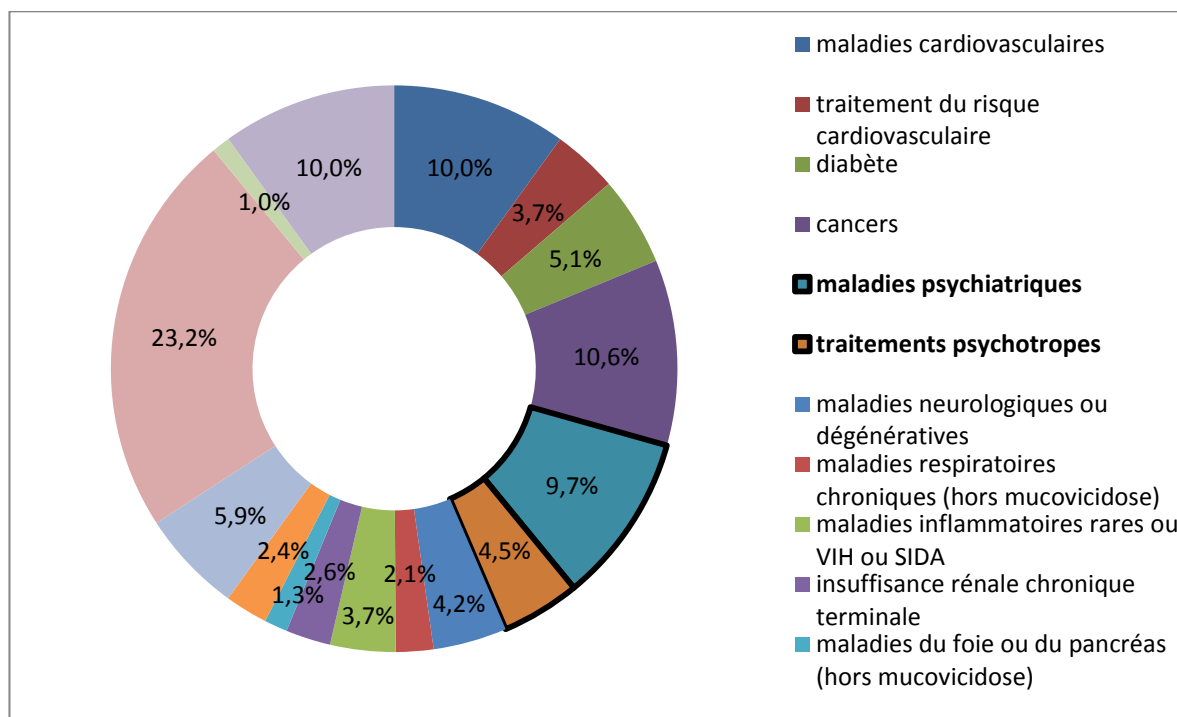
Source : Rapport charges et produits pour 2018, CNAMTS

<sup>87</sup> Ces deux catégories sont ainsi définies :

**Pathologies psychiatriques** : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

**Traitements psychotropes** : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique)

Graphique 9 : Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014



Source : Rapport charges et produits pour 2018, CNAMTS

Les dépenses de santé mentale représentent plus de **14 % des dépenses de l'assurance maladie** affectées à des groupes de pathologies : 10 % étant affectées aux maladies psychiatriques ; 4 % aux traitements psychotropes (pris par des personnes qui n'ont pas de maladie psychiatrique reconnue).

En 2015, selon les statistiques de l'assurance maladie, 2 188 000 personnes souffraient de maladies psychiatriques, s'y ajoutent 6 246 900 personnes prenant régulièrement des psychotropes.

Les effectifs de ces deux populations devraient évoluer de façon contrastée<sup>88</sup>. D'ici 2020, le nombre de malades psychiatriques devrait augmenter de 2,1 % par an pour atteindre 2 431 500 personnes<sup>89</sup> alors que le nombre de personnes sous traitement de psychotropes devrait baisser de 1,7 %, 5 736 400 seraient alors concernées<sup>90</sup>.

<sup>88</sup> Rapport charges et produits pour 2018 de la CNAMTS

<sup>89</sup> La CNAMTS distingue l'effet démographique (+63 400) et l'effet épidémiologique (+179 900)

<sup>90</sup> Résultat de l'effet démographique (+318 100) et de l'effet épidémiologique (-828 600)

## Encadré 6 : Périmètre des dépenses

Les dépenses d'assurance maladie concernant les soins psychiatriques peuvent être analysées à différents périmètres. Le tableau ci-dessous présente l'articulation des principaux agrégats.

<b>dépenses d'assurance maladie (maladies psychiatriques + psychotropes)</b>	<b>22,5Mds€</b>
<b>dépenses ambulatoires</b>	<b>6,7Mds€</b>
<i>dont médicaments</i>	<i>2,3Mds€</i>
<b>dépenses d'hospitalisation</b>	<b>10,9Mds€</b>
<i>DAF (public et ESPIC)</i>	<i>8,8Mds€</i>
<i>OQN (privé)</i>	<i>0,7Mds€</i>
<i>hospitalisations hors psychiatrie</i>	<i>0,6Mds€</i>
<i>actes et consultations externes</i>	<i>0,3Mds€</i>
<b>dépenses de prestations monétaires (indemnités journalières, prestations d'invalidité)</b>	<b>4,9Mds€</b>

D'autres travaux ont cherché à établir un coût global. Ainsi, un rapport de la fondation FondaMental et de l'institut Montaigne estime que « Les coûts associés à ces maladies atteignent un total de 109 milliards d'euros par an, répartis comme suit : médical : 13,4 milliards d'euros, soit 8 % des dépenses totales de santé ; médico-social : 6,3 milliards d'euros ; pertes de productivité : 24,4 milliards d'euros ; perte de qualité de vie : 65 milliards d'euros ».

Source : Mission à partir des données de la CNAMTS et du rapport de la Fondation FondaMental et de l'institut Montaigne (Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français, octobre 2014).

## 1 LES DEPENSES LIEES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES AUGMENTENT MOINS VITE QUE L'ONDAM

Les dépenses liées aux soins psychiatriques progressent moins vite que l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie. Ainsi, alors qu'entre 2012 et 2015, **l'ONDAM a progressé de 2,2 % par an, les dépenses remboursées dans le champ de la psychiatrie ont progressé de 1,2 %**. L'inflation, selon les chiffres de l'INSEE, progressant de 2 % en 2012, de 0,9 % en 2013, de 0,5 % en 2014, de 0 % en 2015 et de 0,2 % en 2016. Toujours selon l'INSEE, sur la même période, le produit intérieur brut (PIB) a augmenté de 0 % en 2012, 0,6 % en 2013, de 0,6 % en 2014, de 1,3 % en 2015 et de 1,2 % en 2016.

Il faut cependant distinguer entre les dépenses liées au remboursement de soins libéraux et celles liées aux établissements<sup>91</sup>.

**Les dépenses liées aux soins psychiatriques en ville dans leur ensemble sont peu dynamiques.** Si on considère à la fois les remboursements liés aux consultations des généralistes identifiées comme étant en lien avec la psychiatrie et à celles des psychiatres, aux traitements par psychotropes et aux transports sanitaires concernant ces patients, on note que ces dépenses sont quasiment stables entre 2012 et 2015. Elles ont en effet augmenté de 0,1 % par an alors que l'ONDAM ville croissait de 1,6 % par an sur la même période.

<sup>91</sup> Montants versés aux établissements au titre de la DAF et de l'OQN.



## Encadré 7 : Modalités de financement des soins de ville

Les soins de ville dans le champ de la psychiatrie ne font pas l'objet d'un traitement spécifique par rapport aux autres secteurs médicaux. L'activité des généralistes et les psychiatres est valorisée par un tarif de consultation (C (25€) ou CPSY (39€), avec possibilités de dépassement).

On peut signaler que l'activité des psychologues libéraux n'est pas conventionnée et ne peut donc pas faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. La CNAMTS mène actuellement une expérimentation permettant le remboursement de ces consultations à certaines conditions (cf. annexe sur la politique menée par les administrations centrales).

Le financement des consultations repose sur le financement à l'acte. Depuis 2017, il est prévu un financement des fonctions de coordination pluri-professionnelle, notamment pour les troubles psychiques (financement de la coordination en général et des protocoles pluri-professionnels relatif aux troubles psychiques) dans les maisons et les centres de santé (arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord interprofessionnel relatif aux nouveaux modes de rémunération).

**Les dépenses liées aux seules consultations de psychiatres sont beaucoup plus dynamiques.**

En effet, les honoraires des psychiatres ont augmenté de 2,1 % par an entre 2012 et 2015 alors que l'ONDAM ville augmentait de 1,6 % par an<sup>92</sup>.

**Les dépenses liées aux établissements psychiatriques<sup>93</sup> ont en revanche augmenté plus vite que l'ONDAM établissement entre 2012 et 2015 : 0,8 % par an contre 0,6 % par an.** Il faut cependant souligner qu'en 2014, l'ONDAM établissements baisse notamment du fait de la création du fonds d'intervention régional (FIR). L'agrégat ONDAM établissements + FIR croit lui de 1,6 % par an sur la période.

Pour les seuls établissements publics et privés non lucratifs, la DAF (8,7 Mds€ en 2015) augmente moins vite que l'ONDAM ou l'ONDAM établissements. **Entre 2005 et 2015, alors que l'ONDAM a augmenté en moyenne de 3 % par an et l'ONDAM établissements de 2,2 % (2,6 % si on y ajoute le FIR), la DAF n'a augmenté que de 1,9 %.** La part des dépenses de la psychiatrie publique (et privée non lucrative) dans le total des dépenses de santé entrant dans l'ONDAM diminue donc chaque année.

Tableau 3 : Evolution des évolutions annuelles moyennes de l'ONDAM et de la DAF

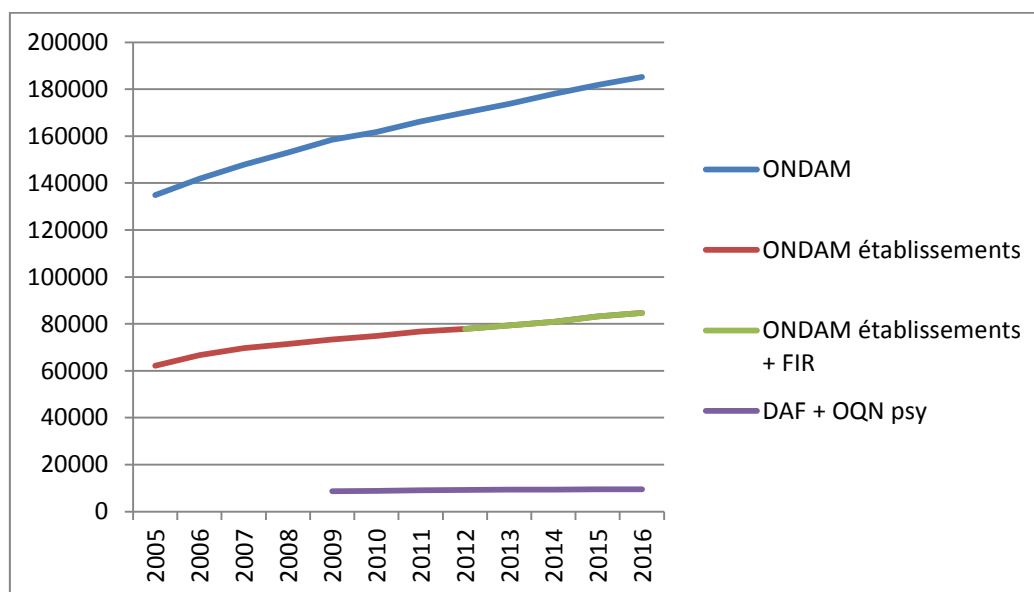
	ONDAM	ONDAM établissements	ONDAM établissements + FIR	DAF
évolution moyenne annuelle pour la période 2005-2015	3,0 %	2,2 %	2,6 %	1,9 %
évolution moyenne annuelle pour la période 2012-2015	2,2 %	0,6 %	1,6 %	0,7 %

Source : Rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, ATIH

<sup>92</sup> Entre 2007 et 2016, les honoraires des psychiatres ont augmenté plus vite que l'ONDAM ville (2,4% par an alors que l'ONDAM ville augmentait de 2,2%) mais la dynamique des dépenses liées aux consultations s'est accrue au cours des dernières années.

<sup>93</sup> Additions des dépenses des établissements sous DAF et OQN.

Graphique 10 : Evolution des dépenses ONDAM et des soins psychiatriques en établissement (en millions d'euros)



Source : *Rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale, ATIH*  
 En 2014, l'ONDAM établissements est minoré par la création du FIR, doté de 3Mds€

Ainsi, sur la période des cinq dernières années, les dépenses liées aux soins psychiatriques ont plus progressé que l'inflation, mais moins que l'ONDAM, du fait du niveau d'évolution de la DAF et de la quasi stagnation des dépenses de soins de ville liés aux pathologies psychiatriques. En revanche, les honoraires des psychiatres libéraux ont progressé à peu près comme l'ONDAM et plus que l'ONDAM Ville.

### ► **Les investissements hospitaliers pour les établissements publics**

La part des investissements pour les hôpitaux publics spécialisés en psychiatrie, par rapport à la totalité des investissements, évolue entre 6,4 % pour le moins (en 2009) et 10 % pour le plus (2011). La réalité de ces investissements au bénéfice du dispositif psychiatrique est en fait supérieure, car il faudrait rajouter les dépenses faites pour les services de psychiatrie en hôpital général, donnée qui n'a pu être trouvée par la mission.

## **2 LES FINANCEMENTS DES ETABLISSEMENTS ONT EVOLUE DE MANIERE DISPARATE**

### **2.1 Le financement des établissements sous OQN augmente bien plus vite que celui des établissements sous DAF**

Le financement des établissements privés lucratifs (702 M€ en 2015) augmente beaucoup plus que celui des établissements publics et des ESPIC (financés par la DAF).

Entre 2009 et 2016, **le financement alloué aux établissements privés lucratifs a augmenté trois fois plus vite que celui des établissements sous DAF** : ils ont cru respectivement de 25,4 % et de 8,4 %.

**Encadré 8 : Modalités de financement des établissements psychiatriques**

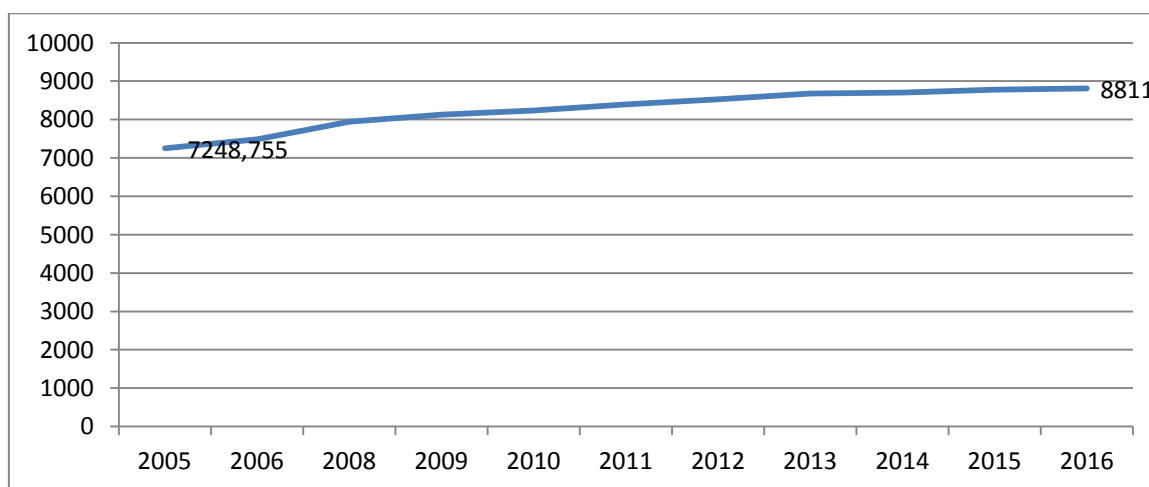
L'activité de psychiatrie en établissements de santé est financée selon deux modalités différentes :

- Tous les établissements publics et privés non lucratifs dans leur majorité disposent d'un financement via la **dotation annuelle de financement (DAF)**. Cela signifie qu'un montant global leur est alloué par le DG ARS chaque année pour financer l'activité hospitalière et ambulatoire. L'ensemble des établissements ayant la responsabilité d'un secteur sont financés ainsi.
- Les cliniques et quelques établissements privés à but non lucratif sont dits **sous objectif quantifié national (OQN)**. Ces établissements bénéficient d'un financement à l'activité, fondée sur des tarifs par prestation (principalement par journée d'hospitalisation). Les tarifs sont fixés par chaque DG ARS dans le respect du taux d'évolution de l'objectif quantifié régional qui lui est fixé par le ministre. Le rapport remis par le Dr Véran à la ministre chargée de la santé en avril 2017 propose une évolution du mode de financement des établissements publics et privés non lucratifs. Il s'agirait de « pondérer le système de dotation globale par une modulation à la population et aux soins. La dotation modulée à la population et aux soins réalisés (DMPSR) permettrait dans ce cas de financer les coûts fixes, majoritaires, de l'ordre de 80 %. Elle serait assortie d'une part modulable au gré de certains indicateurs, à déterminer. Les critères choisis pourraient ainsi être de deux ordres, relatifs d'une part à l'activité et d'autre part aux besoins épidémiologiques de la population ».

Le rédacteur estime cependant que des travaux sont indispensables pour préciser la description de l'activité en psychiatrie, déterminer quels indicateurs pourraient servir à moduler la DAF et également mieux appréhender le non-recours aux soins pour le prendre en compte dans le financement des établissements.

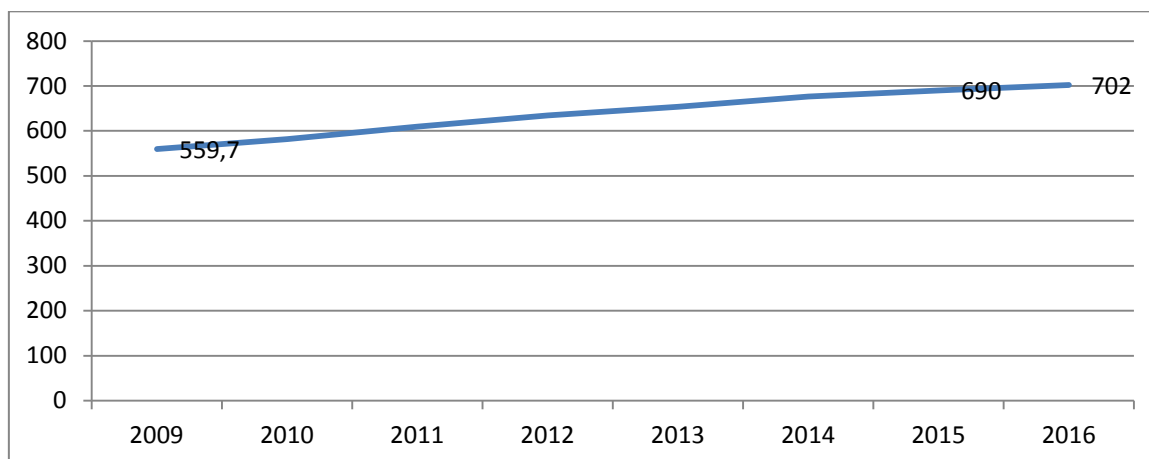
Source : Site internet de l'ATIH, rapport relatif à l'évolution des modes de financement des établissements de santé – une nouvelle échelle de valeur, Dr Véran.

**Graphique 11 : Evolution de la DAF entre 2005 et 2015 (en M€)**



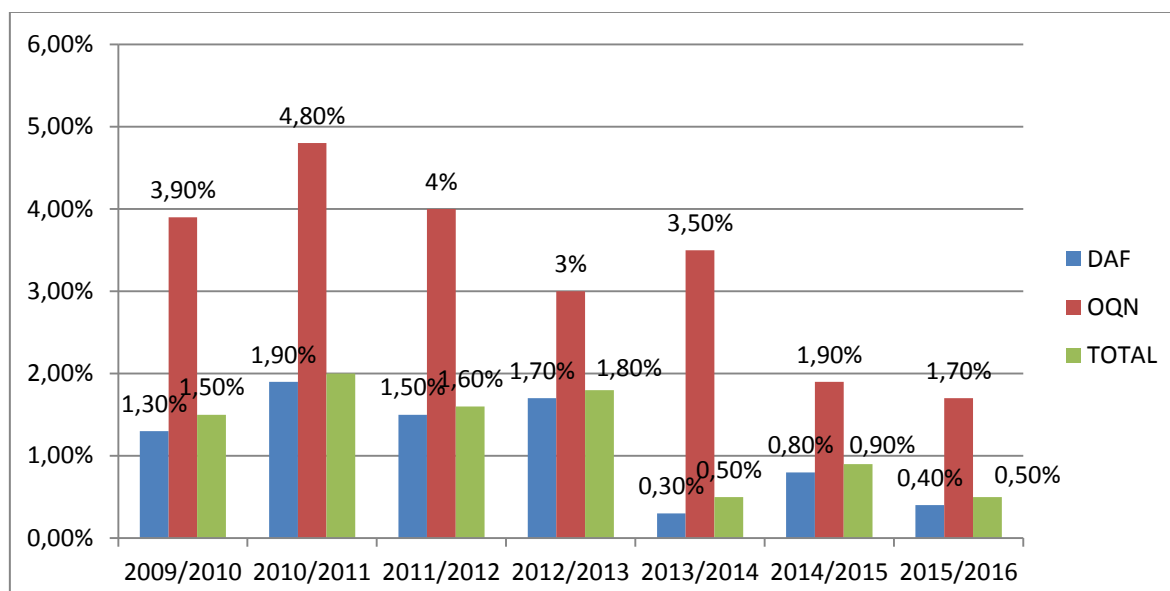
Source : ATIH

Graphique 12 : Evolution de l'OQN entre 2009 et 2015 (en M€)



Source : ATIH

Graphique 13 : Evolution de la DAF et de l'OQN en pourcentage entre 2009 et 2015



Source : ATIH

**L'évolution des financements s'explique – au moins en grande partie – par l'évolution de l'activité.** En effet, les capacités d'hospitalisation comme le nombre de journées a augmenté beaucoup plus fortement dans les établissements à but lucratif que dans les autres (cf. tableaux ci-dessous). Il faut cependant souligner que ces données ne permettent pas de prendre en compte l'évolution du reste de l'activité ambulatoire, également financée par la DAF.

En effet, **les tarifs journaliers accordés aux établissements privés sous OQN** (tous les établissements privés lucratifs et quelques privés non lucratifs) sont en baisse. Dans les établissements rencontrés par la mission les tarifs ont suivis les mêmes évolutions (même si les niveaux peuvent être différents) :

- **augmentation entre 2006 et 2012** d'environ 8 %, soit environ 1 % par an ;
- **baisse depuis 2012** d'environ 7 %, soit environ 1 % par an.

Tableau 4 : Evolution des capacités (nombre de lits ou de places) selon le type d'établissement

	Hospitalisation temps plein			Hospitalisation de jour			Hospitalisation de nuit		
	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution
public	39 188	36 804	-6,08 %	20 829	21 588	3,64 %	1 224	891	-27,21 %
privé non lucratif	7 884	7 349	-6,79 %	4 653	5 108	9,78 %	197	267	35,53 %
privé lucratif	11 619	13 350	14,90 %	440	1 374	212,27 %	28	129	360,71 %
<b>Total</b>	<b>58 691</b>	<b>57 503</b>	<b>-2,02 %</b>	<b>25 922</b>	<b>28 070</b>	<b>8,29 %</b>	<b>1 449</b>	<b>1 287</b>	<b>-11,18 %</b>

Source : Données transmises par la DGOS

Tableau 5 : Evolution de l'activité en fonction (nombre de journées / venues) selon le type d'établissements

	Hospitalisation temps plein			Hospitalisation de jour			Hospitalisation de nuit		
	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution	2007	2015	Evolution
public	12 434 950	11 622 292	-6,54 %	3934960	3588071	-8,82 %	166286	80647	-51,50 %
privé non lucratif	2 425 318	2 261 500	-6,75 %	1001573	901935	-9,95 %	37950	52947	39,52 %
privé lucratif	4 154 065	4 661 205	12,21 %	106565	432341	305,71 %	5387	27498	410,45 %
<b>Total</b>	<b>19 014 333</b>	<b>18 544 997</b>	<b>-2,47 %</b>	<b>5043098</b>	<b>4922347</b>	<b>-2,39 %</b>	<b>209623</b>	<b>161092</b>	<b>-23,15 %</b>

Source : Données transmises par la DGOS

#### Encadré 9 : Modalités de tarification des établissements sous OQN

La tarification des établissements sous OQN est fondée sur un prix de journée, fixé par l'ARS. S'y ajoute la facturation d'autres éléments dont les tarifs sont également encadrés :

- forfait journalier
- forfait d'entrée
- honoraires médicaux

Sont également facturés aux patients des services (notamment la chambre individuelle).

Le prix de journée dépend de la discipline médico-tarifaire donnant lieu à tarification. On en distingue 4 :

- 230 Psychiatrie générale, la plus communément utilisée
- 236 Psychiatrie infanto-juvénile
- 803 Arriérés profonds (utilisée dans 6 régions – pour financer de la psychogériatrie)
- 313 Soins sans consentement (utilisé dans 4 régions).

Selon le rapport Véran, la tarification dans le secteur privé lucratif est en moyenne de l'ordre de 176 euros par jour. Les exemples communiqués à la mission, pour la psychiatrie générale, sont nettement inférieurs (de 110-130€ auquel il faut ajouter un forfait d'entrée en hospitalisation d'une soixantaine d'euros). Cette différence pourrait s'expliquer par des différences d'une région à l'autre et la part des tarifs des autres DMT.

Source : mission

## 2.2 La DAF croît plus rapidement dans les CHU et les hôpitaux généraux que dans les établissements spécialisés en psychiatrie.

Si on compare les établissements publics, entre 2012 et 2015, la DAF des CHU a augmenté cinq fois plus que celle des établissements spécialisés (4,3 % par an contre 0,8 %) et la DAF des hôpitaux généraux plus de deux fois plus que celle des établissements spécialisés (1,8 % par an contre 0,8 %).

Cette tendance n'est pas nouvelle mais semble s'être accentuée. Entre 2005 et 2006<sup>94</sup>, la DAF des centres hospitaliers spécialisés avait augmenté de 2,66 % alors que l'ensemble des DAF avait cru de 3,31 %.

**La DAF des ESPIC croît moins que celle de chacune des catégories d'établissements publics :** entre 2012 et 2015, elle n'a augmenté que de 0,1 % par an, alors que celle des établissements publics a augmenté en moyenne de 1,4 %.

Tableau 6 : Evolution de la DAF par catégorie d'établissement entre 2012 et 2015

	DAF 2012 (€)	DAF 2015 (€)		évolution de la DAF par an entre 2012 et 2015
CHS ou EPSM	4 769 027 026	4 888 434 836	(soit 56 % de la DAF 2015)	0,8 %
CHU	641 016 430	724 626 348	(soit 8 % de la DAF 2015)	4,3 %
Hôpital général	1 722 163 588	1 816 725 896	(soit 21 % de la DAF 2015)	1,8 %
<i>ensemble des établissements publics</i>	<i>7 132 207 044</i>	<i>7 429 787 081</i>	<i>(soit 86 % de la DAF 2015)</i>	<i>1,4 %</i>
ESPIC ou EBNL	1 226 572 104	1 230 003 655	(soit 14 % de la DAF 2015)	0,1 %
<b>Total DAF</b>	<b>8 358 779 148</b>	<b>8 659 790 735</b>		<b>1,2 %</b>

Source : ATIH

Il est difficile de rapprocher les financements de l'activité, et par conséquent les évolutions de financement des évolutions d'activité : en effet, selon les catégories, les établissements ont des activités différentes (sectorisée uniquement, sectorisée et de recours, de recours uniquement), ils accueillent donc des patients différents et les prennent en charge de manière différente. Quelques données sont présentées ci-dessous à titre d'illustration.

<sup>94</sup> Source DHOS, données issues de Arbust

Tableau 7 : Evolution annuelle de l'activité des établissements sous DAF entre 2012 et 2015

	évolution de la DAF	évolution du nombre de journées d'hospitalisation	évolution de la file active ambulatoire
CHS ou EPSM	0,8 %	-1,4 %	2,0 %
CHU	4,3 %	0,7 %	1,7 %
Hôpital général	1,8 %	1,3 %	2,8 %
ESPIC ou EBNL	0,1 %	-1,1 %	0,5 %
<b>Total DAF</b>	<b>1,2 %</b>	<b>0,0 %</b>	<b>2,1 %</b>

Source : ATIH

Il est ainsi impossible de savoir comment s'est répartie cette augmentation de la DAF chaque année, de 2012 à 2015, entre l'hospitalisation dont les journées n'ont pas augmenté au total, et l'ambulatoire dont la file active a progressé de 2,1 % sur cette période.

Il est tout autant impossible de savoir pourquoi le taux d'évolution de la DAF est différent selon qu'il s'agit d'un établissement spécialisé en psychiatrie, d'un ESPIC, ou d'un CHU, et pourquoi il diffère globalement de la progression de l'OQN pour les cliniques privées à but lucratif.

### 3 LES ECARTS ENTRE TERRITOIRES DEMEURENT ELEVES

#### 3.1 A l'échelon régional

Les écarts de financement entre régions sont forts si on les rapporte au nombre d'habitants (ici corrigé des taux de fuite et d'attractivité entre régions).

En 2013, au périmètre des nouvelles régions (Corse et régions d'outre-mer exclues), la DAF par habitant<sup>95</sup> varie de 105€ dans la région Centre-Val de Loire à 147€ en Ile-de-France, soit plus d'un tiers de financement en plus. Les régions les moins bien dotées sont les régions Centre-Val de Loire (-21 % par rapport à la moyenne) et la région Occitanie (-15 %). Les régions les mieux dotées sont la région Ile-de-France et la Bretagne (+10 % par rapport à la moyenne).

Selon les mêmes critères, l'écart total de financement (DAF et financement des établissements sous-OQN ainsi que les consultations) est à peine moindre (écart type de 12,6 contre 13,5 pour la DAF) et le positionnement des régions est peu modifié : les deux régions les moins bien dotées sont Centre-Val de Loire et Grand-Est (respectivement -18 % et -10 % d'écart à la moyenne) et les mieux dotées sont l'Ile-de-France et la Bretagne (respectivement +10 % et +8 % d'écart à la moyenne).

<sup>95</sup> Est exclue de ce calcul, la part de DAF versée au titre des UHSA et des UMD.

Graphique 14 : Financement de la psychiatrie par habitant à l'échelon régional (2013)

	DAF / habitant	% d'écart à la moyenne	dépenses psy / habitant	% d'écart à la moyenne
Auvergne-Rhône-Alpes	132 €	-1 %	151 €	0 %
Bourgogne-Franche-Comté	135 €	1 %	150 €	-1 %
Bretagne	147 €	10 %	164 €	8 %
Centre-Val de Loire	105 €	-21 %	125 €	-18 %
Grand-Est	132 €	-1 %	137 €	-10 %
Hauts-de-France	140 €	5 %	150 €	-1 %
Île-de-France	147 €	10 %	167 €	10 %
Normandie	142 €	6 %	148 €	-3 %
Nouvelle-Aquitaine	142 €	6 %	155 €	2 %
Occitanie	114 €	-15 %	147 €	-3 %
Pays de la Loire	119 €	-11 %	132 €	-13 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	123 €	-8 %	161 €	6 %
<b>Moyenne</b>	<b>134 €</b>		<b>152 €</b>	

Source : ATIH

Entre 2013 et 2015, si on considère seulement la DAF par habitant, l'écart se réduit un peu (l'écart type passe de 13,5 à 12,0). Les écarts entre régions se sont réduits dans 7 régions sur 12 (en vert dans le tableau ci-dessous), notamment dans les régions où les écarts étaient les plus forts : Centre-Val de Loire, Occitanie et Ile-de-France. Les écarts se sont creusés pour 4 régions (dont les Pays de la Loire qui devient la 2<sup>ème</sup> région la plus mal dotée) et une région a vu sa situation s'inverser (Grand-Est).

En 2015, les différences de DAF entre régions demeurent cependant élevées : entre Centre-Val de Loire et Bretagne, l'écart est toujours de l'ordre d'un tiers.



Tableau 8 : DAF par habitant à l'échelon régional, évolution 2013-2015

	DAF 2013	% d'écart à la moyenne	DAF 2015	% d'écart à la moyenne
Auvergne-Rhône-Alpes	132	-1,18 %	130	-1,65 %
Bourgogne-Franche-Comté	135	1,06 %	139	5,33 %
Bretagne	147	10,22 %	147	11,25 %
Centre-Val de Loire	105	-21,20 %	110	-17,11 %
Grand-Est	132	-0,77 %	134	1,45 %
Hauts-de-France	140	4,65 %	138	4,52 %
Île-de-France	147	9,75 %	139	4,73 %
Normandie	142	6,42 %	139	5,06 %
Nouvelle-Aquitaine	142	6,44 %	140	6,08 %
Occitanie	114	-14,70 %	118	-10,80 %
Pays de la Loire	119	-10,76 %	114	-13,59 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	123	-7,98 %	123	-7,44 %

Source : ATIH

### 3.2 A l'échelon départemental

Les écarts de DAF entre départements sont plus marqués que les écarts entre régions (écart type 42,2 pour la DAF).

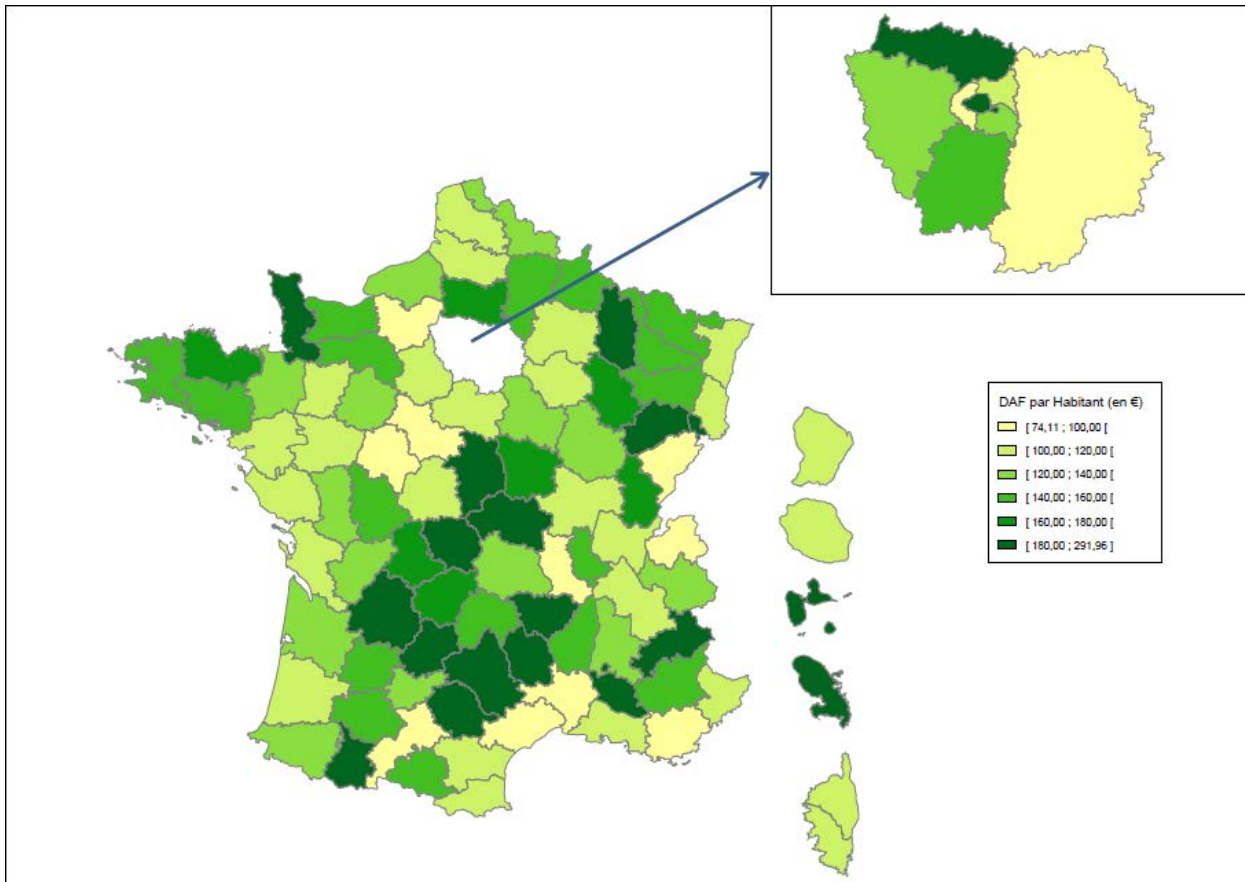
Les cartes ci-dessous présentent la DAF par habitant (sans rectification liée à l'attractivité ou à la fuite de patients) et la DAF par patient de la file active<sup>96</sup>. Ces indicateurs présentent chacun des limites :

- la DAF par habitant ne permet pas de prendre en compte la part de l'activité qui peut être réalisée par des professionnels ou établissements rémunérés en dehors, les habitants d'un département ne correspondent pas strictement aux patients des établissements ;
- la DAF par file active regroupe sans les distinguer les patients pris en charge en ambulatoire et/ou en hospitalisation dans ces seuls établissements mais sans qu'il soit possible de prendre en compte le poids relatif de chacune de ces catégories.

Cependant, le fait que les données pour ces deux indicateurs soient en partie concordants (et le soient également avec les données régionales) permet de mettre en évidence les grandes inégalités de financement entre territoires.

<sup>96</sup> Les données ayant servi à l'élaboration de ces cartes figurent en partie 4 de la présente annexe

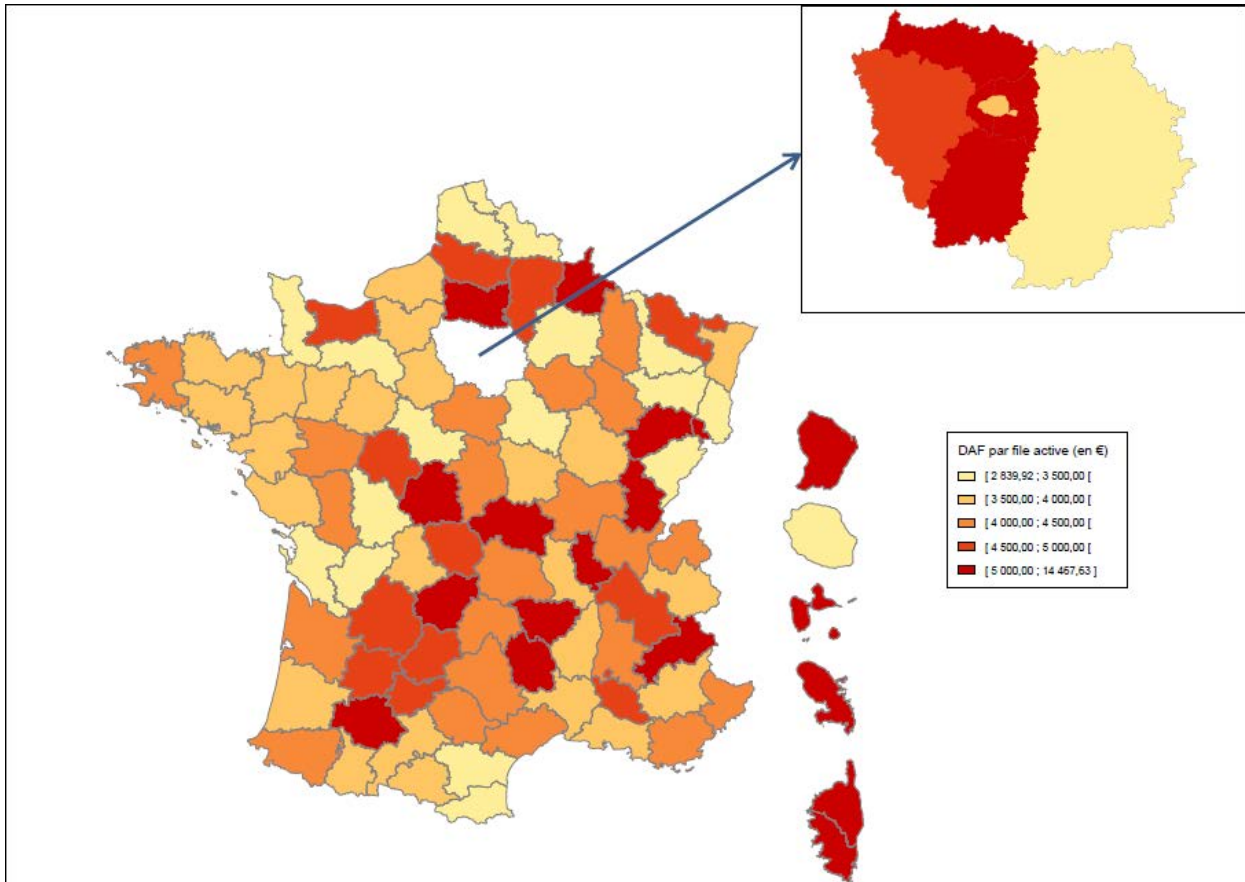
Schéma 2 : DAF par habitant par département (2015)



Source : Mission à partir des données ATIH

Les données pour les deux départements corses sont présentées ensemble : aucune DAF n'étant indiquée pour la Haute Corse, il est fait l'hypothèse qu'un établissement de Corse de Sud assure la prise en charge de l'ensemble des habitants de l'île. Les données de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort sont présentées conjointement, la DAF étant remontée de façon agrégée. Il ne peut être exclu que ces données soient entachées d'erreurs de même nature.

Schéma 3 : DAF par patient de la file active par département (2015)



Source : Mission à partir des données ATIH

Les données pour les deux départements corses sont présentées ensemble : aucune DAF n'étant indiquée pour la Haute Corse, il est fait l'hypothèse qu'un établissement de Corse de Sud assure la prise en charge de l'ensemble des habitants de l'île. Les données de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort sont présentées conjointement, la DAF étant remontée de façon agrégée. Il ne peut être exclu que ces données soient entachées d'erreurs de même nature.

## 4 DONNEES

Tableau 9 : Evolution des dépenses d'assurance maladie en général et concernant les soins psychiatriques

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prév.)
<b>population</b>														
<i>source : INSEE (population France entière incluant Mayotte à partir de 2014)</i>	<b>Population française</b>	60 963 264	61 399 733	61 795 238	62 134 866	62 465 709	62 765 235	63 070 344	63 375 971	63 697 865	64 027 784	64 343 948	64 604 599	64 859 599
<b>Dépenses de santé (en Mds€)</b>														
<i>source : rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale</i>	<b>ONDAM</b>	134,9	141,8	147,8	153	158,4	161,8	166,3	170,1	173,7	178	181,8	185,2	
	<b>ondam ville</b>	62,2	66,6	69,7	71,4	73,4	74,8	76,7	77,9	79,3	80,9	83,1	84,6	
	<b>ondam établissements</b>	61,6	63,6	65,5	67,7	70	70,8	72,6	74,5	75,9	74,8	76,3	77,9	
	<b>Ondam établissements + FIR</b>								74,5	75,9	77,8	79,3	80,9	
<b>Dépenses liées aux soins psychiatriques</b>														
<i>source : ATIH</i>	<b>TOTAL étab psy (en M€)</b>					8 690,3	8 820,9	9 008,0	9 160,2	9 332,2	9 382,0	9 466,0	9513,1	
	<b>DAF PSY</b>	7248,755	7488,554		7939,9	8 130,6	8 239,4	8 398,1	8 525,8	8 678,4	8 705,2	8 776,0	8 811,1	
	<b>OQN PSY</b>					559,7	581,6	609,9	634,4	653,8	676,8	690,0	701,9	
<i>source : CNAMTS (tous régimes)</i>	<b>Total remboursé psy</b>								21 466,0	21 821,6	22 244,3	22 475,9		
	<b>total remboursé ville</b>								6 688,2	6 700,6	6 756,8	6 708,9		
	<b>dont consult spécialistes</b>								859,4	863,7	883,7	775,3		
	<b>total remboursé hospit</b>								10 415,2	10 646,3	10 760,4	10 881,0		
	<b>dont remboursé hospit en psy</b>								9 888,8	10 101,9	10 191,6	10 306,1		
<i>Source : CNAMTS</i>	<b>honoraires totaux des psychiatres</b>			12 336,1	12 688,2	12 868,2	13 133,6	13 517,5	13 677,6	14 009,0	14 337,1	14 888,2	15 289,4	

Source : Mission

Tableau 10 : Evolution des investissements au profit des établissements de santé publics et des établissements spécialisés en psychiatrie

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Etablissements de santé généraux (MCO, SSR, PSY)	5 836 017 970 €	6 258 223 799 €	5 896 411 963 €	5 474 965 866 €	6 282 025 006 €	4 655 200 499 €	4 503 214 641 €	4 174 167 269 €
Etablissements exerçant uniquement une activité de psychiatrie	389 366 915 €	397 400 637 €	480 332 577 €	547 056 109 €	543 015 437 €	431 936 767 €	340 589 368 €	290 020 411 €
<u>France entière</u>	6 225 384 885 €	6 655 624 436 €	6 376 744 540 €	6 022 021 975 €	6 825 040 442 €	5 087 137 266 €	4 843 804 009 €	4 464 187 680 €
Part de établissements spécialisés /France Entière	6,7 %	6,4 %	8,1 %	10,0 %	8,6 %	9,3 %	7,6 %	6,9 %

Source : DGOS

Tableau 11 : DAF par habitant par département (en 2015)

département	DAF 2015	DAF / habitant	DAF /patient de la file active
Hauts-de-Seine	75 902 767 €	47 €	5 935 €
Loir-et-Cher	24 767 029 €	74 €	3 368 €
Haute-Garonne	104 845 919 €	78 €	3 882 €
Seine-et-Marne	109 756 242 €	79 €	3 495 €
Haute-Savoie	64 516 937 €	81 €	4 262 €
Hérault	93 871 584 €	84 €	4 438 €
Loire	67 551 937 €	89 €	3 550 €
Eure	54 306 627 €	90 €	3 653 €
Var	96 227 147 €	92 €	4 299 €
Gard	68 398 408 €	92 €	3 525 €
Doubs	50 391 898 €	94 €	3 307 €
Indre-et-Loire	57 716 708 €	95 €	4 705 €
Indre	22 526 098 €	100 €	14 468 €
Vendée	69 604 283 €	104 €	3 725 €
Loire-Atlantique	142 345 586 €	104 €	3 958 €
Eure-et-Loir	45 560 583 €	105 €	3 500 €
Guyane	27 375 741 €	106 €	12 216 €
La Réunion	90 534 835 €	107 €	3 419 €
Loiret	72 167 258 €	107 €	4 013 €
Ain	68 958 346 €	109 €	4 475 €
Alpes-Maritimes	118 179 798 €	109 €	4 223 €
Seine-Saint-Denis	173 651 433 €	110 €	5 162 €
Aude	40 529 310 €	110 €	3 368 €
Saône-et-Loire	61 404 332 €	111 €	4 348 €
CORSE	36 230 065 €	111 €	6 767 €
Landes	44 841 251 €	111 €	3 613 €
Pyrénées-Orientales	52 450 728 €	111 €	3 396 €
Charente-Maritime	71 480 776 €	112 €	3 257 €
Pas-de-Calais	166 958 892 €	113 €	3 364 €
Maine-et-Loire	91 851 245 €	113 €	4 220 €
Somme	65 172 670 €	114 €	4 602 €
Aube	35 385 816 €	114 €	4 196 €
Isère	144 524 687 €	115 €	4 507 €
Mayenne	35 540 509 €	116 €	3 813 €
Bas-Rhin	129 332 606 €	116 €	3 562 €
Bouches-du-Rhône	238 259 135 €	118 €	3 718 €

IGAS N°2017-064R TOME 2 ANNEXES

Marne	68 105 847 €	119 €	3 208 €
Haut-Rhin	90 898 999 €	119 €	3 265 €
Val-d Oise	146 205 877 €	120 €	5 804 €
Puy-de-Dôme	78 455 363 €	121 €	4 436 €
Savoie	52 461 875 €	122 €	3 696 €
Charente	43 310 574 €	122 €	3 281 €
Drôme	61 727 767 €	123 €	4 097 €
Ille-et-Vilaine	129 903 049 €	124 €	3 738 €
Yonne	42 712 329 €	125 €	3 417 €
Deux-Sèvres	47 837 308 €	128 €	4 101 €
Yvelines	182 706 296 €	128 €	4 993 €
Pyrénées-Atlantiques	87 661 725 €	131 €	4 323 €
Gironde	202 577 511 €	131 €	4 419 €
Côte-d Or	72 492 895 €	136 €	3 888 €
Tarn-et-Garonne	34 698 118 €	136 €	4 751 €
Sarthe	77 657 580 €	136 €	3 889 €
Nord	359 394 541 €	138 €	3 282 €
Seine-Maritime	175 931 208 €	140 €	3 780 €
Aisne	75 597 661 €	140 €	4 688 €
Ardennes	39 356 631 €	141 €	5 186 €
Vosges	53 240 700 €	143 €	3 305 €
Calvados	100 300 788 €	145 €	4 609 €
Ardèche	46 958 018 €	145 €	3 631 €
Morbihan	108 196 926 €	145 €	3 962 €
Orne	41 795 063 €	146 €	2 840 €
Ariège	22 551 057 €	148 €	3 879 €
Moselle	155 105 600 €	148 €	4 576 €
Vienne	64 583 760 €	149 €	3 472 €
Gers	28 559 305 €	149 €	5 393 €
Meurthe-et-Moselle	109 369 482 €	149 €	3 168 €
Finistère	137 401 706 €	151 €	4 117 €
Lot-et-Garonne	50 579 676 €	151 €	4 849 €
Alpes-de-Haute-Provence	24 518 817 €	152 €	3 826 €
Rhône	286 509 748 €	157 €	5 316 €
Essonne	204 365 931 €	159 €	6 713 €
Cantal	23 347 766 €	160 €	4 175 €
Haute-Marne	28 881 279 €	160 €	4 157 €
Nièvre	35 127 223 €	166 €	3 745 €
Haute-Vienne	65 105 091 €	173 €	3 554 €

IGAS N°2017-064R TOME 2 ANNEXES

Jura	45 069 691 €	173 €	5 414 €
Oise	142 823 456 €	174 €	5 904 €
Corrèze	42 371 823 €	176 €	6 480 €
Côtes-d'Armor	106 381 269 €	178 €	3 538 €
Manche	91 639 088 €	183 €	3 424 €
Aveyron	51 883 431 €	186 €	4 196 €
Vaucluse	103 376 120 €	186 €	4 614 €
Martinique	70 616 595 €	186 €	7 330 €
Hautes-Pyrénées	42 776 639 €	187 €	3 698 €
Haute-Loire	42 840 414 €	189 €	6 472 €
Meuse	36 428 472 €	191 €	4 273 €
Creuse	23 068 660 €	192 €	4 858 €
Cher	59 651 942 €	193 €	4 393 €
Dordogne	81 585 661 €	196 €	4 916 €
Tarn	76 784 492 €	199 €	4 291 €
Paris	441 973 263 €	200 €	3 656 €
Val-de-Marne	276 307 788 €	201 €	5 309 €
Lot	36 349 973 €	210 €	4 720 €
Allier	72 483 451 €	211 €	6 093 €
Hautes-Alpes	30 124 777 €	215 €	5 680 €
Territoire Belfort et Haute Saône	86 173 244 €	225 €	5 998 €
Guadeloupe	107 554 425 €	270 €	8 846 €
Lozère	22 215 784 €	292 €	6 171 €

Source : ATIH

Les données pour les deux départements corses sont présentées ensemble : aucune DAF n'étant indiquée pour la Haute Corse, il est fait l'hypothèse qu'un établissement de Corse de Sud assure la prise en charge de l'ensemble des habitants de l'île. Les données de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort sont présentées conjointement, la DAF étant remontée de façon agrégée. Il ne peut être exclu que ces données soient entachées d'erreurs de même nature.





## ANNEXE 8 :

# MAITRISE DES DEPENSES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE EN PSYCHIATRIE

Le dispositif de soins psychiatrique est financé selon trois mécanismes :

- *Une dotation annuelle de financement pour les établissements publics et les ESPIC.* La répartition des dotations faites aux établissements n'obéit en général à aucun critère prenant en compte les activités ou les besoins. Elle se fait sur une base historique, avec un taux de progression défini de manière à rester globalement dans l'enveloppe des dépenses déterminée au niveau national et répartie entre les régions.

La DGOS a tenté de répartir ces dotations entre les régions de façon à réduire les inégalités de moyens constatées par rapport au nombre d'habitants. Les critères utilisés ayant été contestés, la DGOS a dû mettre fin à ces rééquilibrages.

Certaines ARS ont engagé des concertations pour répartir les dotations entre les établissements, de façon à prendre en compte les populations concernées et les activités. Des accords locaux ont pu être trouvés et des rééquilibrages ont eu lieu.

- *Un prix de journée pour les cliniques privées à but lucratif,* arrêté par le directeur de l'ARS, dans le cadre d'un objectif quantitatif national (OQN). Ce prix de journée relève de quatre catégories tarifaires (DMT) : psychiatrie générale, psychiatrie infanto-juvénile, arriérés profonds, soins sans consentement<sup>97</sup>.

L'hospitalisation de jour donne lieu à huit forfaits d'accueil et de soins (PY 0 à PY 7) fixés en fonction de la durée des séances de prise en charge, de leur caractère individuel ou collectif et du nombre des intervenants (arrêté du 31 janvier 2005)<sup>98</sup>.

Par ailleurs, les cliniques facturent à leurs patients des prestations complémentaires (chambre particulière...) qui, en général, sont prises en charge par les mutuelles. Ce financement évolue avec l'activité de l'établissement.

L'OQN est fixé par le niveau national, et donne lieu à une déclinaison régionale sous la forme d'un taux de progression régional fixé à chaque ARS. Pour financer les créations de lits ou de places d'hôpital de jour nouvellement autorisées, deux mécanismes sont mis en œuvre : une augmentation de l'OQN l'année N+1, ou par anticipation l'année N, et une régulation prix-volume qui conduit à des baisses de tarifs supportées par tous les établissements.

- *Un financement à l'acte pour les consultations en cabinet libéral.* Plusieurs tarifs sont définis par convention. Il n'existe pas de régulation prix-volume de ces dépenses.

---

<sup>97</sup> S'y ajoutent également d'autres forfaits : par exemple, un forfait d'entrée en hospitalisation.

<sup>98</sup> Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code.

## **1 LES INCONVENIENTS DU MODE DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVES**

Le financement des établissements publics et des ESPIC ne prend pas en compte les activités, pourtant d'importance très variable selon les services, ni les caractéristiques démographiques, sociales et économiques, des populations prises en charge, pourtant très différentes d'un territoire à un autre. Il s'en suit des inégalités très fortes de moyens entre les territoires de santé et les établissements, qui entraînent forcément des inégalités de traitement pour les patients<sup>99</sup>.

La dotation reconduite chaque année est définie sur une base historique. Elle ne tient donc pas compte des évolutions de populations ou d'activités qui ont pu se produire depuis plusieurs dizaines d'années. Les inégalités de départ ne cessent donc, dans certains cas, de se renforcer avec le temps.

Les établissements privés à but lucratif ont un financement *a priori* plus juste puisque lié à l'activité au moyen d'un prix de journée. Ce prix de journée est cependant identique, pour les DMT psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, quelles que soient les pathologies traitées et leur gravité. Cette situation conduit en général les établissements à privilégier l'accueil de patients n'exigeant pas une présence soignante importante et des soins intensifs. La mission a pu le constater lors de ses déplacements dans plusieurs cliniques (voir les monographies en annexe) et en examinant les profils des patients hospitalisés (voir l'annexe épidémiologie).

Par ailleurs, les créations de lits ou de places d'hôpital de jour entraînent des baisses de tarifs générales, alors que l'OQN de son côté ne cesse de progresser davantage que la DAF attribuée aux établissements publics et ESPIC. La croissance de l'OQN ne parvient pas en effet à compenser à elle seule les dépenses supplémentaires liées à la création de lits et places et donc à l'augmentation de l'activité.

## **2 LA MAITRISE DES DEPENSES, POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE, S'EFFECTUE PAR UN DOUBLE MECANISME DE REGULATION APPLIQUE A L'OFFRE ET AUX BUDGETS**

L'ARS, dans son PRS, fixe les implantations des équipements et services de psychiatrie publics et privés susceptibles d'être autorisés, sous la forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), en s'appuyant sur l'arrêté<sup>100</sup> du 8 juin 2005. En fonction des implantations constatées vacantes, les établissements publics et privés peuvent proposer un projet de création d'une structure de soins qui fera l'objet d'une autorisation par l'ARS, à la suite d'une procédure d'instruction comportant l'avis d'une commission régionale. Ce procédé relevant d'un régime d'autorisation permet de maîtriser la dépense en contenant le développement de l'offre.

---

<sup>99</sup> Voir l'annexe sur le financement des soins psychiatriques.

<sup>100</sup> Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L.6121-2, L.6114-2 et L.6122-8 du code de la santé publique et du décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique. Il prévoit la liste suivante des équipements et services psychiatriques : structures d'hospitalisation complète ; structures d'hospitalisation de jour ; structures d'hospitalisation de nuit ; services de placement familial thérapeutique ; appartements thérapeutiques ; centres de crise ; centres de postcure psychiatriques.

Mais l'ARS exerce aussi une maîtrise des dépenses en recourant à une contention budgétaire qui trouve sa forme lors de la négociation avec chaque établissement public et privé d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le CPOM permet de fixer les engagements de l'ARS sur les dotations faites aux établissements publics et ESPIC, et sur les prix de journées pour les cliniques, en contre partie des objectifs qu'ils devront réaliser.

On peut se demander s'il ne serait pas plus simple et tout aussi efficace, pour réaliser cette maîtrise nécessaire de la dépense, de ne recourir qu'à un seul procédé de contention, le mécanisme budgétaire mis en œuvre dans le cadre du CPOM.

Par ailleurs, si la volonté politique est en psychiatrie de développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein et de réduire la part prise par l'hospitalisation, il est difficile de comprendre pourquoi une limite à la création de structures extrahospitalières est fixée au niveau du PRS. Si un objectif de création de telles structures est fixé dans le PRS, il devrait représenter un plancher et pas un plafond. En mettant en place un régime des autorisations permettant de contenir le développement des structures alternatives à l'hospitalisation, qui n'exigent pas de conditions techniques de réalisation particulières, la crainte de ne pas maîtriser les dépenses l'emporte sur la volonté de mieux répondre aux besoins de la population. Une crainte qui, au demeurant, paraît sans grand fondement puisque l'ARS a toute autorité pour limiter les financements accordés aux établissements publics et privés<sup>101</sup>.

### 3 LE RECOURS A LA SEULE CONTENTION BUDGETAIRE, DANS LE CADRE DES CPOM, PERMETTRAIT DE MAITRISER LES DEPENSES SANS LIMITER LE DEVELOPPEMENT DES STRUCTURES DE SOINS EN AMBULATOIRE

Dés lors qu'un établissement public ou privé est autorisé à pratiquer des soins en psychiatrie, et devrait pouvoir développer toutes les structures alternatives à l'hospitalisation possibles, n'exigeant pas de conditions techniques de réalisation particulières, autres que celles portant sur la sécurité générale et la dignité des locaux accueillant ces activités. **Les OQOS en psychiatrie pourraient donc être supprimés. La maîtrise des dépenses et la transformation de l'appareil de soins pourraient être assurées dans un cadre contractuel entre l'ARS et chaque établissement, celui du CPOM, appuyé sur les dispositions du PRS.** Le CPOM préciserait le volume en places des alternatives à l'hospitalisation à mettre en œuvre par un établissement.

La question est assez simple à traiter du côté des établissements publics et ESPIC. Le CPOM est le cadre de négociation où seront établis avec ces établissements leurs objectifs de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein et leurs réductions éventuelles de lits, compte tenu de la dotation qui leur sera affectée. L'ARS pourra avoir un effet d'incitation à la transformation du dispositif de soins en modulant le taux de progression de la dotation affectée à l'établissement.

La question est un peu plus complexe du côté des établissements privés à but lucratif.

---

<sup>101</sup> Contrairement aux activités financées par la T2A, où la régulation par les tarifs n'est pas à la main de l'ARS. Dans la mesure où il n'est pas envisagé de financer la psychiatrie de cette manière, il ne paraît pas problématique de supprimer la régulation par le volume de l'offre que représentent les autorisations.

La liste des tarifs possibles pour les cliniques privées est limitée, aussi bien en hospitalisation temps plein qu'en ambulatoire. En ambulatoire, elle porte seulement sur l'hospitalisation de jour et de nuit. Dès lors qu'il serait souhaité que le dispositif privé non sectorisé développe davantage une palette de soins diversifiés, il conviendrait certainement d'élargir cette liste des tarifs possibles.

Mais, le mécanisme de régulation prix-volume appliqué au privé lucratif a pour conséquence de faire financer par les autres établissements sur l'ensemble du territoire national la création de structures alternatives à l'hospitalisation autorisée pour l'un d'entre eux. Aussi, les cliniques se plaignent de tarifs journaliers qui diminuent, alors que l'OQN progresse. Est alors très forte la pression s'exerçant sur le niveau national pour faire progresser davantage l'OQN, afin de prendre en compte ces créations de structures et leurs conséquences sur les prix de journée mettant en péril les équilibres financiers de certains établissements. Cette situation, ajoutée au mécanisme de contentions de l'offre obéissant à un régime d'autorisation, limite les capacités du privé lucratif à diversifier ses équipements et services.

Il faudrait donc compléter ces dispositions supprimant les OQOS et donnant une place centrale aux CPOM, par un objectif quantifié régional (OQR) qui fixerait aux ARS un cadre budgétaire à respecter. Ainsi, la négociation locale des CPOM chercherait à rééquilibrer l'offre privée au profit des alternatives à l'hospitalisation temps plein, celles-ci ayant l'intérêt d'offrir un financement à 100 % par l'assurance maladie, alors que ce n'est pas le cas du prix de journée en hospitalisation.

Ce scénario exige de prendre des dispositions législatives et réglementaires pour être mis en œuvre.

# ANNEXE 9 :

## CONVERSION DE STRUCTURES SANITAIRES EN STRUCTURES MEDICO- SOCIALES

### 1 LA CONVERSION DE STRUCTURES ACCUEILLANT DES PATIENTS CHRONIQUES EST UNE QUESTION RECURRENTE MAIS DEMEURE PEU FREQUENTE

#### 1.1 Le constat d'inadéquation entre prise en charge et besoin des patients entraîne régulièrement la question de la conversion de structures

La conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales est **une question souvent posée dans le secteur de la psychiatrie.**

Souvent, les établissements font **le constat d'une inadéquation entre les unités de soins et les besoins de patients chroniques** qui n'ont pas ou plus tant besoin de soins que d'une prise en charge médico-sociale. Ainsi, la majorité des établissements visités par la mission estiment que certains de leurs patients pourraient être pris en charge dans le secteur médico-social. Cependant, dans la plupart des cas, l'établissement n'envisage pas de conversion, il pointe seulement l'occupation inadéquate de lits qui pourraient être utilisés de façon plus pertinente pour d'autres patients, quand le taux d'occupation dépasse les 90 %.

Toutefois, **quand le constat d'inadéquation concerne une unité dans sa totalité**, la question de la conversion peut se poser. Il s'agit généralement de convertir l'unité en une MAS (maison d'accueil médicalisée) ou un FAM (foyer d'accueil médicalisé). Par exemple, le CH Gérard Marchant à Toulouse a ainsi transformé une de ses unités en MAS. Plus rarement, la question de la conversion en EHPAD peut aussi se poser. L'établissement Sainte-Marie (ESPIC) au Puy-en-Velay, rencontré par la mission, a ainsi pour projet l'ouverture d'un EHPAD psychiatrique en 2020.

**La nouvelle structure médico-sociale peut être gérée par l'établissement ou par un autre acteur.** A ce titre, il faut souligner que **de nombreux établissements sanitaires gèrent déjà des structures médico-sociales (en particulier des EHPAD).** Selon la FEHAP, la quasi-totalité des établissements à but non lucratifs spécialisés en psychiatrie gèrent aussi des établissements et services médico-sociaux (ESMS). La gestion de ces établissements est séparée de celle de l'établissement, matérialisée par un budget annexe. Ils peuvent cependant parfois appartenir à un pôle hospitalier.

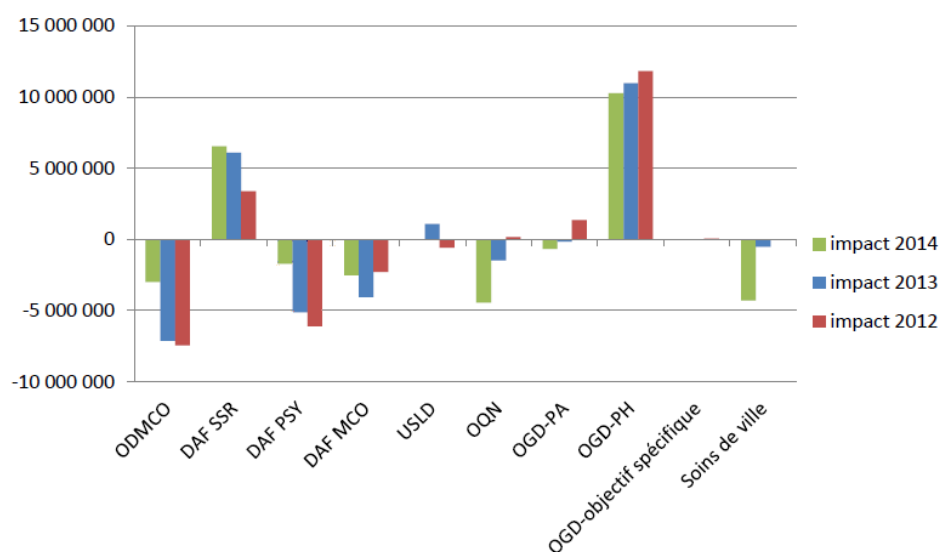
## 1.2 Les conversions sont possibles, voire encouragées, mais encore sont peu fréquentes.

Les projets de conversion doivent permettre d'apporter une meilleure réponse aux besoins des patients. Ils permettent également une meilleure allocation des moyens. Ils sont de ce fait, au moins en théorie, **encouragés en sachant que la fongibilité asymétrique** empêche un transfert en sens inverse et permet, aux ARS, d'obtenir que les crédits ainsi économisés sur le versant sanitaire soient redéployés, au moins en partie, au profit des nouvelles structures médico-sociales<sup>102</sup>.

Ainsi, des opérations ont lieu de la psychiatrie vers le médico-social (principalement à destination des personnes handicapées), elles représentent une part significative des opérations de conversion (cf. graphique ci-dessous) mais elles demeurent limitées au regard du financement de la psychiatrie.

Ainsi, en 2016, 3 opérations de transfert<sup>103</sup> de la DAF vers l'objectif de dépenses pour les personnes handicapées (OGD PH) ont eu lieu pour un montant total de 4 398 368€<sup>104</sup>, soit environ 0,05 % de la DAF. En 2017, 8 opérations de transfert de la DAF vers l'OGD PH ont eu lieu pour un montant total de 5 737 569€, soit environ 0,07 % de la DAF<sup>105</sup>.

Graphique 15 : Impact financier des conversions de structures sanitaires



Source : Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2016/202 du 21 juin 2016 relative au questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

<sup>102</sup> Les modalités de cette opération sont prévues par la circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C no 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

<sup>103</sup> Les opérations décrites et les montants présentés sont ceux qui utilisés en début d'année pour corriger les objectifs de dépenses concernés : le dossier correspondant a généralement été validé antérieurement à l'année concernée. Par ailleurs, ces montants ne reflètent pas systématiquement la totalité du transfert mais seulement le montant transféré au titre de l'année concernée (les dossiers de fongibilité ont parfois des effets sur plusieurs années).

<sup>104</sup> Selon les données transmises par la DGOS, en 2016, 4 398 368€ ont été transférés depuis la DAF PSY vers l'OGD-PH, correspondant à 3 dossiers remontés par deux ARS différentes. Il n'y a pas eu d'opération impliquant l'OQN impactant les objectifs de dépenses 2016.

<sup>105</sup> En 2017, 5 737 569€ ont été transférés depuis la DAF PSY vers l'OGD PH, correspondant à 8 dossiers de 7 ARS différentes. Il n'y a pas eu d'opération impliquant l'OQN impactant les objectifs de dépenses 2017.

## 2 LA CONVERSION DE STRUCTURES RESTE UN PROJET DIFFICILE A MENER

Le rapport de l'IGAS relatif à la conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales<sup>106</sup> daté de 2011 soulignait la faiblesse en volume de ces opérations (0,1 % de l'ONDAM en 2010, toutes conversions confondues) mais indiquait que la création des ARS pourrait faciliter ces conversions. Toutefois, les freins demeurent multiples.

### 2.1 La conversion a des implications fortes pour les professionnels comme pour les patients/résidents

**La conversion d'une unité de soins en ESMS nécessite un fort accompagnement des professionnels.** Celui-ci est plus ou moins important selon que l'ESMS sera géré par l'établissement ou par un autre acteur et qu'il restera sur le même site ou déménagera.

Le rapport IGAS de 2011 soulignait : « *le défi professionnel à relever est de passer d'un lieu de soins vers un lieu de vie. L'adaptation des emplois et des compétences, la création d'un fonctionnement nouveau et d'une identité nouvelle résultent d'une démarche managériale de longue haleine conduite le plus souvent sans outils méthodologiques solides* ». Il notait que la conversion était plus facile au sein des ESPIC qui avaient déjà un double projet sanitaire et médico-social, du fait d'une culture professionnelle incluant l'approche médico-sociale.

**La conversion nécessite également un accompagnement des patients** qui vont devenir des résidents, notamment du point de vue administratif. Il faut aussi souligner que les résidents des EHPAD ou des FAM peuvent avoir des restes à charge dans ces structures qu'ils n'avaient pas au sein de l'hôpital.

### 2.2 L'intérêt financier d'une conversion dépend du point de vue des acteurs

**Du point de vue de l'assurance maladie**, la conversion permet une meilleure adéquation entre les besoins et la prise en charge, et donc une prise en charge plus efficiente.

**Du point de vue de l'ARS**, la conversion est encouragée dans la mesure où les crédits de l'ONDAM sanitaire économisés doivent pouvoir abonder ceux de l'ONDAM médico-social, à l'échelle régionale. Ainsi, la conversion n'entraîne pas de perte et – si le coût de la prise en charge médico-sociale est inférieur à celui de la prise en charge sanitaire, l'ARS peut théoriquement dégager des marges de manœuvre utiles pour développer des dispositifs psychiatriques nouveaux, par exemple des équipes mobiles. Mais, **le plus souvent, l'ARS calibre la conversion de façon à ce que le montant économisé corresponde à celui qui sera nécessaire pour le fonctionnement de la nouvelle structure.** Dans le cas contraire, n'est transféré que le montant nécessaire au fonctionnement de la structure médico-sociale. La pratique est que « l'excédent » reste affecté à la DAF, il est souvent marginal. Lorsqu'il s'agit d'un ESMS financé uniquement par l'assurance maladie, comme c'est le cas des MAS, le financeur est *a priori* intéressé à la conversion.

---

<sup>106</sup>Rapport R2011-025 de Catherine Hesse, Vincent Maymil, Vincent le Taillandier de Gabory, février 2011



Il n'en va pas de même lorsqu'il s'agit d'un ESMS cofinancé par le conseil départemental, comme c'est le cas des FAM ou des EHPAD. La création, même par conversion, d'un ESMS, repose sur un appel à projet conjoint entre l'ARS et le conseil départemental et implique donc que celui-ci accepte de financer la nouvelle structure pour la part qui lui revient.

**Du point de vue de l'établissement**, la fermeture de l'unité conduit à le priver d'une part de la DAF<sup>107</sup>. S'il conserve la gestion de l'ESMS, le budget annexe dédié sera abondé à la mesure de la prise en charge médico-sociale proposée. Dans le cas contraire, son activité et ses moyens sont amoindris. ***A priori*, l'établissement ne peut pas dégager de marge de manœuvre financière dans une opération de conversion alors que les coûts de transition sont élevés.** Son intérêt à agir est donc très limité. Il ne repose donc pas sur un gain financier, sauf à ce qu'une fraction de la DAF économisée permette à l'ARS de financer de nouveaux projets.

Par ailleurs, le rapport IGAS de 2011 soulignait que, dans la plupart des opérations qu'il avait analysées, **les conversions pouvaient entraîner des coûts supplémentaires** : soit par recrutement de personnels (augmentation du ratio personnel / patient ou résident), soit en raison des investissements liés au projet de restructuration ou enfin en raison de l'augmentation des capacités.

### 2.3 La procédure administrative de transfert reste lourde

Une conversion est un projet long à mener et la procédure à suivre fait intervenir établissement, ARS et ministère – comme le détaille la circulaire à ce sujet<sup>108</sup>.

Le projet doit en premier lieu, figurer dans le projet d'établissement et être reprise par l'ARS, dans le PRS, qui doit ensuite formuler un appel à projet.

Juridiquement, la structure changera d'activité, elle devra donc disposer d'une nouvelle autorisation, ce qui relève de la responsabilité de l'ARS.

Financièrement, le transfert des crédits de l'ONDAM sanitaire à l'ONDAM médico-social doit être validé par le ministère même si la fongibilité est permise en principe. Si le montant à transférer est inférieur à 1M€, l'ARS calcule elle-même le montant – selon des critères fixés par le ministère – et en demande la validation au ministère. Si le montant est supérieur à 1M€, il est recalculé et validé par le ministère lui-même<sup>109</sup>. L'ARS doit déterminer le montant correspondant au fonctionnement de l'unité qui est fermée. Cela correspond *a priori* à une fraction de la DAF correspondant au nombre de lits à fermer. Elle calibre ensuite le montant nécessaire pour le fonctionnement du futur ESMS.

La DGOS s'assure ensuite que le montant nécessaire pour le service médico-social n'est pas supérieur à celui économisé sur le sanitaire. Elle examine également les coûts par place de la future structure au regard de coûts moyens. Dans tous les cas, le transfert de l'ONDAM sanitaire à l'ONDAM médico-social doit être validé par la DGOS, la DSS, la DGCS et la CNSA, ce qui peut

<sup>107</sup> S'agissant des établissements sous OQN, une analyse plus précise pourrait être menée le tarif journalier étant *a priori* inférieur aux recettes d'une MAS par exemple. La mission n'a cependant pas exploré ce point.

<sup>108</sup> circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C no 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

<sup>109</sup> Cette procédure présente déjà des mesures de simplification par rapport à celle existant lors de la rédaction du rapport IGAS : la décentralisation des décisions inférieures à 1M€ n'était alors pas possible et les décisions n'étaient prises que deux fois par an (alors que les dossiers sont actuellement traités au fil de l'eau).

entraîner de longs délais. Ainsi, le projet doit être engagé par l'établissement et l'ARS sans avoir de garantie (voire de visibilité) sur les montants qui seront transférés.

Du point des ARS, cette procédure manque de lisibilité et de fluidité et elle est, de fait, peu utilisée (cf. *infra*). La DGOS a diffusé, en juin 2016, un questionnaire visant à préciser ces difficultés afin de la rendre plus aisée<sup>110</sup>. Les retours reçus font état d'un déficit de communication sur la procédure et d'un besoin de simplification, de réduction des délais. A ce jour, la DGOS n'a pas fait évoluer la circulaire car elle mène actuellement une réflexion plus générale de refonte de cette procédure, afin d'en faire un outil structurant pour les ARS.

Certains interlocuteurs de la mission ont mis en avant la lourdeur de cette procédure mais aussi l'absence d'accompagnement de ces opérations<sup>111</sup>.

---

<sup>110</sup> Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2016/202 du 21 juin 2016 relative au questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en oeuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

<sup>111</sup> La mission nationale d'appui en santé mentale avait produit un guide à ce sujet en 2000, la mission n'a pas trouvé trace d'autres éléments méthodologiques.



# ANNEXE 10 :

## DEMOGRAPHIE MEDICALE ET DES AUTRES PROFESSIONS INTERVENANT EN PSYCHIATRIE

### I – DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

#### 1 LE NOMBRE DE PSYCHIATRES EST RELATIVEMENT ELEVE MAIS LA PART DES PEDOPSYCHIATRES EST DIFFICILE A DETERMINER

##### 1.1 Le nombre de psychiatres est plus élevé en France que dans la moyenne des autres pays de l'OCDE

Le répertoire partagé dénombre 15 071 psychiatres en France en 2016<sup>112</sup>, soit 22,67 psychiatres pour 100 000 habitants.

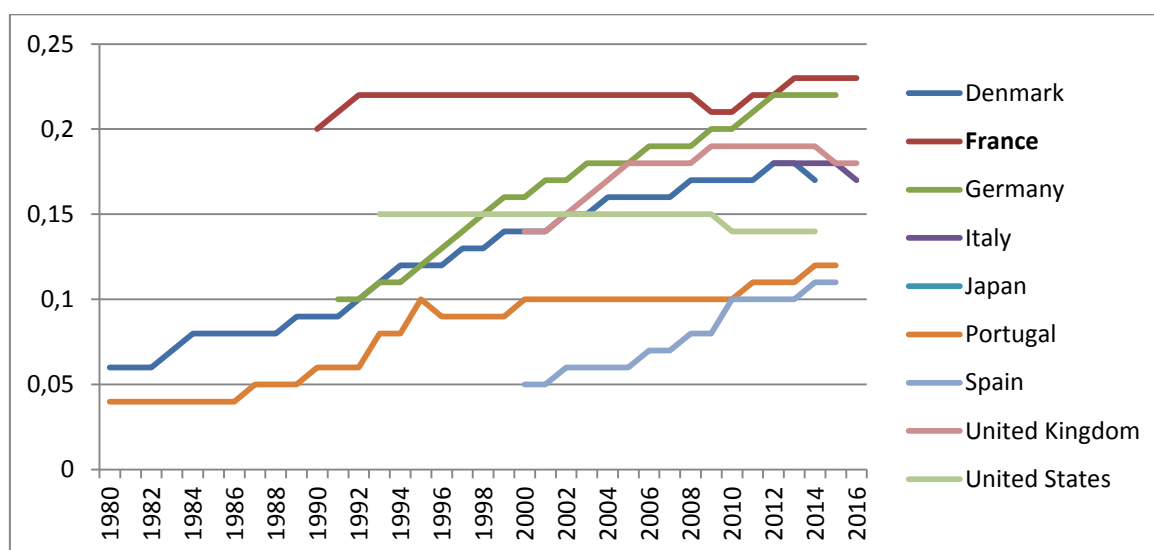
Ce nombre est supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Selon l'OCDE, **en 2015, il y avait en France, 0,23 psychiatres pour 1000 habitants, alors que la moyenne dans l'OCDE est de 0,17.** En 2015, les seuls pays de l'OCDE où la densité de psychiatres était supérieure à celle de la France sont la Suisse (0,4 pour 1000 habitants), la Finlande et la Norvège (0,24 pour 1000 habitants).

La France compte donc parmi les pays les mieux dotés en psychiatres. Il semble cependant que dans la plupart des autres Etats, le nombre de psychiatres pour 1000 habitants est croissant alors qu'il est resté relativement stable en France depuis une trentaine d'années (0,22 pour 1000 habitants depuis 1992).

---

<sup>112</sup> Le conseil national de l'ordre des médecins dénombre, en 2016, 13 195 psychiatres. Le répertoire de l'OCDE en compte 15 307. De manière générale, selon les sources retenues, les chiffres présentés dans cette annexe peuvent varier. Etant donné que les ordres de grandeur et les tendances sont en revanche identiques, la mission n'a pas privilégié une source.

Graphique 16 : Evolution du nombre de psychiatres pour 1000 habitants dans 9 pays de l'OCDE



Source : Données OCDE

Figurent sur ce graphique des pays pour lesquels les données étaient disponibles sur longue période. La moyenne OCDE n'y figure pas car, selon les années, les pays pour lesquels les données sont renseignées sont très divers et cela est susceptible de fausser l'analyse.

Evidemment, l'interprétation de ces données devrait prendre en compte les éventuelles différences de pratiques entre les Etats qu'il s'agisse du rôle du médecin par rapport aux autres professionnels de santé mentale ou du rôle du psychiatre par rapport au médecin généraliste.

## 1.2 Le nombre de psychiatres a augmenté globalement davantage que celui des autres médecins

**Les effectifs de psychiatres ont cru davantage que ceux des autres médecins.** Selon les données de la DREES (ADELI entre 1984 et 2011 puis RPPS entre 2012 et 2016), les effectifs de psychiatres ont augmenté davantage que les effectifs de l'ensemble des médecins<sup>113</sup>. Le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants est passé de 15 en 1984 à 22 en 2016.

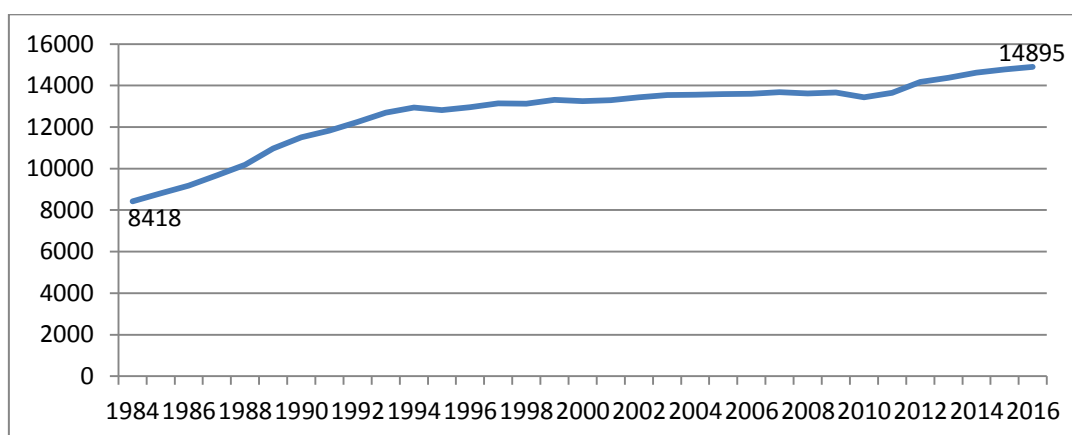
Tableau 12 : Taux de croissance des effectifs de psychiatres

	taux de croissance annuel entre 1984 et 2011 (France métropolitaine)	taux de croissance annuel entre 2012 et 2016 (France entière)
psychiatres	2,30 %	1,34 %
tous les médecins	1,93 %	0,62 %

Source : ADELI, RPPS

<sup>113</sup> Le rapport Laforcade produit une analyse différente : selon lui, entre 1984 et 2013, le nombre de psychiatres a été multiplié par 2,5 – cela correspond à un taux de croissance annuel moyen de 3,2%. Le taux de croissance des médecins toutes spécialités confondues est de 3,4% par an sur cette période. Selon ce rapport, la situation des psychiatres est donc légèrement moins favorable que celle de l'ensemble des médecins.

Graphique 17 : Evolution du nombre de psychiatres en France métropolitaine entre 1984 et 2016



Source : ADELI, RPPS

Les données sont présentées sur une même courbe mais il y a deux ruptures de série en 2011 et 2012.

Les psychiatres représentent 13 % des médecins spécialistes et 7 % de l'ensemble des médecins<sup>114</sup>. La part des psychiatres parmi l'ensemble des médecins tend donc à augmenter (9 % en 2004 selon le rapport *Bien-être et santé des jeunes*<sup>115</sup>). La part des psychiatres libéraux parmi les spécialistes libéraux est en revanche stable (de 11,12 % en 2000 à 11,16 % en 2015). La part des pédopsychiatres libéraux a quant à elle augmenté (de 0,06 % en 2000 à 0,16 % en 2015)<sup>116</sup>.

- **Les effectifs rémunérés de praticiens hospitaliers exerçant la psychiatrie par statut ont augmenté de 14,7 % entre 2003 et 2015, mais leur nombre rapporté à la population est resté stable**

Statut	Effectifs rémunérés au 1er janvier														Evolution 2003-2015		Evolution moyenne annuelle (en %)
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	En effectif	%		
PH Temps plein	3 806	3 936	4 097	4 194	4 344	4 390	4 450	4 497	4 573	4 635	4 747	4 810	4 819	1013	26,6	2,0	
PH Temps partiel	946	923	868	857	836	820	805	807	771	748	718	690	632	-314	-33,2	-3,3	
Ensemble tous statuts confondus	4 752	4 859	4 965	5 051	5 180	5 210	5 255	5 304	5 344	5 383	5 465	5 500	5 451	699	14,7	1,2	

Source : SIGMED-CNG : système informatisé de gestion des praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel, titulaires ou en période probatoire

Le nombre de praticiens hospitaliers exerçant la psychiatrie par statut est cependant resté stable de 2005 à 2015 (8 pour 100 000 habitants)<sup>117</sup>.

### 1.3 La part de la pédopsychiatrie est difficile à mesurer

La pédopsychiatrie ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'est pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie. Il n'est donc pas possible de connaître avec certitude le nombre de psychiatres exerçant comme pédopsychiatres. On peut cependant se référer aux données

<sup>114</sup> rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale, octobre 2016

<sup>115</sup> Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, novembre 2016

<sup>116</sup> Données CNAMTS

<sup>117</sup> Source SIGMED-CNG.

déclaratives des médecins dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). Les données du CNOM concerneraient uniquement les pédopsychiatres diplômés avant 1984.

Selon le RPPS, 2475 médecins déclarent disposer d'un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent<sup>118</sup>. Le nombre de pédopsychiatres serait faible en comparaison des effectifs des autres pays de l'OCDE<sup>119</sup>.

Il faut cependant prendre en compte le fait que les psychiatres réalisent des consultations auprès d'enfants et d'adolescents. La mission n'est pas en mesure de déterminer dans quelle mesure cette pratique est courante mais le rapport *Bien-être et santé des jeunes* indiquait que : « Seuls 15 à 30 % des psychiatres assureraient des consultations pour les enfants et les adolescents selon les estimations actuelles faites dans le cadre du Collège National Universitaire (CNU) ».

Cependant, les données dont a eu connaissance la mission concernant l'Île-de-France laissent penser que cette implication est plus limitée. 13 % de la file active en libéral a moins de 20 ans et, à l'échelon national, 16 % des psychiatres disposent d'un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (RPPS) et ils sont plus fréquemment libéraux que les psychiatres généralistes, il est donc probable que rares sont les enfants et adolescents pris en charge par des psychiatres généralistes.

## 2 MAIS LES MODES D'EXERCICE SONT DIVERS ET LES DISPARITES TERRITORIALES DE DENSITE SONT TRES FORTES

### 2.1 Une forte part des psychiatres est salariée

**La psychiatrie est une spécialité où une forte part des médecins est salariée** (56 % pour les psychiatres). Les pédopsychiatres le sont proportionnellement moins (48 %) alors même qu'il est souvent dit que l'absence de reconnaissance tarifaire de cette spécialité (consultations plus longues, associant la famille) pourrait décourager l'exercice libéral.

Tableau 13 : Répartition des psychiatres et pédopsychiatres selon le mode d'exercice

	psychiatres	psychiatres de l'enfant et de l'adolescent
<b>libéraux</b>	33 %	38 %
<b>salariés</b>	56 %	48 %
<b>mixte</b>	11 %	14 %

Source : Données citées dans le rapport *Bien-être des jeunes*, utilisant les données du RPPS 2015

**La part du salariat parmi les psychiatres croit.** Le CNOM met en évidence une baisse de la part des médecins libéraux (ou exercice mixte) : entre 2007 et 2016, ils seraient passés de 47 à 38 % des psychiatres (adultes).

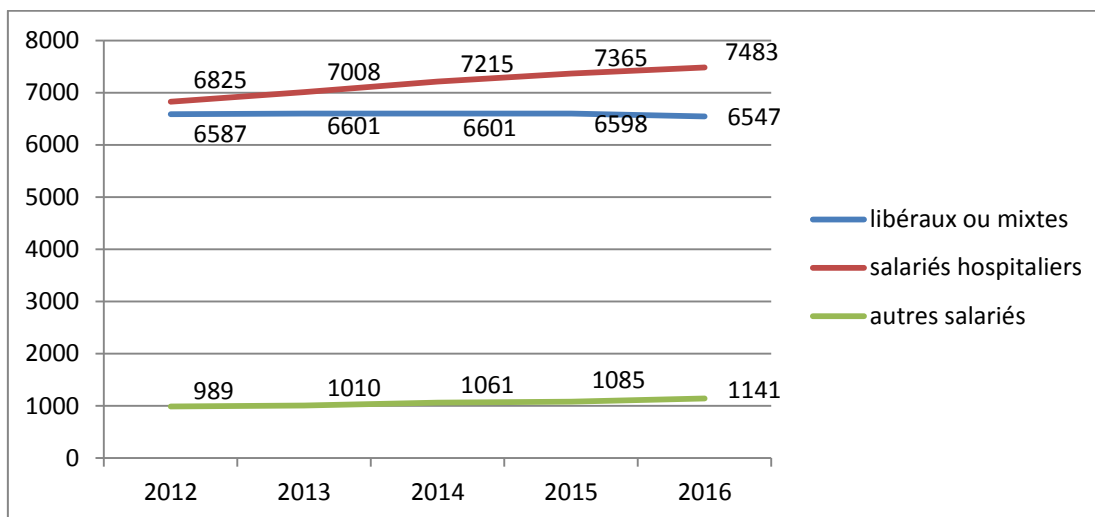
Les données du RPPS vont dans le même sens : entre 2012 et 2016, alors que le nombre de psychiatres libéraux ou ayant un exercice mixte a baissé de 0,6 % (passant de 45,7 % à 43,2 % du

<sup>118</sup> Selon le recensement du CNOM, il y aurait ainsi environ 638 pédopsychiatres en France (2016).

<sup>119</sup> Rapport *Bien-être et santé des jeunes*, Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, novembre 2016, qui fait référence aux déclarations des psychiatres du CNOM, p.30

total des psychiatres), celui des psychiatres hospitaliers a augmenté de 9,6 % (passant de 47,4 % à 49,3 % du total) et celui des autres psychiatres salariés<sup>120</sup> de 15,4 % (passant de 6,9 % à 7,5 % du total).

Graphique 18 : Evolution du nombre de psychiatres par mode d'exercice



Source : Mission à partir des données RPPS, DREES

#### Encadré 10 : Revenus des psychiatres libéraux

Les honoraires moyens d'un psychiatre sont de 122 000€ par an en 2014 (+1,8 % par rapport à 2011). Compte tenu de la forte part d'exercice mixte et de l'absence de prise en compte du temps de travail des médecins (éventuel exercice à temps partiel), il est difficile de rapprocher ce chiffre de celui des autres spécialités médicales. Parmi ce volume, 102 000€ sont remboursés en moyenne.

Parmi les libéraux, 65 % des psychiatres et 52 % des pédopsychiatres sont conventionnés en secteur 1 (alors 55 % des spécialistes sont dans ce cas). La moindre proportion de pédopsychiatres en secteur 1 est susceptible d'aggraver les difficultés d'accès aux soins déjà causées par le faible nombre de professionnels et leur inégale répartition.

Source : Données CNAM, mission

**L'augmentation de la part de psychiatres salariés ne permet pas pour autant une présence à l'hôpital supérieure à celle des autres spécialités.** Le taux de vacance de postes en psychiatrie est en effet dans la moyenne des taux de vacances pour l'ensemble des spécialités médicales : selon les données du centre national de gestion : le taux de vacance des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie était à peine plus élevé que la moyenne (27 % en 2015 contre 26 % pour l'ensemble des spécialités médicales pour les postes à temps plein et 46 % contre 45 % pour temps partiel).

## 2.2 Les écarts de densité médicale entre territoires sont importants

La densité de psychiatres (hors pédopsychiatrie) entre régions va du simple au double entre la Normandie (13,4 psychiatres pour 100 000 habitants) et l'Île-de-France (29,1 psychiatres pour 100 000 habitants) selon les données du CNOM (2016).

<sup>120</sup> Selon le RPPS, l'effectif de psychiatres salariés hors hôpital est de 1141 alors que les ESSMS déclarent employer 3800 psychiatres en 2014 (source : Enquête ES-Handicap 2014, DREES). L'écart provient probablement de la manière dont sont comptabilisés les psychiatres exerçant à la fois à l'hôpital ou en libéral et en ESSMS.



Les écarts sont bien plus marqués à l'échelon départemental, **les écarts de densité de psychiatres varient de 1 à 4 lorsque l'on fait exception de Paris** : ainsi il y avait 6,9 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Ardennes et 32 dans le Rhône. A Paris, il y a 70,9 psychiatres pour 100 000 habitants, soit un écart de 1 à 10.

Le rapport Laforcade mettait en évidence le fait que ces écarts concernaient également l'exercice libéral. Hors Paris (63,7 psychiatres pour 100 000 habitants), les écarts allaient de 1 à 20 entre la Gironde (21,0) et les Bouches-du-Rhône (20,4) d'une part, et la Haute-Marne (1,1) et la Manche (1,4) d'autre part. La part de psychiatres libéraux sur un territoire varie de 58,7 % à Paris à 6,3 % en Haute Marne.

Il faudrait aussi certainement s'intéresser à la répartition infra-départementale, les psychiatres étant principalement installés dans les villes. Ce rapport pointait également le fait que 82 % des cabinets étaient localisés dans les unités urbaines de 50 000 habitants ou plus (qui regroupent 53,9 % de la population nationale).

**Par comparaison, toujours à partir des données du CNOM, les inégalités pour la psychiatrie sont particulièrement aigues.** A l'échelon régional, les écarts en psychiatrie sont deux fois plus importants que ceux constatés en médecine générale ou pour l'ensemble des spécialités. A l'échelon départemental, elles sont cinq fois plus fortes qu'en médecine générales mais deux fois moins qu'en pédiatrie.

Tableau 14 : Ecart de densité de médecins par territoire selon les spécialités

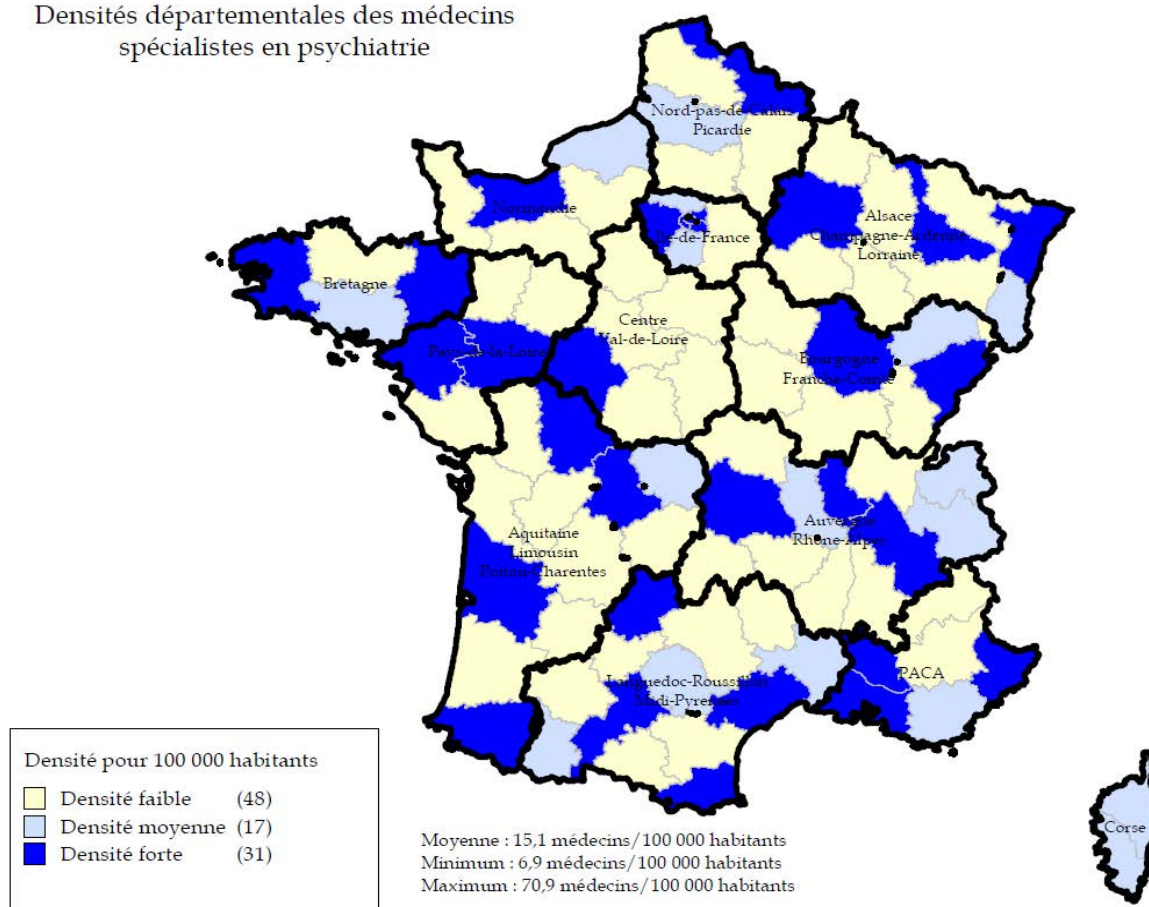
	écart de densité entre territoires	Valeur minimale (médecins pour 100 000 habitants)	Valeur maximale (médecins pour 100 000 habitants)
<b>à l'échelon régional</b>			
psychiatrie	217 %	13,4 Normandie	29,1 Ile-de-France
médecine générale	142 %	107 Centre Val-de-Loire	151,5 PACA
toutes spécialités	150 %	232,7 Centre Val-de-Loire	350 PACA
<b>à l'échelon départemental</b>			
psychiatrie	1028 %	6,9 Ardennes	32 Rhône
médecine générale	206 % <sup>121</sup>	93,8 Eure-et-Loir	193,5 Paris
pédiatrie	1944 %	12,6 Mayenne	244,9 Paris

Source : CNOM, 2016

<sup>121</sup> 389% en incluant Mayotte (49,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants)

Schéma 4 : Densité de psychiatres par département (2016)

Densités départementales des médecins  
spécialistes en psychiatrie

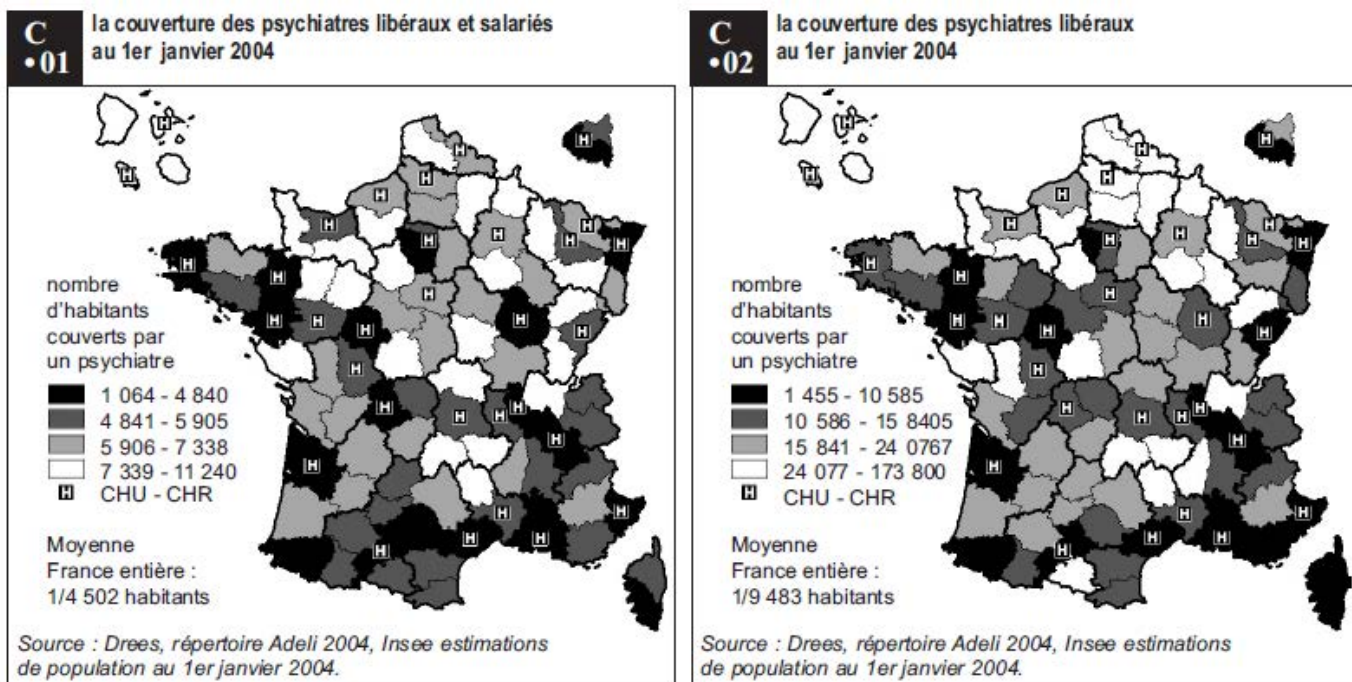


Source : CNOM, 2016

Les nombres figurant entre parenthèses correspondent au nombre de départements dont la densité est faible, moyenne ou forte.

Le constat de ces inégalités de densité en psychiatres n'est pas nouveau. Et on n'enregistre pas d'amélioration quand on compare la situation actuelle avec celle qui existait il y a 12 ans, en 2004.

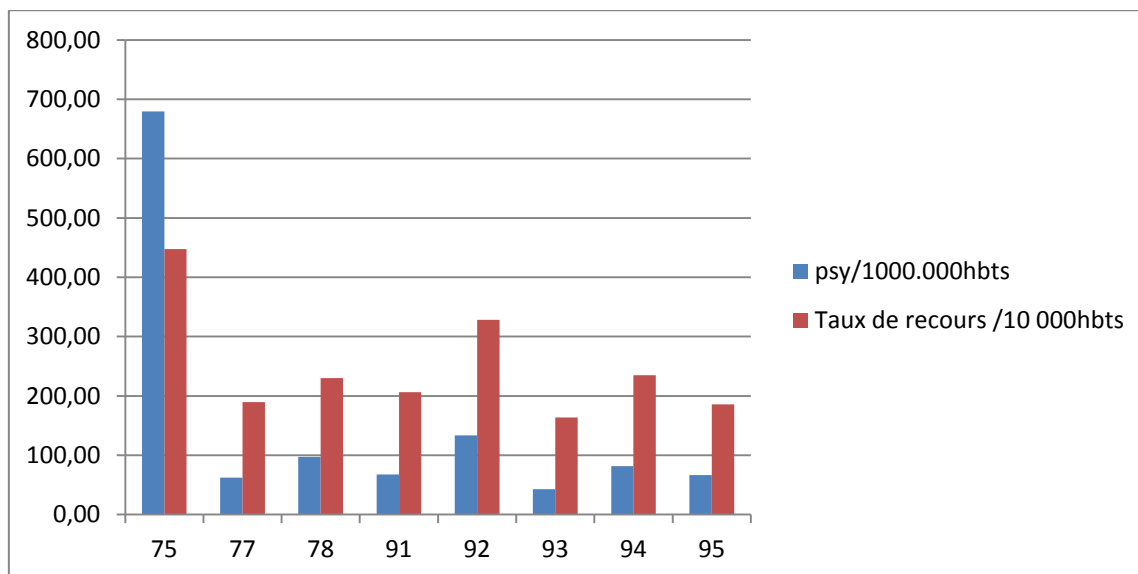
Schéma 5 : Couverture des psychiatres en 2004



Source : DREES, n°443, Etudes et résultats, novembre 2005

Il faut cependant souligner que le lien entre densité médicale et recours aux soins n'est pas sans poser de questions. L'exemple de l'Ile-de-France montre que le nombre de psychiatres par habitants et le taux de recours ne sont pas corrélés. Il existe peut-être une spécificité parisienne, due à la forte attractivité et accessibilité du territoire, mais les écarts posent tout de même question.

Graphique 19 : Densité médicale de psychiatres et taux de recours aux soins en Ile-de-France



Source : ARS Ile-de-France

## 2.3 En pédopsychiatrie, la pénurie est avérée

### 2.3.1 Le nombre de pédopsychiatres baisse

Le RPPS met en évidence une baisse du nombre de pédopsychiatres, particulièrement parmi ceux qui exercent en libéral. La mission n'a pas pu disposer de données sur une plus longue période mais il lui a été indiqué que cette tendance pourrait être récente.

Tableau 15 : Nombre de médecins ayant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"

	2012	2013	2014	2015	Evolution entre 2012 et 2015
<b>Ensemble des pédopsychiatres</b>	<b>2664</b>	<b>2599</b>	<b>2554</b>	<b>2475</b>	<b>-7 %</b>
Libéraux	1076	1019	968	929	-14 %
Mixtes	318	331	346	348	9 %
Salariés	1270	1249	1240	1198	-6 %

Source : RPPS, traitement DREES

Les données relatives aux établissements de santé pointent elles une augmentation du nombre de pédopsychiatres (les psychiatres salariés peuvent également l'être dans des établissements médico-sociaux) mais inférieure à celle des psychiatres.

Tableau 16 : Evolution du nombre de médecins dans les établissements de santé

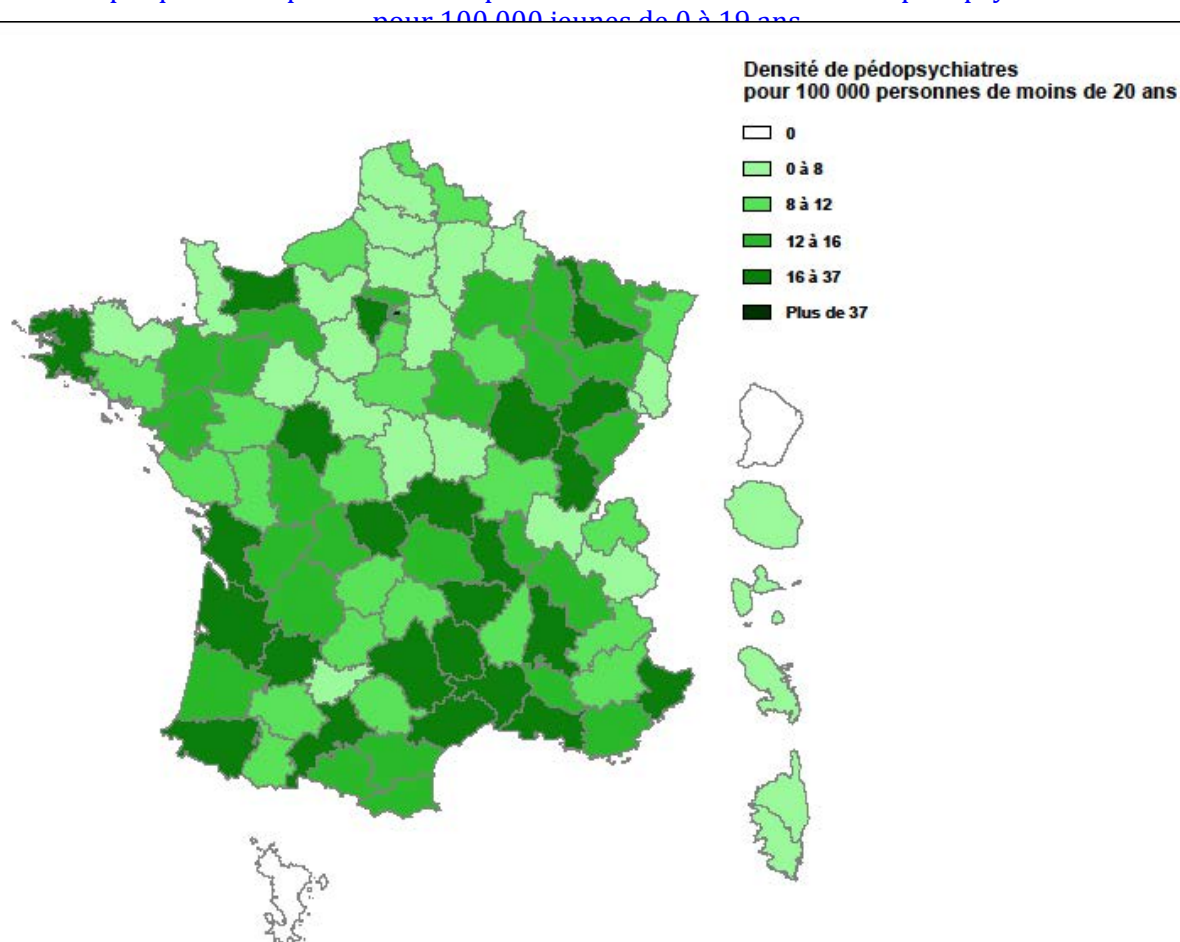
	Taux d'évolution entre 2013-2016
Psychiatrie générale	5,6 %
Psychiatrie infanto-juvénile	4,1 %

Source : SAE, traitement mission

### 2.3.2 La répartition inégale des pédopsychiatres conduit à l'apparition de zones non pourvues

Selon le RPPS, tous les départements (hors Guyane et Mayotte) ont un pédopsychiatre en activité mais les écarts entre départements sont considérables : alors qu'il n'y a que 2,7 pédopsychiatres pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans dans le territoire de Belfort, on en trouve 13 fois plus en Gironde (36,1) et 37 fois plus à Paris (98,9).

## Graphique 20 : Répartition des départements selon leur densité en pédopsychiatres



Source : données RPPS, traitement DREES, pour le nombre de psychiatres déclarant un savoir-faire "Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent"- données INSEE pour la population- travaux rapport Bien-être et santé des jeunes

Par ailleurs, il a été signalé à plusieurs reprises à la mission que **plusieurs universités ne disposaient pas de poste de professeur des universités – praticien hospitalier (PUPH) en pédopsychiatrie**. En 2017, il y avait 36 PUPH en pédo-psychiatrie (88 en psychiatrie, la discipline étant peu universitaire<sup>122</sup>) et 9 universités ne disposaient pas de PUPH dans cette discipline : Caen, Tours, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Saint Etienne, Limoges, les Antilles et La Réunion<sup>123</sup>. La situation de la pédopsychiatrie n'est pas unique puisque sur 51 sous-sections du CNU, 13 n'ont pas de PU dans au moins 8 UFR sur 34 (souvent les 2 UFR des DOM) mais cette situation ne contribue pas à son attractivité.

<sup>122</sup> On dénombre 4 086 PUPH. Les psychiatres et pédopsychiatres représentent 3 % des PUPH alors qu'ils sont 7 % des médecins, 13 % des spécialistes et 12 % des internes en formation.

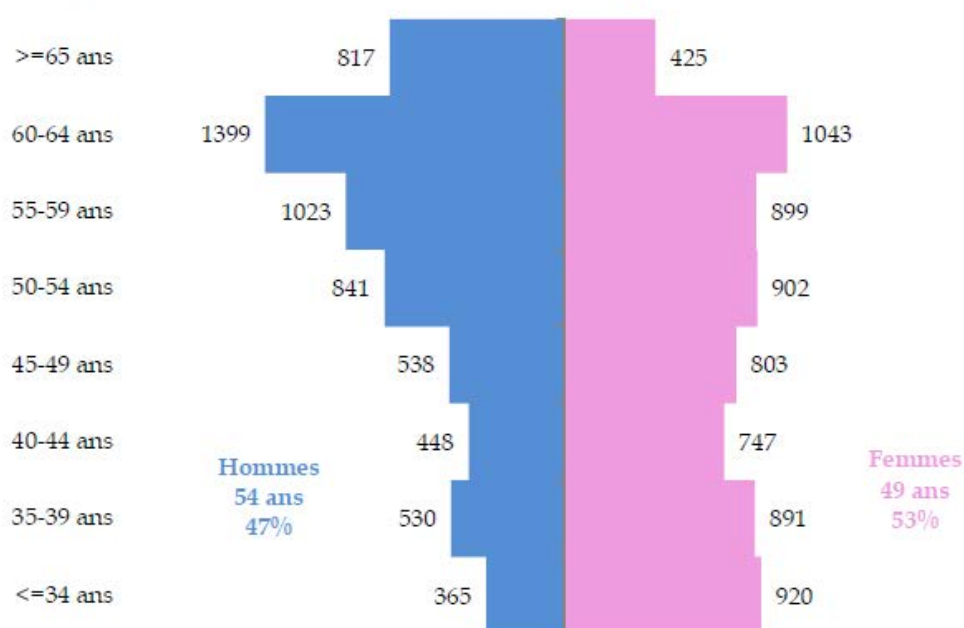
<sup>123</sup> A La Réunion et à Bobigny, il n'y a pas de PUPH en psychiatrie d'adulte. A La Réunion, il n'y a donc aucun PUPH en psychiatrie.

### 3 LE RENOUVELLEMENT

#### 3.1 Les départs à la retraite seront massifs, plus encore pour les pédopsychiatres

L'âge moyen des psychiatres est de 52 ans et des pédopsychiatres de 62 ans selon le CNOM, les départs à la retraite seront donc nombreux dans les années à venir. La mission n'a pas pu recueillir de données concernant la pyramide des âges des pédopsychiatres, autres que celles du CNOM, dont il semble qu'elles ne correspondent pas aux psychiatres déclarant un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Graphique 21 : pyramide des âges des psychiatres



Source : CNOM, 2016

#### 3.2 L'attractivité de la spécialité n'est pas assurée

En 2017, 98 % des postes ouverts à l'internat en psychiatrie ont été pourvus. Ce sont donc seulement 7 postes qui sont restés vacants sur 494.

La psychiatrie apparaît cependant comme une spécialité peu attractive (tous les postes ne sont pas pourvus, le rang de classement des étudiants choisissant cette spécialité sont bas). L'indicateur d'attractivité calculé par la DREES est parmi les plus faibles, plaçant la psychiatrie 26<sup>ème</sup> sur 30 disciplines en 2016<sup>124</sup>.

Quant à la pédopsychiatrie, il n'est pas possible – du fait de l'organisation actuelle des études médicales – d'identifier les pédopsychiatres en formation.

<sup>124</sup> Etudes et résultats de la DREES, *En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées*, mars 2017. Pour 2017, le *Quotidien du médecin*, classait la psychiatrie 39<sup>ème</sup> sur 44 disciplines en utilisant un indicateur d'attractivité semblable à celui de la DREES.

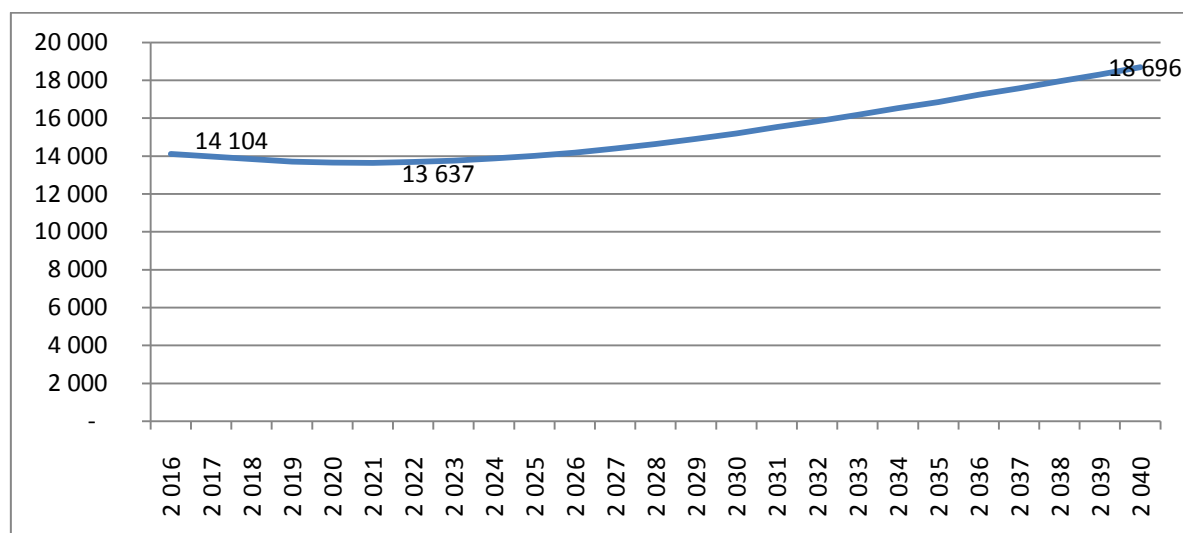
### 3.3 Les projections laissent cependant apparaître une relative stabilité des effectifs à court terme, avant leur augmentation à partir de 2021

Les projections réalisées par la DREES montrent une légère baisse du nombre de psychiatres jusqu'en 2021 (-3,3 % entre 2016 et 2021<sup>125</sup>) avant un retour à la hausse jusqu'en 2040 (+37,1 % entre 2021 et 2040<sup>126</sup>). Ces projections sont fondées sur des hypothèses de stabilité du nombre de postes ouverts à l'ECN, de l'arrivée de médecins étrangers et du taux de fuite (médecins qui n'exercent pas), âge de cessation d'activité.

Il apparaît que même si le nombre de médecins dans les tranches supérieures sont nombreux (environ 550 par génération), ils pourraient être dans une large mesure remplacés par les psychiatres nouvellement formés et les psychiatres formés à l'étranger (le nombre de postes d'internes ouverts à l'internat est passé de 200 places en 2004 à 557 en 2015<sup>127</sup> ; 494 en 2017). En revanche, pour les pédopsychiatres, il est certain que les départs ne pourront être remplacés.

A court terme, l'effectif ne décroît que peu (soit -0,7 % par an jusqu'en 2021) mais la demande de soins devrait augmenter. Enfin, l'assurance maladie estime que, d'ici 2020, le nombre de malades psychiatriques devrait augmenter de 2,1 % par an pour atteindre 2 431 500 personnes<sup>128</sup>

Graphique 22 : Projections de l'évolution des effectifs de psychiatres jusqu'en 2040



Source : Mission à partir des projections DREES 2015

<sup>125</sup> La situation est plus défavorable pour la psychiatrie que pour l'ensemble des médecins (+0,14 % entre 2016 et 2021) et la médecine générale (-0,95 % entre 2016 et 2021) notamment parce que les effectifs seront au plus bas en 2019 au total.

<sup>126</sup> Cette augmentation est supérieure à celle de l'ensemble des médecins (+29,1 %) ou des généralistes (+27,1 %)

<sup>127</sup> Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale, octobre 2016

<sup>128</sup> Rapport charges et produits pour 2018 de la CNAMTS. La CNAMTS distingue l'effet démographique (+63 400) et l'effet épidémiologique (+179 900)

**Encadré 11 : L'analyse de la pyramide des âges dans le rapport Laforcade**

L'âge moyen de l'ensemble des psychiatres est de 52,8 ans (contre 51,3 ans pour l'ensemble des spécialistes). Chez les femmes, il est inférieur de 5,1 ans à celui des hommes, caractéristique qui se retrouve également mais à un degré moindre chez l'ensemble des spécialistes où l'écart est de 4,1 ans.

En 10 ans, entre 2003 et 2016, l'âge moyen des psychiatres est passé de 49,7 ans à 52,8 ans, soit +3,1 ans (tout comme pour l'ensemble des médecins spécialistes). La part de psychiatres âgés de 60 ans ou plus s'élève à 31,9 % (contre 25,1 % pour l'ensemble des spécialistes). Les hommes sont plus représentés dans les classes d'âge les plus nombreuses au-dessus de 45 ans (57,3 %) tandis que les femmes sont majoritaires dans les nouvelles générations (64,0 %).

À moyen terme, le déséquilibre très marqué de la pyramide des âges des psychiatres va se traduire par un départ massif de professionnels jusqu'en 2025<sup>4</sup>. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, 51 % d'entre eux ont plus de 55 ans (60 % des hommes, 41 % des femmes). La rupture d'effectifs est très nette entre les 55 ou plus et les moins de 55 ans. À la même date, chaque classe d'âge comprise entre 55 et 65 ans compte environ 550 psychiatres, contre 350 pour les classes entre 45 et 55 ans.

Le rythme actuel de recrutement à l'internat de psychiatrie amène à une prévision de stabilité sur 10 ans des effectifs actuels si l'âge moyen de départ en retraite est à 68 ans, mais à une baisse des effectifs si le départ s'effectue avant 68 ans et à une hausse dans le cas contraire.

*Source : Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale, octobre 2016*



## II – DEMOGRAPHIE DES AUTRES PROFESSIONS INTERVENANT EN PSYCHIATRIE

### 1 LE PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS AUGMENTE DAVANTAGE EN PSYCHIATRIE QUE DANS LES AUTRES SERVICES ET SE DIVERSIFIE DAVANTAGE

Les données présentées dans cette partie proviennent de la SAE (statistique annuelle des établissements) et sont potentiellement affectées par le nombre de répondants.

#### 1.1 Le personnel des services de psychiatrie augmente davantage que le total du personnel des établissements

Le personnel soignant et éducatif et social des établissements ou services de psychiatrie a augmenté de 2,45 % pour l'ensemble des établissements entre 2013 et 2016. Sur la même période, pour l'ensemble des établissements, le personnel soignant et éducatif et social n'a augmenté que de 0,64 %.

L'augmentation des effectifs est légèrement plus rapide en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie générale mais on ne note pas de rééquilibrage clair des moyens en faveur de la pédopsychiatrie, contrairement à ce que l'on observe à la faveur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Tableau 17 : Evolution des effectifs soignants et éducatifs et sociaux en psychiatrie et au total entre 2013-2016 dans tous les établissements de santé

		Evolution 2013-2016
personnels soignants et éducatifs et sociaux en psychiatrie		2,45 %
	dont psychiatrie générale	2,32 %
	dont psychiatrie infanto-juvénile	2,35 %
	dont psychiatrie en milieu pénitentiaire	10,76 %
personnels soignants et éducatifs et sociaux - toutes disciplines		0,64 %

Source : SAE, traitement mission

#### 1.2 Les effectifs augmentent plus rapidement dans le privé (lucratif mais surtout non lucratif) que dans le public

Ces évolutions sont cependant très contrastées selon le statut de l'établissement et selon que l'on considère la psychiatrie générale ou la pédopsychiatrie. Alors que les effectifs sont globalement stables dans les établissements publics (+1 % entre 2013 et 2016), ils ont beaucoup augmenté dans le privé non lucratif (+10 %) et, dans une moindre mesure, dans le privé lucratif (+5 %). Ces chiffres reflètent la tendance en psychiatrie générale, alors qu'en pédopsychiatrie, les effectifs augmentent dans le public et baissent dans le privé.

Tableau 18 : Evolution des effectifs selon le statut de l'établissement

		taux d'évolution 2013-2016
<b>Psychiatrie générale</b>		
	public	0,48 %
	privé non lucratif	13,81 %
	privé lucratif	5,50 %
	tous	2,32 %
<b>Pédopsychiatrie</b>		
	public	3,47 %
	privé non lucratif	-4,41 %
	privé lucratif	-7,22 %
	tous	2,35 %
<b>Total psychiatrie</b>		
	public	1,07 %
	privé non lucratif	10,14 %
	privé lucratif	4,90 %
	tous	2,33 %

Source : SAE

### 1.3 La psychiatrie connaît une diversification croissante des métiers exercés par les personnels soignants

Si on s'intéresse plus finement aux métiers concernés, on note que les effectifs infirmiers augmentent moins vite en psychiatrie que dans les autres services mais qu'en revanche l'augmentation des autres métiers est plus dynamique, ce qui explique l'augmentation des effectifs au total plus forte en psychiatrie que dans les autres services.

Tableau 19 : Evolution des effectifs par métiers entre 2013-2016

Métiers	Evolution 2013-2016
<b>psychiatrie</b>	
infirmiers et cadres (psychiatrie générale seulement)	0,84 %
aides soignants	-0,59 %
psychologues	3,64 %
personnel de rééducation	2,09 %
personnels éducatifs et sociaux	49,92 %
<b>toutes disciplines</b>	
infirmiers (dont infirmiers psy, hors spécialisation)	2,26 %
personnel éducatifs et sociaux	4,02 %

Source : SAE, traitement mission

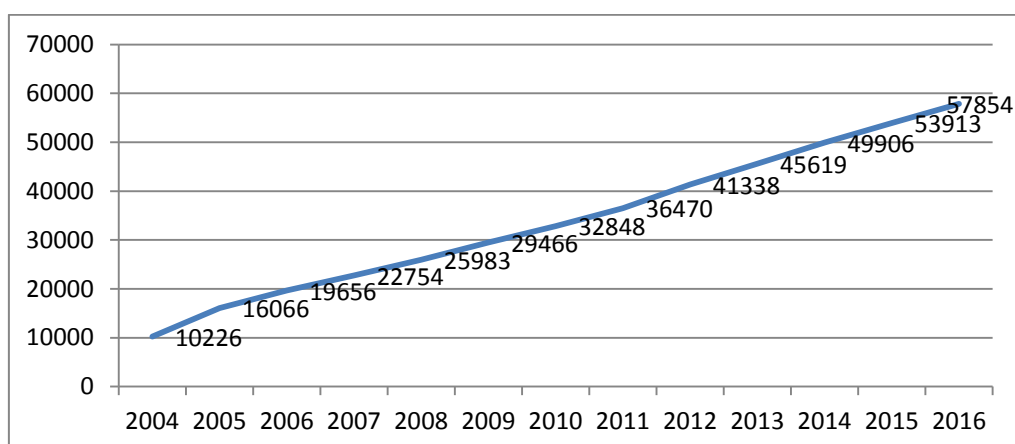
## 2 LES PSYCHOLOGUES, BIEN QU'EN AUGMENTATION, SONT INEGALEMENT REPARTIS SUR LE TERRITOIRE

Cette profession occupe une place singulière parmi les professionnels intervenant dans les soins psychiatriques. Les psychologues ne font pas partie des professions de santé, leurs interventions en ville ne sont donc pas remboursées par l'assurance maladie. Ils participent, de façon de plus en plus importante, aux soins dans les établissements de santé. Le nombre de psychologues formés ne fait pas l'objet de la même régulation que les professions de santé

### 2.1 Le nombre de psychologues augmente très rapidement

On dénombre 57 854 psychologues en exercice en 2016 (ADELI). Selon le répertoire ADELI, leur nombre a augmenté. Il a presque été multiplié par 5 en 12 ans.

Graphique 23 : Effectifs de psychologues

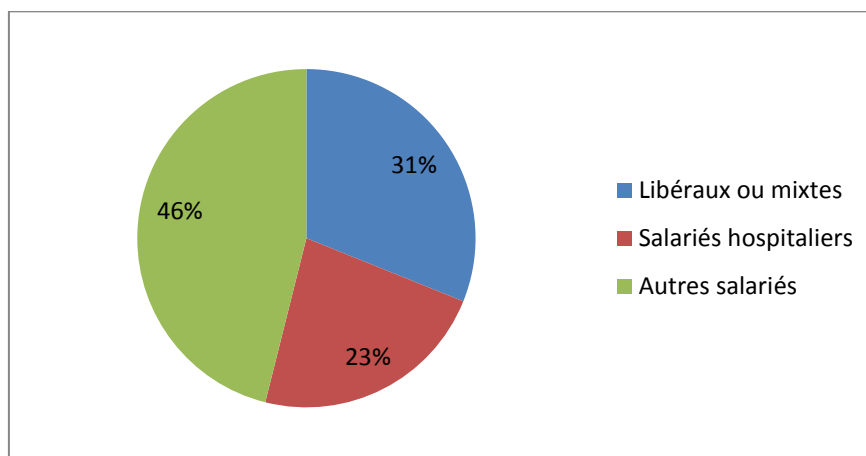


Source : Mission à partir des données ADELI

### 2.2 Plus de 2/3 des psychologues sont salariés mais la part des libéraux augmente

Les psychologues sont majoritairement salariés : 23 % à l'hôpital et 46 % dans d'autres structures (dont une part dans les ESMS mais aussi certainement dans beaucoup d'autres structures et entreprises). Parmi les autres, certains ont un exercice mixte.

Graphique 24 : Mode d'exercice des psychologues

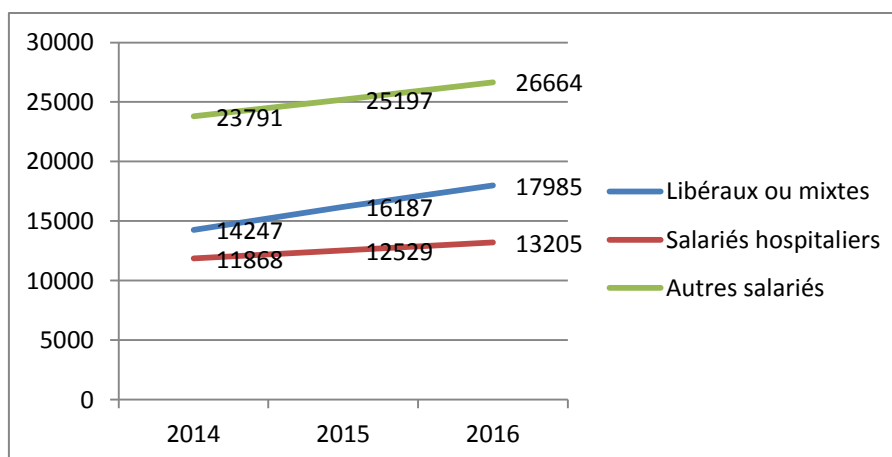


Source : Mission à partir des données ADELI (2016)

Si la part importante du salariat n'est pas surprenante par rapport à la situation des psychiatres par exemple, elle est certainement d'autant plus importante que l'intervention des psychologues libéraux n'est pas prise en charge par l'assurance maladie.

Cependant le nombre de psychologues en exercice libéral ou mixte augmente deux fois plus vite (+26 % entre 2014 et 2016) que celui des salariés (+12 %). Sans que la mission n'ait réalisé une analyse sur ce sujet, il semble que l'augmentation de la part de psychologues libéraux ne se fasse pas au détriment des postes salariés (notamment à l'hôpital) compte tenu de l'augmentation rapide du nombre de psychologues.

Graphique 25 : Evolution des effectifs de psychologues selon le mode d'exercice



Source : Mission à partir des données ADELI

Les expérimentations actuellement menées par la CNAMTS, si elles débouchaient sur une possibilité accrue de prise en charge pourraient modifier ces équilibres.

### 2.3 La répartition territoriale est extrêmement inégale

Les densités de psychologues varient considérablement d'un département à l'autre.

Pour l'ensemble des psychologues, elle varie de 48,8 psychologues pour 100 000 habitants dans le Nord-Pas-de-Calais (13,6 à Mayotte) à 200,1 à Paris et 123,6 en Haute-Garonne. La moyenne est de 86,7 psychologues pour 100 000 habitants.

Pour les psychologues d'exercice libéral ou mixte, les densités varient de 7,8 psychologues pour 100 000 habitants dans le Nord Pas-de-Calais (2,1 à Mayotte et 5,7 en Guyane) à 94,2 à Paris et 60,5 dans le Rhône. La moyenne est de 26,7 psychologues libéraux ou mixtes pour 100 000 habitants.

Pour les psychologues salariés hospitaliers, les densités varient de 9,1 pour 100 000 habitants en Haute-Corse (5,1 à Mayotte) à 35,6 en Lozère. La moyenne est de 19,8 psychologues salariés hospitaliers pour 100 000 habitants. Les écarts sont donc beaucoup plus resserrés s'agissant des salariés hospitaliers.

### 3 L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'ORTHOPHONISTES NE PERMET PAS UN EGAL ACCES AUX SOINS

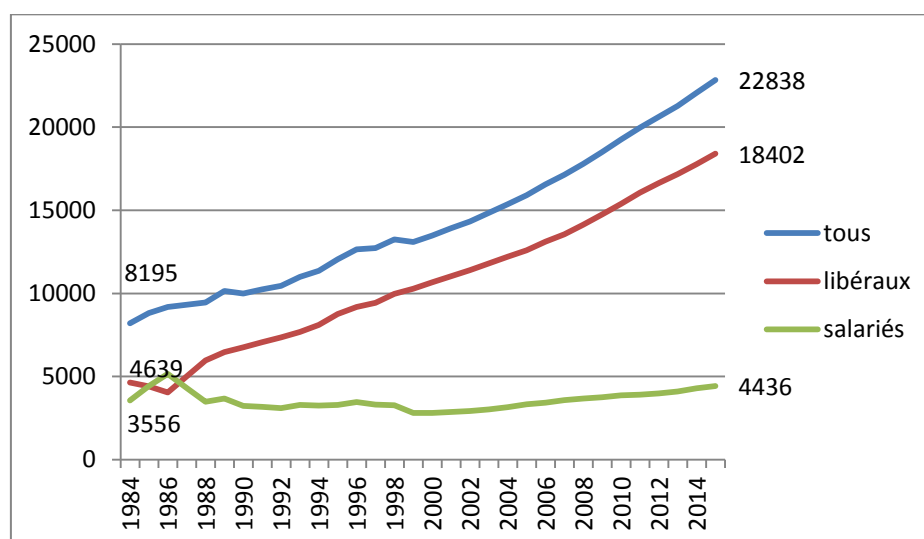
Les difficultés d'accès aux orthophonistes pointées unanimement par les interlocuteurs de la mission ont conduit à examiner spécifiquement cette profession bien qu'elle n'exerce pas exclusivement dans le champ des soins psychiatriques.

#### 3.1 Le nombre d'orthophonistes a été multiplié par près de 3 en 30 ans, au profit de l'exercice libéral

**Le nombre d'orthophonistes a cru de manière ininterrompue depuis 1984.** Le nombre d'orthophonistes a quasiment été multiplié par 3, passant de à 8195 en 1984 à 22 838 en 2015. Il a augmenté bien plus vite que la population, **la densité moyenne ayant été multipliée par plus de 2** passant de 15 à 36 orthophonistes pour 100 000 habitants.

**L'augmentation s'est faite presque seulement au profit de l'exercice libéral**, il a été multiplié par 4, quand l'effectif salarié augmentait de 25 %. On peut certainement y voir la traduction de l'attrait pour l'exercice libéral où les rémunérations sont nettement plus élevées (2 à 3 fois selon les interlocuteurs de la mission). Parmi les 4297 orthophonistes salariés en 2014, 3500 travaillaient dans des ESSMS (source : Enquête ES-Handicap 2014, DREES). Même si certains peuvent exercer à temps partiel à la fois dans le médico-social et dans le sanitaire, on peut estimer qu'il n'y a qu'environ un millier d'orthophonistes salariés des établissements de santé, dont une part n'exerce pas en psychiatrie.

Graphique 26 : Evolution des effectifs d'orthophonistes selon le mode d'exercice



Source : Ecosanté à partir des données ADELI ; rupture de série en 2011.

### 3.2 La répartition territoriale des orthophonistes est très différenciée

Les inégalités de répartition des orthophonistes sont très marquées (source : écosanté, données ADELI). **La densité d'orthophonistes varie de 1 à 4 entre les départements** : il y a ainsi 14 orthophonistes pour 100 000 habitants dans le Cantal<sup>129</sup> (soit moitié moins que la moyenne) quand il y en a 61 dans l'Hérault ou le Rhône.

S'agissant des orthophonistes libéraux, les écarts sont également forts, la densité variant presque de 1 à 7 : de 8 orthophonistes libéraux pour 100 000 habitants dans la Creuse à 54 dans l'Hérault.

Les écarts de densité d'orthophonistes salariés sont du même ordre : allant de 1 à 8 : de 1,88 orthophonistes pour 100 000 habitants dans les Vosges à 14,70 dans les Ardennes.

<sup>129</sup> Les densités en Guyane et à Mayotte sont encore plus faibles.



## ANNEXE 11 :

# CONSEILS LOCAUX DE SANTE MENTALE

L'ancêtre du conseil local de santé mentale est le « *conseil de secteur* » dont la mise en place est recommandée par la circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale<sup>130</sup>. Ce conseil de secteur est destiné à « *compléter le dispositif de concertation départementale* » organisé au sein du conseil départemental de santé mentale institué par la loi du 25 juillet 1985. Il s'agit, à un échelon territorial de grande proximité, le secteur :

- « *d'étudier et résoudre les problèmes d'articulation, de coordination et de coopération entre les divers acteurs ;*
- *de mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives (sanitaires, sociales et médico-sociales) pour faciliter les orientations des malades ;*
- *de produire les informations et les propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance ».*

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé » mentionne l'existence de « conseils locaux de santé mentale » qui doivent être associés dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale, et consultés sur son contenu par le directeur général de l'ARS<sup>131</sup>. Pour autant, la loi ne les définit pas.

Par ailleurs, la loi prévoit la constitution d'une « *commission spécialisée en santé mentale* »<sup>132</sup> au sein des conseils territoriaux de santé organisés par l'ARS.

Deux niveaux de concertation sont donc définis sur les sujets de santé mentale :

- au niveau du territoire de santé, en général le département, une concertation sur la stratégie régionale de l'ARS, définie par le PRS. C'est aussi à ce niveau que l'ARS informe des contrats territoriaux de santé et des contrats locaux de santé. C'est là la place de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé ;
- au niveau en-dessous du territoire de santé, une concertation sur le projet territorial de santé mentale et sur toute action en faveur de la santé mentale déterminée par les acteurs locaux, conforme aux dispositions du PRS. C'est là la place du conseil local de santé mentale.

Il faut noter que la concertation au niveau régional sur l'élaboration du PRS se conduit avec la CRSA, au sein de laquelle la constitution d'une commission spécialisée sur la santé mentale n'est pas prévue.

---

<sup>130</sup> La création d'un conseil de secteur dans chaque secteur psychiatrique avait été proposée par le rapport de Marie et Jean DEMAY en 1982 (« *Une voie française pour une psychiatrie différente* »).

<sup>131</sup> Article L. 3221-2 du code de santé publique.

<sup>132</sup> Article L. 1434-10 du code de santé publique.



## 1 LES OBJECTIFS DU CLSM

« *Le conseil local de santé mentale est une plate-forme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population* »<sup>133</sup>.

Avec le CLSM, il s'agit de partir des besoins de la population, tels qu'elle les ressent et les exprime au niveau d'un territoire, afin de déterminer les actions permettant d'y répondre, au plus près des personnes, collectivement, avec tous les acteurs locaux impliqués dans la santé mentale. C'est un exercice de démocratie où les intéressés, les usagers associés aux professionnels de toutes origines et aux élus, se saisissent eux-mêmes de leur situation, et se constituent en une sorte de communauté de destin, deviennent les acteurs de leur mieux être. En langage emprunté au vocabulaire de l'OMS, c'est une démarche d'*empowerment*.

## 2 LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE DES CLSM

Les CLSM se sont mis en place de façon progressive au début des années 2000. Ils étaient environ une quinzaine en 2008. En 2015, un recensement effectué par le centre collaborateur de l'OMS de Lille (CCOMS) en compte environ 120. Leur répartition territoriale est très inégale. Certaines régions n'en avaient aucun d'opérationnel au 31 décembre 2014. D'autres les ont beaucoup développés (par exemple la mission a pu constater que l'agglomération de Lyon comptait 9 CLSM).

Cette mise en place progressive n'est pas surprenante, et n'interroge pas sur l'intérêt de la démarche. Il faut du temps pour constituer un CLSM<sup>134</sup>, pour créer localement la dynamique nécessaire, réunissant autant de partenaires qui souvent ne collaboraient pas ensemble, voire ne se connaissaient pas, sur des sujets, la maladie et la santé mentale, qui génèrent encore certaines réticences à s'en saisir collectivement.

Le CCOMS de Lille s'est engagé dans un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM en France, avec le soutien de la Délégation interministérielle à la Ville en 2008 et de la DGS et de l'Acsé depuis 2012.

Un réseau national des CLSM a pris forme depuis 2012, donnant lieu à des rencontres nationales organisées par l'association Elus Santé Publique et Territoire (ESPT) et le CCOMS.

Le CCOMS se déplace localement pour aider un territoire à constituer un CSLM.

---

<sup>133</sup> *Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015*. Pauline Guézennec et Jean-Luc Roelandt. L'information Psychiatrique. Vol 91, n°7. Août-Septembre 2015.

<sup>134</sup> L'enquête réalisée en 2014 par le CCOMS montre que pour 31,6% des CLSM ayant répondu, il a fallu entre un et deux ans pour constituer ce conseil, et plus de deux ans dans 15,8% des cas.

### 3 LE PERIMETRE DE COMPETENCE, L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES CLSM SONT TRES VARIABLES

#### ► *Le périmètre territorial et thématique*

Les CLSM sont constitués sur des territoires de taille très différente. Les territoires couverts par les 100 CLSM opérationnels en octobre 2014 vont de 5 000 à 850 000 habitants. Dans l'enquête du CCOMS, 8 % des CLSM sont à une échelle infra-communale, 60 % communale, 32 % intercommunale. La mission a pu constater que certains CLSM concernent le territoire d'un secteur psychiatrique (exemple de celui du 59G21 à Armentières), d'autres recouvrent le territoire de plusieurs secteurs (exemple de Toulouse où le CLSM implique 8 secteurs de psychiatrie générale et 3 inter-secteurs de pédopsychiatrie).

Faut-il mettre en place des conseils locaux de santé mentale ou des conseils de santé ? Les deux modèles existent. Le secteur 59G21 à Armentières a constitué un « *conseil intercommunal santé, santé mentale et citoyenneté* » qui dispose d'un contrat local de santé.

Il n'y a pas de raison que la santé, au sens large, ne bénéficie pas de ce type d'approche permettant de travailler localement à l'identification des besoins de la population et à la définition des actions de prévention ou de promotion de la santé nécessaires. Or il risque d'être difficile de mobiliser les élus et un certain nombre de professionnels, tels les généralistes par exemple, pour participer sur un même territoire à des conseils ayant des vocations différentes, la santé pour les uns, la santé mentale pour les autres. Par ailleurs, s'il s'agit au travers de la constitution de ces CLSM d'œuvrer à la déstigmatisation de la maladie mentale, ce n'est pas en la traitant à part des autres questions de santé qu'on y parviendra le plus aisément.

#### ► *La gouvernance*

La gouvernance recommandée par le CCOMS est assez classique : une assemblée plénière et un comité de pilotage.

Les compositions exactes de ces instances diffèrent d'un CLSM à un autre. L'enquête réalisée par le CCOMS, ayant obtenu 40 % de réponses des CLSM<sup>135</sup> existant fin 2014, montre que les élus et les professionnels de secteurs de psychiatrie sont toujours présents dans l'assemblée plénière. Mais il arrive que les associations représentant les usagers en soient absentes. Dans 60 % des CLSM ayant répondu au questionnaire du CCOMS, il n'y a pas de représentant des usagers ou des aidants au sein du comité de pilotage ou du bureau. Le conseil risque alors de se limiter à un dialogue entre institutions, toujours utile mais insuffisant pour engager une véritable démarche d'*empowerment*.

Le plus souvent le CLSM est présidé par un élu (60 % des conseils ayant répondu à l'enquête du CCOMS). Dans 15 % des cas, c'est un professionnel de la psychiatrie qui le préside, et dans 25 % des cas c'est une coprésidence.

La mission a pu constater lors de ses déplacements que cette question de la présidence pouvait poser problème. Sur un des sites visités, un praticien hospitalier d'un secteur s'est plaint de l'intention de la mairie de présider un CLSM en voie de constitution.

---

<sup>135</sup> Ont répondu 41 CLSM au questionnaire adressé par le CCOMS.

### ➤ **Le fonctionnement**

L'activité des CLSM peut se réduire à une ou deux réunions par an. Elle peut aussi apparaître plus intense.

Ce qui est certain est que l'absence d'un coordonnateur, financé pour réaliser cette activité, a un impact important sur la capacité du CLSM à développer ses activités. Ce financement peut être assuré par la mairie et l'ARS, voire par l'hôpital. Une association de la mairie et de l'ARS est bien sûr le meilleur des cas, montrant clairement la réelle implication de ces deux autorités publiques qui sont les plus concernées par ce dispositif. Mais les mairies ne s'impliquent pas toujours financièrement dans le fonctionnement du CLSM. Et il en est de même pour les ARS (à noter qu'à Lyon, l'ARS finance trois coordonnateurs, chacun chargé de la coordination de trois CLSM).

Lorsque le CLSM a pu définir des actions concrètes en faveur de la santé mentale de la population de son territoire, cela peut donner lieu à leur inscription dans un contrat local de santé, signé, comme dans l'exemple d'Armentières, par l'ARS, les mairies concernées, le préfet au titre de la politique de la ville.

## 4 LES ACTIONS MENEES PAR LES CLSM

Selon l'enquête réalisée par le CCOMS, les sujets le plus souvent traités par les CLSM portent sur :

- la gestion des problèmes d'hébergement des personnes présentant une pathologie psychiatrique ou un handicap psychique. A cet effet, très souvent une commission logement a été constitué associant les bailleurs sociaux ;
- l'orientation des « cas complexes », sur le modèle de ce qui se fait en pédopsychiatrie ;
- l'organisation de semaines d'information sur la santé mentale.

Dans les établissements et régions où la mission s'est déplacée, les mêmes constats ont été faits.

A ces activités s'ajoutent une grande diversité de sujets traités par les CLSM et les groupes de travail constitués en leur sein : le développement de formations croisées concernant des professionnels de qualification différentes, la mise en place de lieux d'écoute pour favoriser l'accès aux soins, l'exposition d'œuvres réalisées par des malades mentaux ou des personnes présentant un handicap psychique, la gestion des soins sans consentement avec les partenaires concernés (médecine générale, police, travailleurs sociaux...), l'organisation de colloques sur des questions de santé mentale (santé des personnes âgées...)...

## 5 LES QUESTIONS POSEES AU SUJET DES CLSM

En premier lieu, il convient d'insister sur une première certitude. Il ne faudrait surtout pas aligner les CLSM sur un même modèle, uniformiser leur périmètre de compétence, leur organisation et leur fonctionnement. Il faut accepter ces différences d'expérience qui sont le résultat d'une adaptation aux particularités démographiques et géographiques des territoires, aux contextes institutionnels locaux, aux personnalités qui s'impliquent dans ce dispositif. Ces différences sont aussi la conséquence d'une démarche d'appropriation collective nécessaire de ces dispositifs, qui s'exprime au travers de formes créatives variables.

Les CLSM sont des dispositifs intéressants pour développer une approche communautaire de la santé, impliquant les citoyens, les professionnels de la santé et du social, et les acteurs publics locaux dans la recherche d'une amélioration de la santé mentale de la population. Cependant, trois types de question se posent à leur sujet :

- la constitution au niveau territorial de plusieurs lieux de concertation, de travail collectif sur la santé, ayant des finalités assez voisines, ne risque-t-elle pas de conduire à des implications de plus en plus faibles d'acteurs trop sollicités, et ne saisissant pas toujours les rôles différents de ces différentes instances auxquelles ils sont invités à participer ? Sur un même territoire, le département, peuvent coexister avec en partie les mêmes membres ou leurs représentants : un conseil territorial de santé, un conseil au niveau du territoire de santé mentale chargé de préparer le projet territorial de santé mentale, un conseil local de santé mentale, un conseil local de santé...
- le périmètre très variable du territoire d'un CLSM n'entraîne-t-il pas de grandes différences dans son rôle ? Un CLSM couvrant un espace de 5 000 habitants ne saurait traiter des mêmes sujets qu'un autre conseil concernant 850 000 habitants. En tout cas, plus le territoire du CLSM est grand, plus son rôle se rapproche objectivement de celui du conseil territorial de santé.
- dès lors qu'existent plusieurs niveaux de concertation, selon des échelles territoriales différentes, ne devrait-on pas être très précis dans les fonctions particulières exercées par les uns et les autres, sous peine de rendre confus le dialogue mené entre partenaires ? Il n'est pas évident en effet que la contribution de chacun de ces niveaux de concertation aux différentes étapes de l'élaboration des stratégies de santé, de la définition des actions à mener et de leurs évaluations, obéisse à des principes méthodologiques précis et bien compris de tous.



## ANNEXE 12 :

# LIBRE CHOIX DU PATIENT

Si la maladie mentale est une “*pathologie de la liberté*”<sup>136</sup> dont l’effet est une aliénation de l’individu, il paraît pour le moins paradoxal de s’intéresser au libre choix par le patient de son médecin ou de l’établissement de santé où il pourrait être traité. La question néanmoins se pose dès lors que le malade mental se voit reconnaître les mêmes droits que tout citoyen, mais elle demande certainement d’être examinée de façon approfondie.

La sectorisation psychiatrique entend déterminer une relation entre les besoins de soins de la population d’un territoire, le secteur, et une offre diversifiée de prise en charge, gérée par une équipe médicale pluridisciplinaire intervenant en intra et en extrahospitalier. A chaque secteur correspondent donc une organisation et des moyens en personnels de santé, destinés à assurer la proximité et la continuité des soins hospitaliers et ambulatoires, et à développer les actions de prévention et de réinsertion-réadaptation nécessaires. Ce dispositif risque d’être mis à mal par les patients si ceux-ci ont le choix de l’équipe médicale à laquelle ils s’adressent. Il serait en effet difficile alors d’établir entre des besoins et une offre une relation stable, car celle-ci serait en permanence remise en question par les fluctuations de la demande liées à l’exercice d’un libre choix. Organisation en secteurs psychiatriques et libre choix peuvent donc se trouver en contradiction, quand celui-ci entendrait porter sur l’équipe médicale responsable d’un secteur et pas seulement sur le professionnel de santé au sein d’un même service.

Les autorités sanitaires ont très tôt pris conscience de ce risque de contradiction sans pour autant déterminer le moyen de la dépasser. Le principe du libre choix du patient a été constamment rappelé, mais les conséquences que sa large application pourrait avoir sur l’organisation, le fonctionnement et le financement de l’offre de soins n’ont pas été appréciées.

► ***Le libre choix du patient malade mental est un principe intangible***

Dès son origine, à la fin du XVIIIème siècle, la psychiatrie considère que la perte de la raison n’est jamais totale chez un malade mental. Est toujours conservée une capacité de jugement, même faible, avec laquelle il faut savoir faire alliance pour amener le patient sur la voie de la guérison, jugée toujours possible par les premiers aliénistes, en tout cas pour réduire les troubles dont il souffre. Si la maladie mentale est une aliénation qui se traduit par une perte pour le malade de « *la maîtrise de la distance à son trouble qui lui permettrait de le cerner, de l’isoler, de le repousser* », elle « *ne revient pas...à une annulation, à une oblitération ou à une destruction du sujet* »<sup>137</sup>. Le malade mental est une personne qui n’est pas, du fait de ses troubles, retranché de l’humain. Cette conception est allée en s’affirmant toujours davantage. Elle anime la volonté de lutter contre toute forme de discrimination à l’égard des malades mentaux, et celle de leur reconnaître des droits identiques à ceux de tout citoyen. Le premier de ces droits est bien sûr la reconnaissance du libre choix de son médecin par un patient, principe qui en rendant la personne maîtresse de son destin reconnaît son existence en tant que sujet. Ainsi, le libre choix du patient malade mental a fait l’objet de constantes affirmations, dès le début de la mise en place de la sectorisation psychiatrique, par

---

<sup>136</sup> Henry EY.

<sup>137</sup> Marcel GAUCHET et Gladys SWAIN. *La pratique de l’esprit humain*. Ed Gallimard 1980. P. 341.

des déclarations des autorités sanitaires, par des textes législatifs et réglementaires, par voie de circulaire.

- Dans une interview accordée à « *Le concours médical* », en 1974, le Docteur CHARBONNEAU, alors directeur général de la santé, affirme que le libre choix du malade l'emporte sur la sectorisation<sup>138</sup>.
- La circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 « *relative aux orientations de la politique de santé mentale* » consacre un chapitre à ce sujet. Il n'est pas inutile de le citer *in extenso*, tant son contenu est contraire aux pratiques qui existaient alors et qui continuent d'exister aujourd'hui très largement.

*« Conformément aux dispositions de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins » est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire.*

*La sectorisation entraîne pour les équipes de soins et les établissements qui y participent des obligations vis-à-vis de la population du secteur. En aucun cas l'organisation sectorielle ne doit amener à une étanchéité des territoires, à des filières cloisonnées, à des refus motivés par la seule « non appartenance » au secteur.*

*Les malades comme leurs familles doivent toujours pouvoir s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale publique ou privée de leur choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à leur lieu de résidence.*

*Par ailleurs, il convient de rappeler que ce libre choix ne saurait faire obstacle au respect des dispositions de l'article 39 du décret n°79-506 du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale<sup>139</sup> ».*

- Ce principe du libre-choix du patient est réaffirmé par le plan « *psychiatrie et santé mentale 2011-2015* » qui précise que « quelle que soit l'organisation des soins psychiatriques sur le territoire, celle-ci ne doit pas faire obstacle au principe du libre-choix de la personne malade »<sup>140</sup>.
- Enfin, il est aussi et surtout défini par l'article L.1110-8 du code de la santé publique<sup>141</sup>. Ces dispositions générales s'appliquent bien sûr aux malades mentaux.

### ➤ **Dans les faits le libre choix du malade mental connaît d'importantes limites**

Qu'en est-il dans la réalité de ce libre-choix du patient présentant une maladie psychiatrique ? La situation diffère selon la nature du dispositif de soins et le statut du malade obligé ou pas à bénéficier de soins sans son consentement :

- dans le secteur libéral ambulatoire et hospitalier, un patient, ne faisant pas l'objet d'une mesure de soins sans son consentement, est libre de s'adresser au praticien de son choix ;
- dans le secteur public et les ESPIC, deux cas se présentent selon que l'établissement ou le service est « sectorisé » ou pas :

<sup>138</sup> *Le concours médical*, 28 décembre 1974, P 6899. Cité par Marcel JAEGER dans « *Le désordre psychiatrique* » Ed PAYOT 1981. P.194.

<sup>139</sup> Cette article du code de déontologie médicale autorise un médecin à refuser ses soins, hors cas d'urgence, pour des raisons professionnelles ou personnelles à condition que le patient soit orienté vers les soins que nécessite son état.

<sup>140</sup> Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015, page 15.

<sup>141</sup> « Le droit du malade au libre-choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile...est un principe fondamental de la législation sanitaire ».

- dans un établissement ou un service non sectorisé, ce qui est le cas pour certains centres hospitaliers universitaires (CHU), le libre-choix s'appliquera comme dans le secteur libéral ;
- dans un établissement ou un service « sectorisé », la pratique générale est qu'un patient consultera ou, si besoin, sera hospitalisé dans la structure de soins relevant du secteur correspondant à son lieu d'habitation. Dans bien des cas, il pourra faire valoir sa préférence pour être suivi par tel ou tel médecin du secteur dont il relève, mais il ne choisira pas l'équipe médicale qui le prendra en charge. Cette obligation n'est cependant pas absolue. Un patient peut s'adresser à une équipe médicale d'un autre secteur que celui correspondant à son lieu d'habitation. Mais, au seul motif qu'il ne relève pas de son secteur, cette équipe pourra refuser de le prendre en charge et le réorientera vers le secteur dont il relève du fait de son lieu d'habitation<sup>142</sup>. C'est en général ce qui se passe et cette pratique est plutôt considérée comme vertueuse par les équipes médicales.

Le refus de prendre en charge un patient, opposé par une équipe médicale au motif que celui-ci relève d'un autre secteur, est fidèle aux objectifs poursuivis avec la politique publique de sectorisation psychiatrique, conçue pour faciliter une prise en charge de proximité par rapport au lieu de vie des patients et assurer la continuité des soins.

Dans son ouvrage intitulé « *le désordre psychiatrique* », publié en 1981, Marcel JAEGER cite ces propos très instructifs d'un des praticiens qui ont inspiré la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960 définissant la sectorisation psychiatrique : « *Récemment, j'ai eu un malade sorti de Caen deux jours auparavant, parce qu'à Paris il y a du travail intéressant...un débile normand jamais sorti de son trou, pas foutu de se débrouiller à Paris, ne sachant pas se reconnaître dans le métro. Au bout de deux jours, interné ! J'ai piqué ma colère, j'ai refoutu le type dans le train de Caen et je l'ai renvoyé avec deux autres hors secteur : "il y a du travail à Caen, démerdez-vous, si vous n'en trouvez pas, allez à l'hôpital psychiatrique"* »<sup>143</sup>.

Mettons de côté le caractère excessif du propos. On peut bien comprendre qu'un secteur parisien se retrouverait vite en difficulté s'il devait accueillir tous les patients de France attirés par les mirages que la capitale a fait miroiter à leurs yeux. Cependant, aucun texte législatif ou réglementaire ne régit cette pratique qui consiste à refuser de traiter un hors secteur et à le renvoyer vers le dispositif de soins correspondant à son dernier lieu d'habitation. Bien au contraire, comme cela vient d'être indiqué plus haut.

Le degré d'aliénation dont souffre un malade mental est d'importance variable<sup>144</sup> et n'empêche pas toujours, loin s'en faut, un patient d'apprécier la qualité des soins qui lui sont prodigués et d'opter pour le traitement lui paraissant le plus efficace, capable de soulager ses souffrances voire de lui permettre de mener une vie sociale conforme à ses aspirations. Par ailleurs, un patient peut préférer être hospitalisé loin de son lieu de vie, ne souhaitant pas que son état soit connu de ses proches, de ses voisins, de ses collègues de travail. Le seul moyen d'obtenir la satisfaction de ce souhait est de s'adresser à un établissement privé ou public non sectorisé, ce que les patients capables de supporter le coût de ce choix ne manquent pas de faire.

---

<sup>142</sup> En application de l'article 47 du décret 95-1000 du 6 septembre 1995 qui prévoit que « hors les cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs », un médecin « peut refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

<sup>143</sup> Marcel JAEGER dans « *Le désordre psychiatrique* » Ed PAYOT 1981. P.194

<sup>144</sup> Ce qu'affirmaient déjà les premiers aliénistes au moment de la naissance de la discipline psychiatrique.



➤ ***Le libre choix du patient est toujours impossible en cas de soins sans consentement***

Aucun texte n'oblige à ce qu'un patient hospitalisé sans son consentement, du fait d'un tiers ou d'une décision préfectorale, soit admis dans le service du secteur correspondant à son lieu d'habitation. Et pourtant cette pratique est générale, strictement respectée, quand celle consistant à ne pas admettre en soins librement consentis un patient d'un autre secteur peut connaître des exceptions.

Il y aurait un paradoxe évident à affirmer haut et fort le droit des malades mentaux à un total libre-choix de leur praticien ou de leur établissement, dans le secteur public sectorisé, quand la personne est considérée comme souffrant d'une aliénation particulièrement grave de ses capacités de raisonnement ayant entraîné des soins sans son consentement. La liberté de jugement est là en général fortement abolie par la maladie. La question du libre-choix paraît alors ne pas se poser. Et pourtant, est-il satisfaisant que le tiers, qui aura pris l'importante responsabilité de réclamer des soins contraints, ne soit pas autorisé, encore une fois sans raison légale, à choisir l'équipe médicale qui prendra en charge son parent ou son proche ? Quant au patient lui-même, traité sans son consentement, est-il vraiment certain que toute part de raison soit abolie en lui au point de toujours lui interdire d'indiquer des préférences quant à l'équipe qui le traitera, une fois décidé qu'il ne saurait se soustraire à des soins ?

---

Limiter ou refuser le libre-choix par un patient de son équipe médicale dans le secteur public, au motif qu'il s'agit d'une personne « *hors secteur* », au nom des principes de la politique de sectorisation psychiatrique, est une pratique qui n'est régie par aucun texte législatif ou réglementaire. Cette absence de référence au droit pour des pratiques aussi générales crée une situation problématique pour quatre raisons :

- elle contrevient au principe d'un traitement des patients souffrant de maladie mentale égal à celui des autres patients bénéficiant de soins médicaux ;
- les patients les plus aisés peuvent s'affranchir de ces limites à la liberté de leur choix en s'adressant à une offre de soins privée ;
- l'application de ces principes est des plus variables, ne serait-ce que du fait de la nécessité de s'adapter aux réalités. Des hospitalisations hors secteur ont lieu quand les lits d'un service sont tous occupés et qu'il faut admettre en urgence un patient. Souvent, ce patient sera traité les premiers jours dans un secteur qui n'est pas celui dont il relève, et, ensuite, dès qu'un lit se sera libéré, changera de service, ce qui l'obligera à reprendre depuis le début, avec une nouvelle équipe, l'histoire de ses problèmes médicaux. Dans certains établissements les lits en chambre d'isolement ont été déssectorisés pour optimiser les capacités existantes. Enfin, certaines équipes admettent des patients hors secteurs selon des règles qui leur sont propres, comme par exemple en tenant compte du lieu de travail de la personne et pas seulement de son lieu d'habitation ;
- enfin, la stricte application de la règle du lieu d'habitation pour déterminer le secteur où se faire traiter, au nom de la proximité des soins, principe important de la politique de sectorisation psychiatrique, peut conduire à mettre en péril le respect d'un autre grand principe, tout aussi important, celui de la continuité de la prise en charge, quand le patient ayant déménagé est invité à s'adresser en consultation à une autre équipe relevant d'un autre secteur.

Dans une interview accordée en juillet-août 2012 à la revue hospitalière de France, le président de l'ADESM a plaidé « *pour une évolution vers le libre-choix de la structure de prise en charge par un patient psychiatrique, y compris hors de son secteur d'affectation* »<sup>145</sup>, pour autant « *sans déséquilibrer la charge de travail des équipes* ». En effet il y aurait là un risque de déséquilibre dans le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques public si un secteur, ayant à tort ou à raison une excellente réputation médicale, se voyait choisi par trop de patients. Cette inflation de la demande risquerait de ne plus lui permettre de répondre correctement aux besoins de la population de son secteur, et, plus largement, à ceux de tous les patients qu'il accepterait de traiter, ses moyens en personnels ne suivant pas strictement ce surcroît d'activité, compte tenu du mode actuel de financement de la psychiatrie ne prenant pas en compte les fluctuations d'activité. De telles situations, où une demande se dirigerait plus volontiers sur un secteur que sur un autre, risqueraient de se retrouver dans bien des établissements, tant les différences d'équipements, de moyens en personnels et de pratiques de soins constatées entre les secteurs sont grandes<sup>146</sup>, laissant penser que les patients ne trouvent pas partout le même degré de qualité des prises en charge proposées. Au fait de ces différences, s'ils étaient libres de s'adresser à l'équipe de leur choix, les patients pourraient bien en tirer les conséquences, sans que la question de la proximité des soins leur pose un réel problème dans des zones urbaines où les transports sont relativement faciles.

Quoiqu'il en soit, au-delà de la question du fondement légal des pratiques adoptées par les établissements de soins publics, il est difficilement acceptable de limiter le libre-choix des patients sans donner toute assurance que les soins seront d'une qualité égale, quel que soit le secteur de prise en charge. Par ailleurs, l'exercice d'un libre-choix des patients doit pouvoir s'organiser sans compromettre le respect des autres principes de la sectorisation psychiatrique sur lesquels s'adosse la politique publique de lutte contre les maladies mentales actuelles. Et il ne sert à rien de réaffirmer de texte en texte un principe de liberté de choix aussi souvent bafoué. Il devient donc impératif de définir notre politique publique de manière à rendre compatible le respect du libre-choix des patients et celui des principes de la sectorisation psychiatrique (proximité et continuité des soins, adéquation de l'offre aux besoins de soins d'une population d'un territoire).

---

<sup>145</sup> Dépêche de l'agence de presse médicale en date du 3 septembre 2012.

<sup>146</sup> Cf. l'annexe du présent rapport sur ces différences d'équipement et d'activité, et l'annexe sur l'hospitalisation sans consentement.



## ANNEXE 13 :

# SOINS SANS LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

La loi du 30 juin 1838, première loi définissant une politique publique de lutte contre les maladies mentales en France, prévoyait deux types d'hospitalisation, « *le placement d'office* » à la demande du préfet ou « *le placement volontaire* » à la demande d'un tiers. Tous les malades hospitalisés l'étaient donc sans leur consentement.

Il a fallu attendre plus de 150 ans pour que la loi de 1838 fasse l'objet d'une réforme qui renforce les garanties de liberté pour les patients dont les capacités de jugement sont altérées par la maladie, alors que leur état de santé justifie des soins ou met en danger autrui, voire compromet l'ordre public. Cette réforme a été portée par la loi du 27 juin 1990 « *relative aux droits et à la protection des malades hospitalisés en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation* ». Elle a défini trois modes d'hospitalisation, deux sans le consentement de la personne et un en hospitalisation libre, ce dernier existant de fait depuis longtemps dans les établissements de santé accueillant des pathologies psychiatriques.

En 2011, puis en 2013, la loi de 1990 a été modifiée.

De ces évolutions législatives concernant les hospitalisations sans le consentement des malades, il faut retenir quatre éléments majeurs :

- l'architecture générale de la loi de 1838 a été conservée avec des aménagements. Le pouvoir de décision de la mesure d'hospitalisation sans le consentement de la personne est confié au préfet, ou au directeur de l'établissement hospitalier habilité par l'autorité sanitaire à recevoir ce type de patients. Le contrôle du juge s'effectue *a posteriori* ;
- le contrôle du juge et la possibilité de le saisir sont allés en s'accroissant, dans le souci de mieux respecter les libertés des personnes ;
- les dispositions destinées à garantir le caractère médicalement justifié de la mesure et à en réexaminer le bien fondé se sont multipliées, au travers de nombreux et réguliers certificats médicaux (notamment 24h et 72h après l'admission), de la mise en place de collèges médicaux chargés d'évaluer la pertinence de la mesure et de commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) qui peuvent recevoir les réclamations des malades (cf. *infra*) ;
- l'objectif de soins porté par la mesure a été renforcé, par les termes employés, substituant ceux d'hospitalisation puis de soins à celui de placement utilisé par la loi de 1838, et par la possibilité, depuis 2011, de mettre en œuvre des soins sans le consentement du patient en ambulatoire, en dehors d'une hospitalisation signe d'enfermement.

## 1 LES DISPOSITIONS PRINCIPALES DE LA LOI DU 27 JUIN 1990

La loi de 1990 consacre l'hospitalisation libre comme le régime habituel d'hospitalisation, identique à celui qui régit les séjours hospitaliers de tous les patients, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent. Dans le cadre d'une hospitalisation libre, la personne souffrant d'une maladie mentale bénéficie des mêmes droits que les autres patients. La loi de 90 prévoit par ailleurs deux types d'hospitalisation sans le consentement des patients, posant des restrictions à la liberté du patient limitées à celles qu'imposent l'état de santé de la personne et les nécessités de son traitement :

- *l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)*, mise en œuvre lorsque les troubles rendent impossible le consentement du malade et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. Elle est demandée par un membre de la famille ou un tiers susceptible d'agir dans l'intérêt du patient. Elle est prononcée par le directeur de l'hôpital au vu de deux certificats médicaux. Elle correspond à la mesure de placement volontaire définie par la loi de 1838 ;
- *l'hospitalisation d'office (HO)*, qui concerne des patients dont « *les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public* ». Elle est prononcée par un arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical. Elle correspond à la mesure de placement d'office définie par la loi de 1838.

A tout moment le patient hospitalisé sans son consentement et contestant sa position peut saisir une commission instituée par la loi de 1990 : la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) renommée, par la loi du 5 juillet 2011, commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)<sup>147</sup>. Il peut aussi prendre conseil auprès d'un avocat, consulter le règlement intérieur de l'établissement, communiquer avec le procureur de la République, le président du tribunal de grande instance, le préfet et le maire.

Aussi bien pour l'HDT que pour l'HO, selon des modalités propres à chacun de ces deux régimes, la loi de 1990 prévoit que le patient puisse bénéficier de « *sorties d'essai* » ou « *d'autorisations de sortie de courtes durées* », permettant, sans lever la mesure de soins sans le consentement de la personne, de lui accorder davantage de liberté dès lors que son état de santé s'est amélioré, afin de préparer sa sortie définitive de l'hôpital.

Enfin, la loi de 1990 contient des dispositions particulières concernant les détenus, les personnes déclarées pénalement irresponsables, les majeurs protégés et les mineurs.

La loi de 1990 cherche à satisfaire un triple objectif de santé, de garantie des libertés et de sécurité. Pour ce qui concerne les hospitalisations sans le consentement des patients, elle conserve au fond la même architecture sur le plan des régimes d'hospitalisation que celle posée par la loi de 1838, en la complétant par l'hospitalisation libre. Mais la terminologie est changée. Il ne s'agit plus de « *placement* » mais « *d'hospitalisation* », afin d'insister sur le caractère médical de la prise en charge

---

<sup>147</sup> Les CDSP sont prévues par l'article L3223-1 du code de santé publique. Chacune est composée de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants des usagers et d'un médecin généraliste. Les CDSP ont pour mission de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement. Elles sont chargées de recevoir les réclamations des personnes admises en soins, d'examiner les décisions les concernant, peuvent saisir le préfet, le procureur de la République, proposer au JLD une levée de la mesure et visiter les établissements hospitaliers.

imposée. Et des sorties d'essai sont possibles, afin de limiter autant que possible la durée du séjour hospitalier. Enfin, le patient dispose d'un certain nombre de droits de recours pour contester la décision prise à son endroit, notamment en saisissant la CDHP qui, par ailleurs, dispose de pouvoirs de contrôle de ces hospitalisations sans le consentement du patient qui lui sont propres. Des certificats médicaux périodiques sont exigés pour réexaminer régulièrement le bienfondé de la mesure.

## 2 LE DISPOSITIF ACTUEL DE SOINS SANS LE CONSENTEMENT DU PATIENT : LA LOI DU 27 JUIN 2011 MODIFIEE PAR LA LOI DU 27 SEPTEMBRE 2013

La loi du 27 juin 1990 a été remplacée par la loi n° 2011-803 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* », modifiée par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013.

Ces nouvelles dispositions reprennent les trois modalités de soins psychiatriques qui figuraient dans la loi de 1990, qu'elles complètent par une quatrième, les soins psychiatriques en cas de péril imminent :

- **les soins librement consentis ;**
- **les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT)**, décidés par le directeur de l'hôpital dont la compétence est liée à un avis médical<sup>148</sup>, correspondant à l'HDT de la loi de 1990. Deux conditions sont à réunir<sup>149</sup> :
  - les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement ;
  - l'état mental de la personne « *impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance régulière* » justifiant une prise en charge en ambulatoire ;
- **les soins psychiatriques décidés par le représentant de l'Etat (SDRE)**, correspondant à l'HO de la loi de 1990. Ils concernent des personnes dont « *les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* »<sup>150</sup>. En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un certificat médical, le maire ou, à Paris les commissaires de police, peuvent prendre une mesure de soins sans consentement, qui devra être confirmée ou infirmée dans les 24h par le préfet ;
- **les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI)**, s'adressant à des personnes isolées ou désocialisées, décidées dans les mêmes conditions que les SDT, mais sans recourir à la demande d'un tiers difficile à trouver, après un avis médical ayant constaté qu'il y a un péril imminent pour la santé de la personne.

Il faut ajouter deux autres situations où des soins sans consentement peuvent être décidés par le préfet : les soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables (PJPI), les soins psychiatriques à destination des personnes détenues (article D398 du code de

<sup>148</sup> Le certificat médical peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement mais les premiers certificats établis après l'admission (24 heures et 72 heures) devront émaner de deux psychiatres distincts.

<sup>149</sup> Article L. 3212-1 du code de santé publique.

<sup>150</sup> Article L. 3213-1 du code de santé publique.

santé publique). Pour être complet, il convient aussi de citer les ordonnances de placements provisoires (OPP) prises par le juge pour des mineurs.

Les mesures de soins sans consentement peuvent concerner aussi bien le patient hospitalisé que celui qui est traité en ambulatoire. Dans ce dernier cas, un programme de soins est défini par le médecin, après avis du patient. La loi de 1990 permettait déjà d'aménager la contrainte, le patient pouvant sortir de l'hôpital dans le cadre de « *sorties d'essai* ». La loi de 2011 fait un pas de plus, en ne liant plus la mesure de soins sans le consentement de la personne au seul lieu d'hospitalisation, et en l'inscrivant dans le cadre d'un programme de soins développé en ambulatoire<sup>151</sup>. Cependant, les moyens d'obtenir la ré-hospitalisation d'un patient bénéficiant d'une mesure de soins sans son consentement en ambulatoire (SOA), et refusant de poursuivre le programme de soins prescrit, ne sont pas définis.

Le programme de soins en cas de SOA est déterminé après avis du patient. Le patient est par ailleurs informé de toute modification éventuelle de sa situation.

Une mesure de soins sans consentement s'appuie sur un avis médical et doit être confirmée, au bout de 24h par l'avis d'un psychiatre. Toute mesure de soins sans le consentement du patient débute par une période d'observation de 72 heures, à l'issue de laquelle un certificat médical est établi pour confirmer ou pas la nécessité de la mesure.

A tout moment le juge des libertés et de la détention peut être saisi<sup>152</sup> pour prononcer, s'il l'estime nécessaire, la levée de la mesure de soins sans consentement<sup>153</sup>. Le juge peut aussi se saisir d'office. Il prendra la décision de mainlevée ou de maintien de la mesure après débat public et contradictoire.

Comme dans la loi de 1990, des certificats médicaux doivent être régulièrement établis pour confirmer la nécessité de la poursuite de la mesure de soins sans consentement. Si ces certificats ne sont pas produits, la mesure est levée. Au bout d'un an, un collège médical doit être réuni pour juger de la prolongation ou de la levée de la mesure de soins sans consentement.

### 3 L'EVOLUTION DES SOINS SANS LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

En 1971, le nombre des admissions sans le consentement du patient était d'environ 46 400, soit 27 % des hospitalisations psychiatriques. En 1982, il était de 27 400, soit environ 10 % des admissions<sup>154</sup>. La pente s'est inversée après 1990.

---

<sup>151</sup> « Avec les soins sans consentement en ambulatoire, un saut épistémologique est franchi : on ne s'adresse plus au patient en lui disant « *tu es fou, je t'enferme...* », mais on engage plus clairement la démarche thérapeutique en disant « *vous avez une maladie qui nécessite des soins...* ». Gilles VIDON, Marie-Christine HARDY-BAYLE, Nadia YOUNES : Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? A propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *L'information psychiatrique 2015*.

<sup>152</sup> La saisine du juge des libertés et de la détention peut émaner du patient, mais aussi des titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée de la protection du patient si, majeur, il a été placé en tutelle ou en curatelle, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle le patient est lié par un pacte civil de solidarité, la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins, le procureur de la République (article L. 3211-12 du code de santé publique).

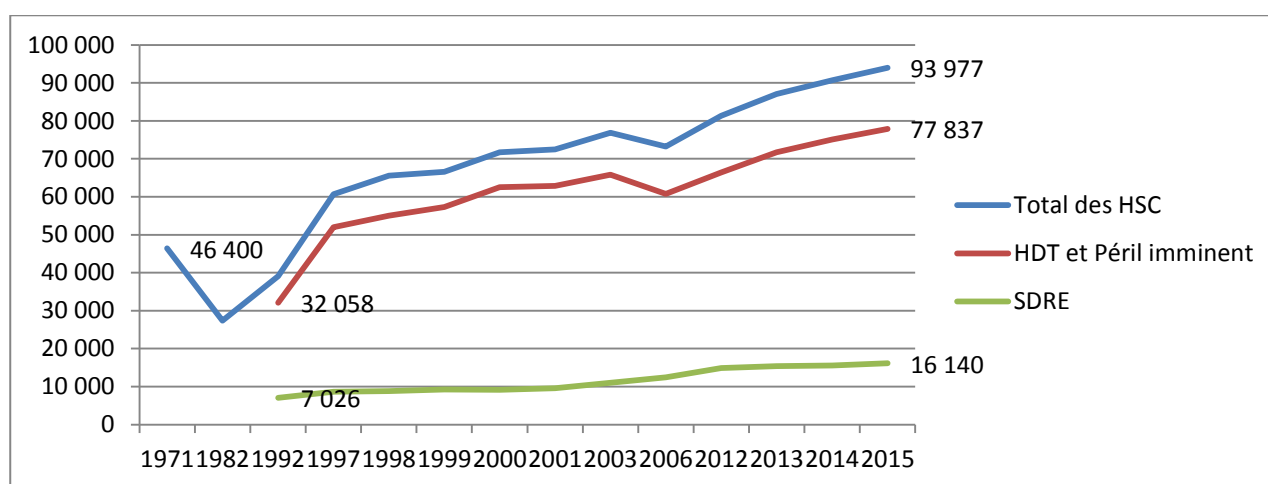
<sup>153</sup> La levée de la mesure ne sera possible qu'après avis d'une commission et deux avis concordants de psychiatres pour les personnes ayant été hospitalisées sans leur consentement à la suite d'une décision de justice ayant prononcé leur irresponsabilité pénale.

<sup>154</sup> Annuaire des statistiques sanitaires et sociales. SESI. Année 1982-1983 ; Année 1985.

En 2015, le nombre des mesures prises pour une hospitalisation sans le consentement du patient était de 93 977, soit 5,4 % de la file active totale suivie en psychiatrie (4,8 % en 2012). Entre 2012 et 2015, le nombre des mesures pour des personnes hospitalisées sans leur consentement a augmenté de 15 % environ, alors que la file active totale a progressé de 5 %, sur la même période. Ainsi, en 2015, parmi la file active des patients hospitalisés, celle des personnes hospitalisées sans leur consentement représentait 24 %. Les journées d'hospitalisation pour les personnes hospitalisées sans leur consentement représentaient 25 % du total des journées<sup>155</sup>.

Selon une étude<sup>156</sup> réalisée sur la population des patients hospitalisés sans leur consentement, en 2010, les troubles psychotiques représentent 54 % des patients hospitalisés d'office et 42 % des patients hospitalisés à la demande d'un tiers. Viennent ensuite les troubles addictifs et les troubles bipolaires. Une étude réalisée en 2002 à la demande de la commission européenne<sup>157</sup> montre la même prédominance des pathologies psychotiques.

Graphique 27 : Evolution des hospitalisations sans consentement (HSC) (nombre d'admissions) France entière



Source : Voir données statistiques en fin d'annexe.

Plusieurs explications ont été avancées pour expliquer cette évolution à la hausse du nombre des admissions en hospitalisation sans le consentement du patient (sachant qu'il s'agit là du nombre des mesures prises ; un patient peut avoir été hospitalisé plus d'une fois sans son consentement dans l'année) :

- la loi de 1990 aurait assuré une nouvelle publicité à l'existence de ces mesures d'hospitalisation sans le consentement des patients<sup>158</sup>. La loi de 2011 puis celle de 2013 auraient peut-être renforcé cet effet ;

<sup>155</sup> Magali Coldefy, Sarah Fernandes, David Lapalus. *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*. Questions d'économie de la santé. IRDES. N°222. Février 2017.

<sup>156</sup> Magali Coldefy et Clément Nestrigue. *L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010*. Questions d'économie de la santé. IRDES. N°193. Décembre 2013.

<sup>157</sup> Rapport pour la commission européenne. *Compulsary admission and involuntary treatment of mentally ill patients – Legislation and practice in EU Members States. Research Project-Grant Agreement N°S12.25 4882 (2000CVF3-407)*. 15 mai 2002.

<sup>158</sup> Leguay D. L'augmentation, quelles significations ? *Pluriels, la lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale*. Février 2003 ; N°35.



- la population, les acteurs institutionnels hésiteraient moins à faire appel à la psychiatrie ;
- une évolution de la morbidité (abus de produits toxiques), une plus grande intolérance sociale à l'égard des pathologies mentales, une augmentation des situations d'exclusion, pourraient se conjuguer ;
- le besoin plus accru de sécurité, ajouté à une conception toujours plus extensive du principe de précaution, conduirait à recourir davantage aux mesures de contrainte ;
- la possibilité de prendre des mesures de soins obligatoires en ambulatoire (SOA), en augmentant la durée de prise en charge au-delà d'un an, augmenterait de fait le nombre des mesures en vigueur une année donnée<sup>159</sup>.

Il faut noter par ailleurs que la part prise par les SDRE a tendance à s'accroître (14 % des hospitalisations sans le consentement du patient en 1997, 17 % en 2015). Leur nombre s'est accru de 86 %, quand celui des SDT et périls imminents a augmenté de 54 % sur la même période.

Les mesures prises pour péril imminent, n'exigeant pas l'engagement d'un tiers, ont plus que doublé entre 2012 et 2015. Elles représentaient environ 10 % des mesures d'hospitalisation sans le consentement des patients en 2012. Elles en représentaient 20 % en 2015. Cette procédure, voulue d'exception au départ, est en train de devenir presque ordinaire. Ce constat rend compte sans doute d'une difficulté à trouver un tiers acceptant de s'engager dans la décision d'une hospitalisation d'un proche. Il peut aussi s'expliquer par l'adoption de solutions plus faciles, quand il faut gérer des situations complexes.

La loi du 5 juillet 2011 a prévu la possibilité de soins sans consentement en ambulatoire, sous la forme d'un programme de soins que doit suivre le patient. Environ 37 000 personnes ont bénéficié de ce dispositif en 2015, soit près du tiers des mesures de soins sans consentement prises cette année-là. Dans 57 % des cas il s'agissait de patients en SDRE.

#### 4 LES DISPARITES GEOGRAPHIQUES EN MATIERE DE SOINS SANS LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

En 2001, le nombre des hospitalisations sans le consentement des malades, rapporté au total des hospitalisations en psychiatrie, variait, selon les départements, entre 4 % et 35 %. Le nombre des HDT, rapporté à la population générale de 20 ans et plus, variait entre 54 et 257 pour 100 000 habitants, soit un écart de 1 à 4,7. L'écart était de 1 à 11,8 pour les HO<sup>160</sup>.

En 2009, l'écart entre les départements était de 1 à 5,7 pour le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté à 100 000 habitants de 20 ans et plus<sup>161</sup>.

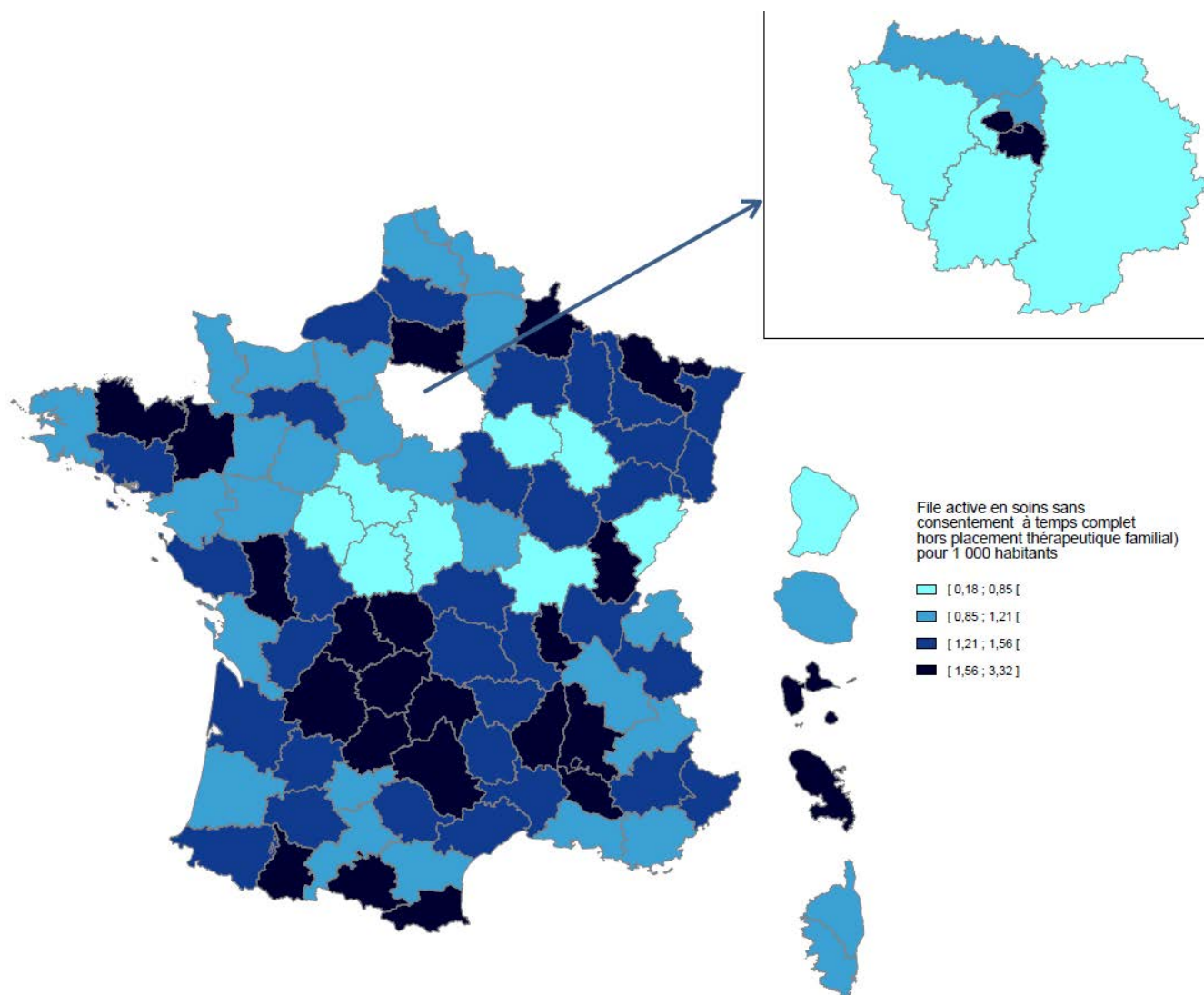
---

<sup>159</sup> Etude de l'IRDES déjà citée.

<sup>160</sup> Circulaire DGS/6C N°2004/237 du 24 mai 2004, citée par le rapport IGAS-IGSJ de mai 2005. *Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.*

<sup>161</sup> DGS, Rapports d'activité des CDHP 2009, traitement DREES ; INSEE, estimation 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Schéma 6 : File active en soins sans consentement prise en charge à temps complet (hors placement thérapeutique familial) pour 1 000 habitants, en 2015



Source : ATIH.

A ces disparités de recours à des hospitalisations sans le consentement des patients selon les départements, s'ajoutent des différences sur la place prise par les mesures pour péril imminent. Elle peut être inférieure à 8,8 % dans 14 départements, et être entre 31,3 % et 50,2 % dans 19 départements<sup>162</sup>. Il en va de même pour les programmes de soins<sup>163</sup>.

<sup>162</sup> Coldefy M., Fernandez S. « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017 : « Alors qu'au niveau national, deux patients en soins sans consentement sur dix ont été au moins une fois en SPI en 2015, c'est le cas de moins d'un patient sur dix dans 22 départements mais de plus de quatre patients sur dix dans les départements de l'Ariège, l'Ardèche, la Creuse, le Lot, l'Eure, la Savoie, la Drôme ou le Bas-Rhin. Au sein même des départements, les pratiques peuvent fortement varier d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre. En 2015, parmi les 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'ont déclaré aucun patient admis en SPI. A l'opposé, 40 autres ont déclaré avoir accueilli plus de 35 % des patients en soins sans consentement sous cette modalité. Ces établissements ont concentré à eux-seuls 36 % des patients en SPI alors qu'ils prennent en charge 19 % des patients admis en soins sans consentement et 16 % de la file active suivie globalement en psychiatrie en France ».

Toutes ces différences importantes constatées entre les départements sur le nombre de mesures d'hospitalisation sans le consentement du patient, et sur le recours d'importance variable aux mesures de périls imminents, ne sont pas aujourd'hui expliquées. Elles peuvent sans doute dépendre de l'organisation des soins, très différente d'un département à l'autre, des pratiques médicales et des relations entre les secteurs de psychiatrie et leur environnement. Mais la recherche d'une compréhension de ces différences devrait aussi s'intéresser aux organisations et pratiques des partenaires de la psychiatrie.

## 5 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION POUR LES MALADES HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT

L'article 72 de loi du 26 janvier 2016, pour la première fois, a instauré un encadrement juridique du recours à l'isolement et à la contention dans les établissements de soins psychiatriques<sup>164</sup>. Ces dispositions législatives ont fait l'objet d'une application par voie de circulaire<sup>165</sup> en date du 29 mars 2017<sup>166</sup>.

### 5.1 Les conditions d'hospitalisation, la question de la contention et ses modalités d'exercice

Selon le rapport d'activité 2016 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), l'application de ces dispositions législatives par les établissements visités a été inégale. Parfois même ces dispositions n'ont pas été appliquées<sup>167</sup>. Par ailleurs, de multiples restrictions de liberté sont relevées par le CGLPL qui ne lui paraissent pas expliquées ni par les pathologies des patients hospitalisés ni par des raisons médicales, tant elles sont diverses d'un service à un autre. « *Les visites du CGLPL dans les établissements de santé mentale lui ont fait découvrir une utilisation de l'isolement et la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels. La quasi absence de réflexion publique sur le développement de ces traitements laissait perplexe.* »<sup>168</sup>

A l'issue de ses constats, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a souhaité que soit établie une circulaire d'application de ces dispositions législatives sur l'isolement et la contention. C'est la finalité de la circulaire du 29 mars 2017 qui affirme un objectif d'encadrement et de réduction des pratiques de contention et d'isolement.

<sup>163</sup> Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes Questions d'économie de la santé* n° 205 - janvier 2015 : « le recours aux programmes de soins est très variable selon les territoires. Dans les départements de l'Aude, de la Haute-Corse, de l'Eure, des Landes, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire, moins de 10 % des patients pris en charge sans leur consentement ont été intégrés dans un programme de soins. A l'inverse, dans l'Ain, la Manche, la Mayenne, la Meuse, l'Oise et les Hautes-Pyrénées, plus de 60 % des patients ont eu accès à ce type de programme [...]. Par ailleurs, 25 % des programmes de soins sont effectués par cinq établissements seulement, chacun dans des départements différents indiquant une diffusion variable de ces pratiques auprès des professionnels et des établissements. ».

<sup>164</sup> Article L. 3222-5-1 du code de santé publique : mise en place d'un registre dans chaque établissement pour notamment assurer la traçabilité des mesures prises, rapport annuel fait par l'établissement sur cette activité...

<sup>165</sup> Circulaire N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

<sup>166</sup> Elle concerne uniquement les établissements autorisés en psychiatrie, pas les autres lieux où la contention peut néanmoins être utilisée (autre service hospitalier, EHPAD, etc.).

<sup>167</sup> Page 27 et 28 du rapport d'activité 2016 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

<sup>168</sup> Page 53 du rapport d'activité 2016 du CGLPL.

Lors de ses déplacements, la mission a pu constater que les pratiques de contention et d'isolement sont très différentes d'un établissement à l'autre<sup>169</sup>.

Enfin, il faut souligner que les conditions de l'isolement sont grandement dégradées ou améliorées par l'architecture des unités d'hospitalisation et la conception des chambres d'isolement. La configuration interne des services d'hospitalisation complique ou facilite la gestion par le personnel soignant des situations où le comportement d'un patient pose un problème de sécurité pour lui-même comme pour les autres. De la même façon que ne sont plus admis aujourd'hui de grands dortoirs regroupant des dizaines de patients, les chambres d'isolement de certains services d'hospitalisation ne sont plus du tout adaptées à l'exercice d'une psychiatrie de notre temps.

### ➤ **L'ouverture ou la fermeture des unités d'hospitalisation**

Certaines unités d'hospitalisation sont conçues, sur le plan architectural, de façon à pouvoir fermer si besoin une partie du service, comprenant quelques chambres dont une ou deux chambres d'isolement, avec en général un espace extérieur propre et des pièces d'usage collectif. Le reste du service peut alors rester ouvert.

Une forme encore plus modulable a été vue par la mission à Toulouse (au CHU et dans le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie). Chaque chambre de la partie du service pouvant être fermée a une double porte, l'une d'entre elle ouvrant sur un couloir de la partie ouverte. Ainsi, le nombre des chambres de la partie du service pouvant être fermée peut être ajusté en fonction de la situation des patients accueillis.

Quand les unités d'hospitalisation n'ont pas été conçues de façon à permettre ces fermetures partielles et adaptées à l'état des patients, ce qui est le cas en général pour les constructions anciennes, certains établissements ont organisé leurs services selon deux niveaux d'admission. Un secteur disposera d'une unité ouverte et d'une unité fermée. Le plus souvent, l'unité ouverte accueillera des pathologies en phase aiguë, et l'unité ouverte prendra en charge des patients dont l'état est stabilisé, afin de préparer leur sortie à plus ou moins lointaine échéance.

Toujours est-il que, dans bien des cas, les unités d'hospitalisation sont fermées du fait de la présence de quelques malades susceptibles de fuguer. Cette situation restreint la liberté de patients pourtant en hospitalisation libre. Elle s'explique souvent par la proportion élevée des patients hospitalisés sans leur consentement un jour donné dans certains services. Celle-ci peut aller jusqu'à 50 % des patients hospitalisés, voire au-delà comme a pu le relever la mission au cours de ses déplacements dans plusieurs établissements.

### ➤ **Les chambres d'isolement**

Dans plusieurs établissements de santé où la mission s'est déplacée, le dispositif de contention est organisé selon des modalités graduées. L'exemple du Vinatier à Bron est le plus emblématique. Trois types de chambres sont conçus pour organiser une contention de façon graduée :

- *le salon d'apaisement* : le malade y séjourne quelques heures dans une journée, sans possibilité de contention ;

---

<sup>169</sup> Dans une interview accordée en septembre 2010 à « Pluriels » la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Monsieur Jean-Marie DELARUE faisait déjà le même constat d'un recours très variable aux chambres d'isolement selon les services et les établissements : « *les pratiques de mise à l'isolement différent considérablement d'un secteur à l'autre ; dans les établissements visités à ce jour, certains secteurs n'y recourent quasiment jamais alors que d'autres ont jusqu'à trois chambres constamment occupées, pour des capacités et une file active semblables.* »

- *la chambre d'apaisement* : seuls des malades du service peuvent y être admis, sans possibilité de contention et ils peuvent être accompagnés d'un soignant ;
- *l'espace de soins psychiatriques intensifs (ESPI)* : ces chambres peuvent permettre l'exercice d'une contention. Elles sont déssectorisées afin de pouvoir répondre aux besoins de tous les patients de l'établissement en relevant. Elles sont occupées à 100 % pratiquement toute l'année. Il peut donc arriver qu'un patient soit attaché sur son lit, le temps qu'une chambre d'apaisement ou un ESPI soit disponible.

L'appellation « chambre d'isolement » n'est donc plus ici utilisée, pour mettre en avant l'objectif de soins poursuivi.

Que ces chambres soient appelées ESPI ou chambre d'isolement, la mission a pu constater lors de ses déplacements dans plusieurs établissements de santé que leur configuration n'était pas toujours satisfaisante sur le plan de la sécurité et d'un traitement digne des personnes. Ainsi, par exemple, il n'y a pas toujours de sanitaires accessibles au patient, ni de double entrée permettant aux soignants d'intervenir en toute sécurité. A cet égard, il faut noter qu'il n'existe pas de réglementation fixant des normes à respecter pour ces lieux d'enfermement que l'on trouve dans pratiquement chaque unité d'hospitalisation.

➤ ***Le recours aux chambres d'isolement et à la contention***

Dans certains établissements où la mission s'est déplacée, toutes les chambres d'isolement sont occupées en permanence toute l'année. Leur emploi est même déssectorisé pour permettre d'optimiser leur occupation et ainsi de répondre à davantage de besoins. C'est même, en hospitalisation temps plein, parfois le seul secteur d'activité déssectorisé.

Une aussi forte occupation des chambres d'isolement conduit parfois à ce qu'un patient, ne pouvant y être admis faute de place, soit hospitalisé dans une chambre ordinaire et attaché sur son lit. Cette pratique semble être plus répandue dans les services d'urgence ou d'hospitalisation de courte ou très courte durée.

Dans d'autres établissements où la mission s'est aussi rendue, l'emploi des chambres d'isolement est plus rare. Elles peuvent être inutilisées la moitié du temps dans l'année, voire presque pas, parfois quelques heures seulement, rarement plus de deux jours. Il arrive qu'un patient soit admis dans une chambre d'isolement dont la porte sera fermée que par intermittence ou pas du tout.

Ces différences de recours aux chambres d'isolement existent parfois entre les services d'un même établissement. Elles peuvent sans doute s'expliquer par la gravité des pathologies prises en charge et l'importance variable des troubles du comportement présentés par les patients accueillis. Il est cependant difficile, au vu des constats faits par la mission, de ne pas invoquer aussi les pratiques médicales pour rendre compte de la gestion différente de ces situations selon les services. En tout cas, la mission n'a pas eu connaissance d'étude engagée sur ce sujet. Cela mériterait pourtant d'en faire un objet de recherche. La mission rejoint là la recommandation faite par le CGLPL dans son rapport d'activité 2016.

La création de l'observatoire des soins sans consentement et des pratiques de contention et d'isolement, dont l'animation sera confiée au COPIL psychiatrie, pourrait permettre des progrès sur ce plan.

## 5.2 La durée de séjour

La durée de séjour en hospitalisation des patients hospitalisés sans leur consentement est en moyenne plus longue que celle des patients admis en hospitalisation libre. Le constat n'est pas bien sûr surprenant. En 2010, elle était de 53 jours. Mais si on ajoute le temps passé ensuite en hospitalisation libre une fois levée la mesure de contrainte, elle était de 76 jours, soit le double de celle constatée pour les patients en hospitalisation libre<sup>170</sup>.

Toujours en 2010, en HDT, la durée moyenne d'hospitalisation<sup>171</sup> sous la mesure de contrainte était de 46 jours, de 74 pour le HO et de 171 jours pour les patients jugés pénalement irresponsables.

Il convient de souligner que nombreuses sont les mesures de soins sans consentement levées en quelques jours. En 2010, la moitié des patients hospitalisés à la demande d'un tiers « *a des durées annuelles d'hospitalisation inférieures à 20 jours et un quart inférieure à 7 jours. Un autre quart connaît des durées d'hospitalisation supérieures ou égales à 44 jours. Pour les HO, la médiane est plus élevée, 31 jours. Un quart des patients a une durée annuelle d'hospitalisation inférieure à 11 jours tandis qu'un autre quart est hospitalisé plus de 83 jours dans l'année.* »<sup>172</sup>.

Ce nombre de mesures levées au bout de quelques jours est loin d'être négligeable. Il révèle l'efficacité des traitements psychiatriques prescrits pour les cas les plus difficiles. Il montre aussi que si les mesures de contention et d'isolement pour ces patients peuvent paraître excessives, en revanche les services cherchent à réduire la durée des prises en charge réalisées sans le consentement du patient.

## 6 DONNEES STATISTIQUES

Tableau 20 : Evolution des modes d'hospitalisation des patients

Année	Nb d'hospitalisations publiques et privées	Nb HO et SDRE	Nb PV, HDT, SDT	Nb Périls imminents	TOTAL (personnes prises au moins une fois en soins sans consentement dans l'année)	Nb article D398
1971*					46 400	
1982*					27 400	
1992**		7 026	32 058		39 084	
1997***	579 000	8 653	52 034		60 687 (10,5 %)	

<sup>170</sup> Magali Coldefy et Clément Nestrigue. *L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010*. Questions d'économie de la santé. IRDES. N°193. Décembre 2013.

<sup>171</sup> La durée moyenne d'hospitalisation est calculée en jours par année et se distingue de la durée moyenne de séjour qui est calculée en jours par séjour (un patient pouvait faire plusieurs séjours).

<sup>172</sup> Magali Coldefy et Clément Nestrigue. *L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010*. Questions d'économie de la santé. IRDES. N°193. Décembre 2013.

1998***	580 543	8 817	55 033		65 580	
1999***	594 489	9 268	57 325		66 593	
2000***	608 094	9 171	62 560		71 731	
2001***	610 156	9 625	62 894		72 519	
2002***						
2003***	617 000	11 016	65 840		76 856 (12,7 %)	
2006****		12 482	60 770		73 252	
2010						
2011						
2012*****		14 925	57 837	8 542	81 304	
2013*****		15 369	56 902	14 805	87 076	
2014		15 584	57 477	17 655	90 716	
2015*****		16 140	58 319	19 518	93 977	
2016						

Sources : - *Années 2012,2013, 2014, 2015, données issues du Rim-P.*

- \* Statistiques du SESI.
- \*\* Circulaire DGS/6C N° 2004/237 du 24 mai 2004.
- \*\*\* La prise en charge de la santé mentale. DREES 2003. Coordonné par Magali Coldefy
- \*\*\*\* Rapport 2006 des CDHP.
- (...) : pourcentage par rapport aux hospitalisations
- \*\*\*\*\* Magali Coldefy, Sarah Fernandes, David Lapalus. *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011.* Questions d'économie de la santé. IRDES. N°222. Février 2017.

Tableau 21 : Evolution des présents un jour donné selon le mode d'hospitalisation

Année	Placement libre	Total hospitalisations sans consentement	Placements volontaires (jusqu'en 1990), HDT (de 1990 à 2011), SDT (depuis 2011)	Placements d'office (jusqu'en 1990), HO (de 1990 à 2011), SDRE (depuis 2011)
1970**	32 930 (26,80 %)	89 942 (73,2 %)	72 372 (58,90 %)	17 570 (14,30 %)
1975**	50 594 (45,70 %)	60 114 (54,3 %)	52 033 (47 %)	8 081 (7,30 %)
1977**	55 707 (52,20 %)	51 011 (47,8 %)	45 569 (42,7 %)	5 442 (5,10 %)
1979**	58 527 (57,40 %)	43 436 (42,60 %)	38 950 (38,20 %)	4 486 (4,40 %)
1980**	57 179 (58,50 %)	40 562 (41,5 %)	36 360 (37,20 %)	4 202 (4,30 %)
1982**	59 170 (65,70 %)	30 890 (34,30 %)	27 558 (30,60 %)	3 332 (3,70 %)

\*\* Données du SESI (service des statistiques, des études et des systèmes d'information) devenu depuis la DREES.

## ANNEXE 14 :

# LES OBSTACLES A L'ACCES AUX SOINS

Au-delà des inégalités, l'accès aux soins peut-être difficile en raison des délais de prise en charge, des horaires ou lieux où les soins sont disponibles, notamment en urgence. Il n'existe que peu de dispositifs permettant d'« aller vers » ceux qui ne sollicitent pas le dispositif de soins (déli de la maladie, grande précarité). Il faut souligner que l'accès financier est en revanche assuré du fait de la gratuité des soins par les établissements sectorisés.

### 1 LES DELAIS D'ATTENTE PEUVENT ETRE LONGS, SURTOUT EN PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

**Il existe des délais d'attente tant pour l'hospitalisation que pour obtenir une consultation.** En dehors des situations d'urgence (cf. *infra*), les taux d'occupation des unités d'hospitalisation étant fréquemment supérieurs à 90 %, les patients ne peuvent être hospitalisés immédiatement. A plusieurs reprises, a été évoquée devant la mission l'idée que les mesures de soins sans consentement pouvaient être utilisées pour obtenir une hospitalisation plus rapide davantage que pour contourner la volonté du patient. La mission ne dispose d'aucun élément pour confirmer ce point.

La plupart des structures de consultation (CMP) ne prennent en charge les patients qu'après leur inscription sur liste d'attente. Ainsi, L'attente moyenne entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre peut atteindre trois mois en psychiatrie générale<sup>173</sup>. C'est pourquoi, beaucoup de CMP ont mis en place un rendez-vous d'accueil, souvent par un infirmier qui permet d'apporter une première réponse au patient (sous une semaine maximum) et de détecter les situations qui nécessitent une prise en charge en urgence.

En ville, les délais de prise en charge peuvent également être longs. La convention médicale de 2011 a permis la création d'une consultation spécifique mieux valorisée pour favoriser la prise en charge sans délai (dans les 48h) par les psychiatres des patients orientés par leur médecin traitant pour une urgence<sup>174</sup>. La convention de 2016 a élargi ce dispositif de consultation d'urgence aux autres spécialités médicales et s'appliquera au 1<sup>er</sup> janvier 2018 selon ces modalités : majoration de 5€ de la consultation du médecin traitant qui organise la prise en charge en urgence par le psychiatre, majoration de 15€ pour le psychiatre qui reçoit le patient sans délai (48h).

**En psychiatrie infanto-juvénile, les délais d'attente sont considérablement supérieurs à ceux observés en psychiatrie générale.** En 2000, France entière, le délai minimal d'attente pour avoir un premier rendez-vous avec un médecin était de trois mois et plus pour 15,9 % des demandes. Il était de 16,6 % en 2003<sup>175</sup>. Les structures visitées par la mission présentaient des délais largement

---

<sup>173</sup> Selon l'enquête de l'ARS Rhône-Alpes de juin 2015 sur les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP, le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous hors urgence dépasse par exemple 67 jours (Dr Sylvie Ynesta, Anne-Sophie Danguin, Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, juin 2015). Des délais de cet ordre ont été communiqués à la mission à plusieurs reprises lors de ses déplacements.

<sup>174</sup> La rémunération était de 1,5 CNPSY. Selon la CNAMTS, l'appropriation de cette nouvelle consultation par les médecins est progressive.

<sup>175</sup> Source : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.



supérieurs de 3 à 12 mois, parfois plus<sup>176</sup>. On peut donc penser que les délais moyens en 2017 sont très largement supérieurs à ceux de 2003. Systématiquement, les délais d'attente sont deux à six fois plus longs pour les enfants que pour les adultes<sup>177</sup> – alors même que la précocité de la prise en charge est considérée comme déterminante. Dans un établissement visité par la mission, les services de pédopsychiatrie comptabilisent la part des demandes qui lui sont adressées et auxquelles elle ne peut pas répondre : celle-ci serait passée de 20 % en 2012, à 28 % en 2014. Ainsi, il est possible qu'on observe, dans certains établissements, une stagnation des files actives due à un effet de saturation.

Cela a souvent conduit les équipes à déterminer, localement, des critères de priorisation des patients (moins de 3 ans etc.). Leur application n'est pas sans susciter un malaise parmi les équipes, pourtant, cette question éthique n'est pas évoquée avec les instances qui pourraient contribuer à la réflexion (associations d'usagers, commission de relation avec les usagers, comité d'éthique).

L'accès à certains soins spécialisés peut également être différé : par exemple, à Lyon, au CH du Vinatier, la liste d'attente pour bénéficier d'une électro-convulsivo-thérapie (ECT) est de 40 à 45 patients, ce qui peut correspondre à plusieurs mois d'attente. Pour être pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) à Toulouse, les délais sont de 3 semaines à 1 mois.

Une difficulté spécifique existe pour les soins d'orthophonie. Au mieux, les délais sont longs (par exemple 6 mois pour un bilan, 1 an pour une prise en charge au Puy-en-Velay), souvent les postes hospitaliers sont vacants et aucune prise en charge ne peut y être offerte. La rémunération proposée à ces professionnels, comparée à ce qu'ils peuvent gagner en libéral, entraîne en effet de grandes difficultés de recrutement (cf. annexe sur la démographie). Souvent, les CMP sont amenés à orienter les patients vers une prise en charge en ville. Le remboursement est alors variable selon la politique de la CPAM. La CNAMTS indique que des travaux sont en cours pour faire évoluer les règles de prise en charge et les harmoniser.

## **2 L'ACCES AUX STRUCTURES DE SOINS PEUT ETRE DIFFICILE DU FAIT DE LEUR IMPLANTATION OU DE LEURS HORAIRES**

Les structures de soins ambulatoires, et les CMP en particulier, sont le plus souvent ouverts du lundi au vendredi de 9h à 17h, ce qui est difficilement compatible avec une vie professionnelle. Parfois, des consultations sont assurées en fin de journée par certains professionnels. Les consultations après 18h sont peu fréquentes et celles le samedi sont rares.

Par ailleurs, l'implantation des structures qui ont vocation à assurer des soins de proximité répond parfois davantage à des contraintes organisationnelles ou budgétaires (regroupement pour disposer d'une présence médicale, rationaliser les moyens ou implantation dépendant du coût de l'immobilier) qu'à l'objectif de proximité. La mission a visité des CMP mal desservis par les transports en commun et constaté la fermeture de certains CMP ou antennes de consultations de proximité. Pour les secteurs couvrant un territoire rural, les temps de trajet sont souvent longs. La pratique de consultations « délocalisées » dans des maisons de santé par exemple demeure rare.

---

<sup>176</sup> Les délais sont parfois supérieurs, par exemple, au CHU à Toulouse, dans un des hôpitaux de jour, le délai est de 1 à 2 ans. A Lyon, des délais supérieurs à un an ont également été mentionnés.

<sup>177</sup> Par exemple, au CHU de Toulouse, le délai de prise en charge en CMP est de 6 mois alors qu'il n'est « que » d'un mois en psychiatrie générale.

Cet éloignement et/ou faible accessibilité peut conduire à recourir à des VSL (véhicules sanitaires légers) pour le transport des patients.

### **3 L'ACCES AUX SOINS EN URGENCE EST PARFOIS DIFFICILE, NOTAMMENT A DOMICILE**

L'accès aux soins en urgence est possible par les urgences générales où l'intervention d'un psychiatre doit être possible. Les centres d'accueil et de crise constituent un point d'accès aux soins facilité, notamment lorsqu'ils sont situés en dehors de l'enceinte de l'hôpital. Lorsqu'ils n'existent pas, les soins urgents ne peuvent pas prendre la forme d'une consultation mais se font par la voie hospitalière – ce qui n'est pas sans poser question dans le contexte de la saturation des services d'accueil des urgences. Il n'existe généralement pas de dispositif d'urgence spécifique à la psychiatrie infanto-juvénile (même si les maisons des adolescents peuvent offrir, à leurs horaires d'ouverture, des consultations sans rendez-vous).

Cependant, ces structures ne répondent qu'au besoin des patients qui sont en mesure de s'y rendre. Ainsi, l'intervention au domicile des patients en urgence est rare, ce que déplorent les représentants des familles. Que ce soit en raison d'un manque de moyens (absence d'équipe mobile) ou d'un parti pris clinique (consentement du patient aux soins requis), l'intervention en urgence au domicile des patients est souvent limitée aux cas où sa vie est en danger. Dans ces cas, ce ne sont d'ailleurs pas les équipes de psychiatrie qui interviennent mais le SAMU ou les forces de l'ordre.

### **4 L'ACCES AUX SOINS REPOSE SUR UNE DEMANDE QUE LES PLUS VULNERABLES PEINENT A FORMULER**

L'accès aux soins repose sur la demande de soins par les patients eux-mêmes ou par leurs proches ou les autorités publiques dans le cas des soins sans consentement. La possibilité de soins sans consentement permet de répondre dans une certaine mesure au déni de la maladie par les personnes concernées. Cependant les personnes isolées ou les plus précaires ne formulent souvent pas de demande de soins par eux-mêmes et ne disposent pas de l'accompagnement nécessaire pour que les soins soient déclenchés.

Ainsi, les personnes sans domicile fixe, qu'elles soient hébergées ou vivent dans la rue, ont difficilement recours aux soins dans un contexte où peu de dispositifs permettent d'« aller vers » les personnes qui ne sollicitent pas des soins. Cela est particulièrement problématique car la prévalence des troubles psychiatriques parmi ces personnes est élevée. On peut notamment se référer aux travaux de l'observatoire du Samu social :

- Le rapport Samenta a estimé à « un tiers de la population [francilienne sans logement personnel] les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux. Cette prévalence de troubles sévères est plus forte qu'en population générale, dix fois plus importante, en particulier, pour les troubles psychotiques »<sup>178</sup> ;
- Un rapport s'intéressant aux familles hébergées montre notamment que « Trois mères sur dix sont déprimées, quatre fois plus qu'en population générale » et que, chez les enfants, « les troubles suspectés de la santé mentale globale sont plus fréquents [...] (19,2 %) qu'en population générale (8 %) »<sup>179</sup>.

L'accès aux soins des personnes sans logement est également compliqué par la sectorisation. Pour les personnes sans adresse, qui ne peuvent être rattachées à un secteur, le plus souvent un « tour » est organisé : par exemple, à Lyon, 6 mois par an c'est le Vinatier qui les accueille, 4 mois par an c'est Saint-Jean-de-Dieu, 2 mois par an c'est Saint Cyr au Mont d'Or. Pour les personnes hébergées, c'est l'adresse de domiciliation qui est prise en compte – alors même qu'elle peut être relativement éloignée du lieu de vie. Si le dispositif sectorisé est une bonne garantie de la continuité de la prise en charge pour les personnes qui disposent d'un domicile stable, il peut au contraire fragiliser celle-ci pour les personnes qui n'en ont pas.

Ainsi, des dispositifs permettant d'« aller vers » ces personnes ont été mis en place. Dans certaines villes, il existe des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). A Paris, elles interviennent dans les centres d'hébergement mais pas dans la rue – ce qui exclut la prise en charge de ces personnes – en raison de leurs moyens limités (3,7 ETP). Le besoin d'un dispositif spécifique a conduit le Samu social à recruter un psychiatre. *A priori*, aucun autre acteur social n'a retenu la stratégie d'intégration de la prise en charge psychiatrique, notamment parce qu'ils ne disposent pas de financement pour le faire. Plus généralement, le Samu social pointe l'inadéquation des dispositifs psychiatriques sectorisés aux besoins des patients sans domicile et souligne que le fonctionnement de l'équipe mobile de lutte contre la tuberculose, qui suit la personne pendant 6 mois à 2 ans où qu'elle réside en Ile-de-France, correspond davantage aux besoins de cette population.

## 5 LA TELEMEDECINE N'EST PAS UTILISEE COMME UN LEVIER POUR AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

La télémédecine pourrait améliorer l'accès aux soins, notamment lorsque les patients vivent éloignés des lieux de consultation ou se déplacent difficilement. Elle constitue une alternative aux déplacements en personnels. Ainsi, la mise en place de téléconsultations au bénéfice de patients à leur domicile ou en établissement ou même le télé-conseil, au bénéfice des équipes des établissements pourrait être efficace.

L'ANAP a mis en lumière l'expérience de téléconsultation entre le CH du Rouvray (Seine-Maritime) et des EHPAD<sup>180</sup> qui a permis d'accroître le nombre de prises en charge dans ces établissements. Ces téléconsultations ont lieu en complément de la visite du psychiatre (à fin 2015, 15 % des

---

<sup>178</sup> *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France (avec l'inserm)*, décembre 2009

<sup>179</sup> *Enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France*, 2014

<sup>180</sup> ANAP, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe*, 2012

consultations psychiatrique en EHPAD se font via le dispositif de télémédecine avec en moyenne 9 téléconsultations pour 1 télé-expertise psychiatrique<sup>181</sup>).

Lors de ses déplacements, la mission a eu connaissance de quelques initiatives dans ce domaine mais elles sont souvent limitées ou interrompues en raison de difficultés d'équipement ou d'absence de valorisation de l'activité (cf. monographie clinique de l'Alliance et monographie des hôpitaux de St Maurice).

Les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (PLFSS 2018) qui prévoient le basculement dans le droit commun du financement des téléconsultations et de la télé-expertise<sup>182</sup> pourraient faciliter la mise en place de telles solutions.

## 6 LES SOINS SECTORISES GARANTISSENT L'ABSENCE D'OBSTACLES FINANCIERS AUX SOINS MAIS CEUX-CI PEUVENT EXISTER EN VILLE

Les soins sectorisés sont accessibles sans obstacle financier puisqu'ils sont gratuits. La question de l'accessibilité financière se pose principalement pour les soins délivrés par les cliniques et les professionnels libéraux. Trois éléments méritent d'être approfondis : la part de médecins en secteur II, l'expérimentation du remboursement de l'intervention des psychologues et les questions de double prise en charge.

### ➤ *Question des secteurs II*

En 2016, selon la CNAMTS, 65 % des psychiatres libéraux et 52 % des pédopsychiatres exercent en secteur 1. Ils sont relativement plus nombreux à exercer sans facturer de dépassements que les autres spécialistes (55 % en secteur 1). Cependant la part de psychiatres n'effectuant pas de dépassements baisse plus vite que celle des autres spécialistes (-14 % entre 2000 et 2016 pour les psychiatres contre -12 % pour tous les spécialistes alors que les effectifs de libéraux sont stables.

Le montant de leurs dépassements sont du même ordre que ceux des autres spécialistes (17 % des honoraires totaux des psychiatres sont des dépassements, 24 % de ceux des pédopsychiatres, 18 % de ceux des spécialistes dans leur ensemble).

### ➤ *Expérimentation de la prise en charge par l'assurance maladie des interventions des psychologues*

Deux expérimentations sont en cours actuellement concernant le remboursement de l'intervention des psychologues. Excepté dans le cadre de ces expérimentations, l'intervention d'un psychologue n'est pas remboursée par l'assurance maladie. Certains assureurs complémentaires peuvent proposer une prise en charge. Cependant, l'absence de prise en charge par l'assurance maladie limite le recours à ces interventions. Les résultats de ces expérimentations pourraient conduire à ouvrir des possibilités de prise en charge par l'assurance maladie et, potentiellement, d'améliorer l'accès aux soins.

---

<sup>181</sup> Communiqué de presse relayé par la FHF : <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiques-de-presse/Au-centre-hospitalier-de-Rouvray-la-tele-psychiatrie-au-service-de-la-sante-mentale>

<sup>182</sup> L'article 36 du PLFSS 2018 prévoit notamment de compléter le code de la sécurité sociale (1° du I de l'article L. 162-14-1) : « La ou les conventions définissent également le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine. Les actes de téléconsultation sont effectués par vidéotransmission ; »

### Encadré 12 : Expérimentation sur le repérage et la prise en charge précoce de la souffrance psychique des jeunes

Dans le cadre du décret pris en application de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, la DGS, en lien avec l'éducation nationale soutient la mise en place d'une expérimentation – sur 3 ans – permettant la prise en charge précoce de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans<sup>183</sup>. Le dispositif, porté par les maisons des adolescents (MDA) repose sur trois éléments : un repérage par les acteurs en contact avec les jeunes ; une consultation d'évaluation somatique et psychosociale, réalisée par un médecin de soins primaires si nécessaire en lien avec le psychologue de l'éducation nationale ; la possibilité de prescription par le médecin évaluateur de consultations de psychologues avec remboursement de 12 séances<sup>184</sup>.

Le dispositif sera expérimenté dans 3 régions (Ile-de-France, Grand Est, Pays de la Loire). Pour cela le FIR (fonds d'intervention régional) a été abondé de 900 000 € en 2017 (1 330 000€ pour les trois années).

Source : *Mission à partir des éléments communiqués par la DGS*

### Encadré 13 : Expérimentation de la prise en charge par l'assurance maladie de la psychothérapie réalisée par des psychologues

La CNAMTS a proposé d'expérimenter la prise en charge par l'assurance maladie de la psychothérapie pour les malades présentant des troubles de santé mentale légers et modérés.

Cette expérimentation débutera en novembre 2017 dans 3 départements avec 3 ans d'inclusion.

Les professionnels concernés sont les psychologues cliniciens inscrits dans le fichier Adeli et les psychothérapeutes agréés par les ARS. La psychothérapie est effectuée dans le cadre d'une prise en charge graduée :

- Entretien d'évaluation (1 entretien),
- Accompagnement psychologique de soutien (1 à 10 séances),
- Psychothérapie structurée (1 à 10 séances, quelle que soit la technique).

En fonction de l'état du patient et de son évolution, la prise en charge par la psychologue peut être arrêtée à chaque stade.

Le processus a été construit comme une aide au médecin généraliste pour la prise en charge de ses malades. L'accès direct au psychologue n'est donc pas autorisé.

Cette expérimentation permettra d'évaluer le processus mis en place en concertation avec les professionnels concernés (CMG, CNQSP, Syndicat des psychiatres, syndicat français des psychologues, AFTCC).

L'évaluation sera effectuée par une équipe externe à la CNAMTS et portera sur 3 volets :

- Evaluation du processus qui permettra de mesurer l'adhésion des professionnels et des malades,
- Evaluation médicale de cette prise en charge avec les professionnels volontaires,
- Evaluation économique sur les coûts directs et indirects.
- En fonction des résultats de cette expérimentation, les pouvoirs publics seront en capacité de prendre la décision de la prise en charge de la psychothérapie par l'Assurance maladie et par les assurances complémentaires.

Source : *CNAMTS*

#### ➤ **double prise en charge dans le secteur et en libéral**

On parle de double prise en charge lorsqu'un patient est suivi par le secteur et souhaite bénéficier de soins assurés par un professionnel libéral. Cette situation intervient lorsque l'acteur de soin

<sup>183</sup> Il s'agit d'une action du *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes* (novembre 2016) issu du rapport *Bien-être et santé des jeunes*, du Pr. Marie-Rose Moro et de Jean-Louis Brison au Président de la République, novembre 2016.

<sup>184</sup> La prise en charge est de 12 séances de 45 minutes maximum.

initial estime qu'une prise en charge complémentaire serait utile au patient et qu'il ne peut pas lui offrir. C'est souvent le cas de l'orthophonie pour les enfants pris en charge par un intersecteur de psychiatrie : du fait du manque d'orthophoniste dans ces structures, les pédopsychiatres des CMP orientent les enfants vers une prise en charge libérale. Cela peut aussi être le cas lorsqu'un patient est suivi initialement par un psychiatre libéral et hospitalisé en clinique et que son psychiatre estime nécessaire qu'il bénéficie en complément d'une prise en charge, par exemple en hôpital de jour, offerte par le seul secteur. Le psychiatre ne passant pas alors nécessairement le relais de la prise en charge médicale au psychiatre de secteur privilégiant la continuité des soins avec son patient.

Actuellement, certaines CPAM s'opposent à ces doubles prises en charge. Des difficultés ont notamment été rencontrées par des orthophonistes libéraux dont la CPAM refusait de rembourser la prise en charge au motif que l'enfant était suivi par le secteur (alors même que le secteur pouvait ne pas compter d'orthophonistes dans ses effectifs). La CNAMTS indique que des travaux sont en cours pour faire évoluer les règles de prise en charge et les harmoniser.

La question se pose aussi pour les personnes prises en charge dans des structures médico-sociales (CMPP notamment) qui est censé exclure la prise en charge de soins effectués par des professionnels libéraux.



## ANNEXE 15 :

# EVOLUTION DES EQUIPEMENTS, DES ACTIVITES EN PSYCHIATRIE

Il est difficile d'avoir, sur une longue période, des chiffres fiables portant sur les équipements et les activités du dispositif de soins psychiatriques. Les sources sont nombreuses, parfois incomplètes, ou les données portent sur des périmètres de définition ayant évolué. Mais peu importent les imprécisions éventuelles des données qui peuvent être rassemblées à partir de plusieurs sources. Ce qui compte est d'apprécier les grandes tendances des évolutions qui se sont produites depuis 1960. Or ces tendances sont suffisamment fortes pour que des conclusions puissent être tirées sur les transformations qu'a subies le dispositif de soins psychiatriques en 60 ans.

Si on regroupe l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie par statut juridique, en 2005, il y en avait 621 en France. C'est le seul inventaire complet qu'a pu retrouver la mission. On peut penser que la situation n'a guère évolué en 10 ans dans sa structuration générale.

Tableau 22 : Répartition des établissements pas statut juridique

		Etablissements publics (1)		Etablissements privés à but non lucratif (2)		Etablissements privés à but lucratif (2)		Ensemble des établissements	
		Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif	Exclusif	Non exclusif
<b>Psy Gé</b>	<b>Sectorisée</b>	88	146	20	1	0	0	108	147
	<b>Non sectorisée</b>	1	52	71	21	145	7	217	80
<b>Pédo psy</b>	<b>Sectorisée</b>	84	109	16	2	0	0	100	111
	<b>Non sectorisée</b>	1	21	57	8	5	1	63	30
<b>Total (3)</b>		91	207	142	28	145	8	378	243

(1) Nombre d'entités juridiques.

(2) Nombre de départements d'implantation pour les entités multi-établissements.

(3) Certains établissements offrent à la fois des soins en psychiatrie générale et infanto-juvénile.

Source : DREES, SAE 2005, données statistiques.



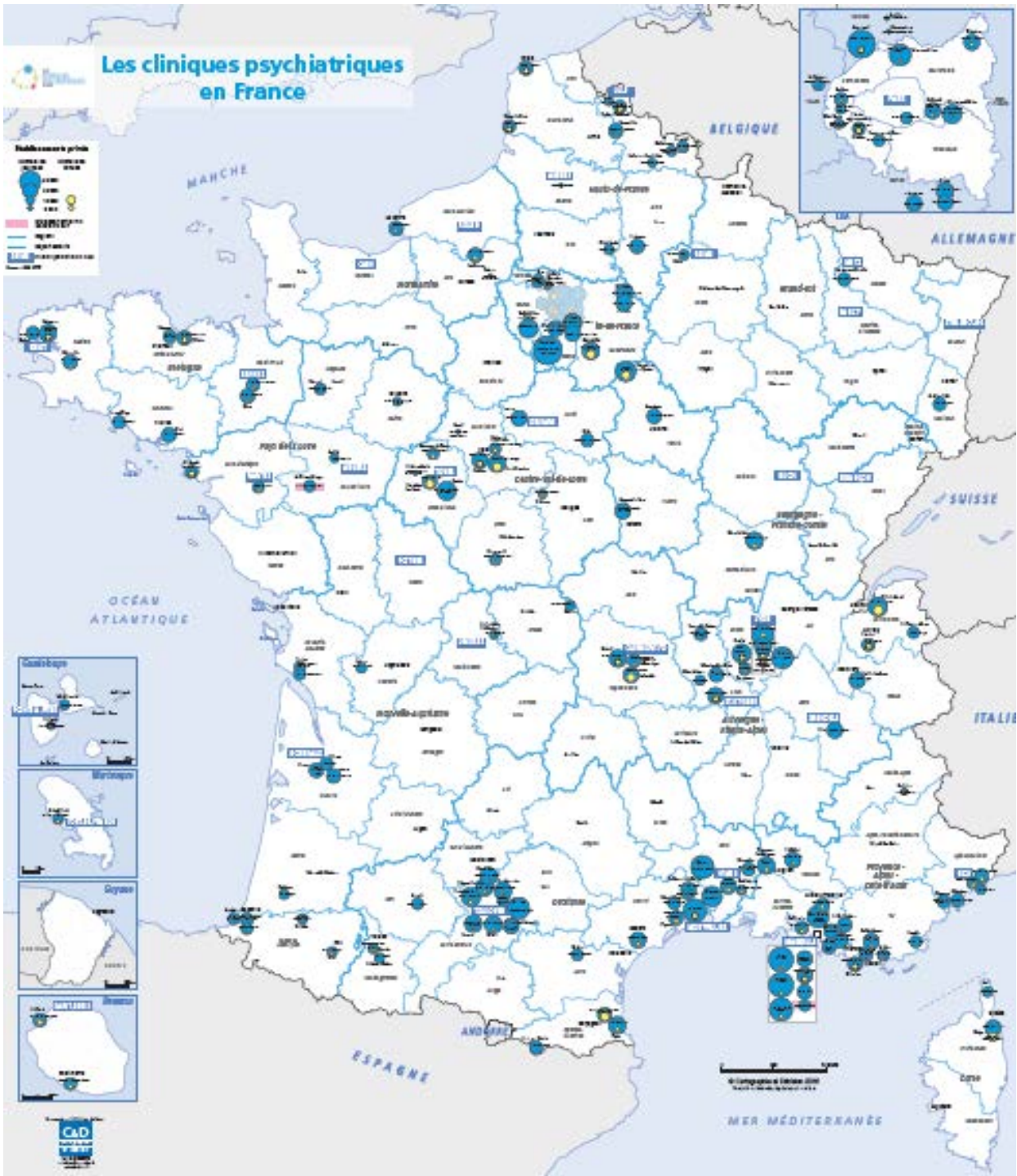
Les statistiques de l'ATIH de 2015, dénombrent 569 établissements autorisés en psychiatrie. Parmi eux, 365 bénéficient d'un financement au titre de la dotation annuelle de financement (129 ESPIC) et 171 sont des établissements privés relevant pour leur financement de l'objectif quantifié national (OQN). Ainsi, les établissements ayant des activités de psychiatrie sont, pour environ 64 % d'entre eux, des établissements publics ou privés à but non lucratif. Les établissements privés à but lucratif représentent environ 30 % de ces établissements.

Les établissements psychiatriques privés à but lucratif sont inégalement répartis sur le territoire national. On en trouve dans au total 62 départements<sup>185</sup>. Et la densité des cliniques est très variable selon le département (27 départements n'ont qu'une clinique ; 9 départements en ont 5 et plus). Le nombre des cliniques est supérieur à 20 dans 4 régions (Ile-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et PACA). Le plus souvent les cliniques sont implantées au niveau ou à proximité de la capitale régionale ou ancienne capitale régionale.

---

<sup>185</sup> Données ATIH. 2016.

Schéma 7 : Implantation des cliniques privées à but lucratif



Source : FHP.

La plupart des cliniques privées sont exclusivement consacrées aux soins psychiatriques. Neuf de ces établissements ont des activités mixtes, en psychiatrie et en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique).

## 1 LA PSYCHIATRIE GENERALE

Les établissements publics représentaient 63 % des lits en 2015. Les établissements privés ayant une activité de service public représentaient environ 13 % des lits et les cliniques privées à but lucratif environ 24 %. Il y a 40 ans, les cliniques privées à but lucratif représentaient environ 11 % des capacités hospitalières. L'évolution comparée entre public et privé peut difficilement être approchée à partir d'autres données : en effet, on ne dispose pas des données relatives à l'évolution de la file active des établissements non sectorisés.

Aujourd'hui, parmi les 234 établissements publics sectorisés, un peu plus du tiers (37 %) ont une activité de psychiatrie exclusivement. Le nombre<sup>186</sup> des hôpitaux généraux ayant des services de psychiatrie a doublé par rapport à celui de 1975.

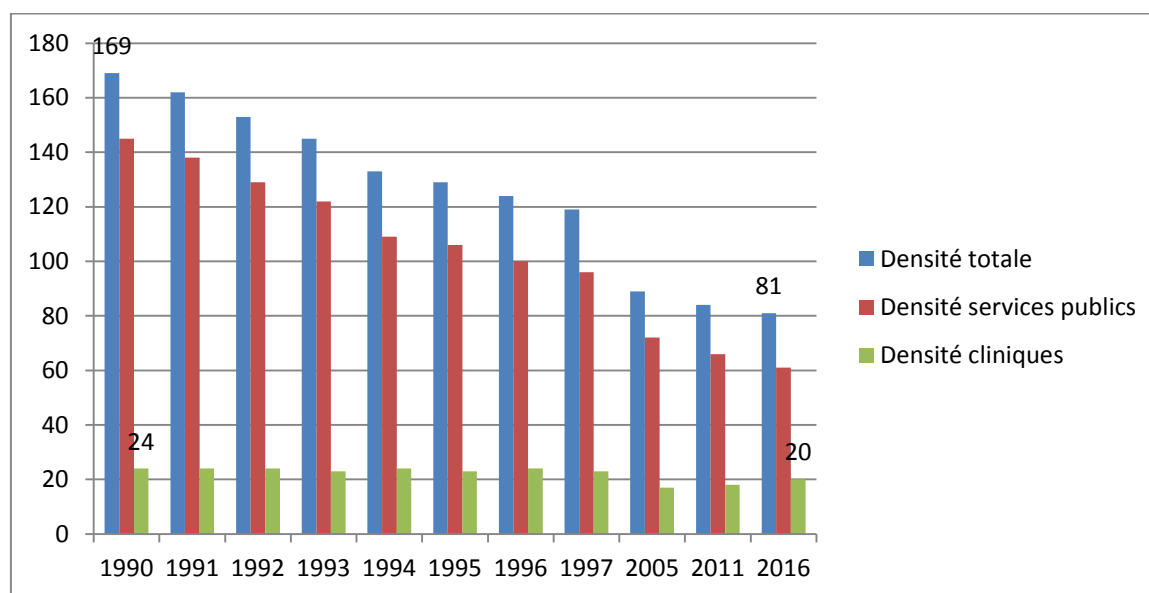
Environ la moitié des établissements publics ou privés autorisés à avoir des activités de psychiatrie ne sont pas sectorisés.

### 1.1 Evolution des équipements

Ces soixante dernières années, le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé en France. Plus de la moitié des lits ont été fermés en 40 ans. Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, CATTP, foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise...

Entre 1990 et 2016, le nombre de lits pour 100 000 habitants en France a diminué de moitié.

Graphique 28 : Evolution du nombre de lits pour 100 000 habitants



Source : Voir données statistiques en fin d'annexe.

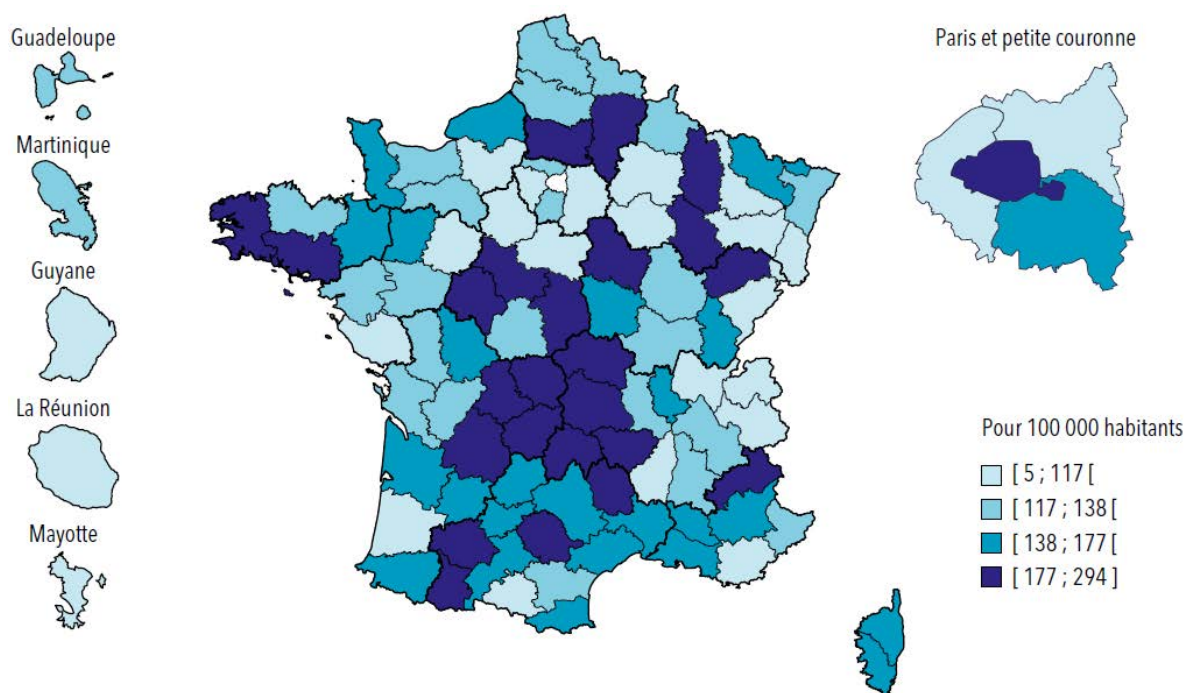
<sup>186</sup> Sources : Documents statistiques du SESI (service des statistiques des études et des systèmes d'information). N° 17. Mars 1991.

La densité nationale moyenne d'équipements en lits et places d'hospitalisation à temps complet ou à temps partiel était de 142 pour 100 000 habitants en 2015. Elle est cependant très variable selon les départements. En France métropolitaine, en 2015, l'écart entre le département le moins équipé et celui le plus équipé était de 1 à 3,5. Six départements ont moins de 100 lits et places d'hospitalisation pour 100 000 habitants, 15 en ont plus de 200.

Ces disparités entre les départements se retrouve dans la densité des lieux de prise en charge ambulatoire (centre médico-psychologiques, unités de consultation, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel). L'écart est de 1 à 27 selon le département en 2015.

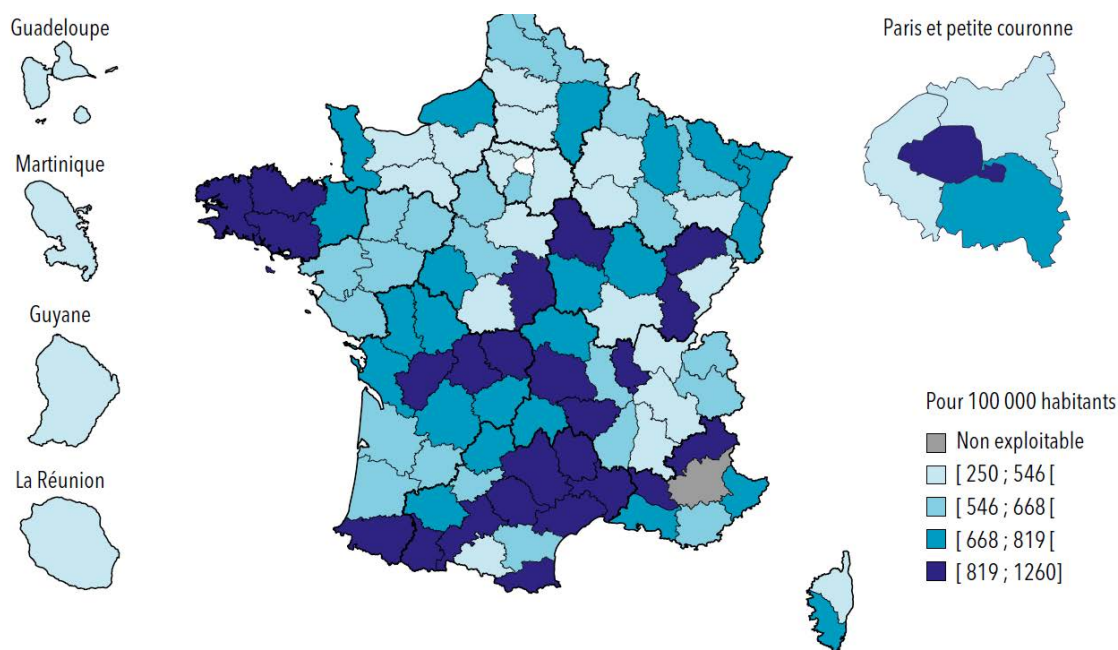
Toutes ces différences d'équipement vont avec des différences d'activité rapportée à la population. Le nombre de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou partiel en 2015 variait de 1 à 5 selon les départements. Et le nombre de personnes prises en charge en ambulatoire variait du simple au double.

**Schéma 8 : Densité de lits et places d'hospitalisation en psychiatrie générale en 2015, par départements**



Source : *Panorama des établissements de santé. Edition 2017*

Schéma 9 : Nombre de patients pris en charge en hospitalisation à temps complet ou partiel en 2015, rapporté à la population, par départements



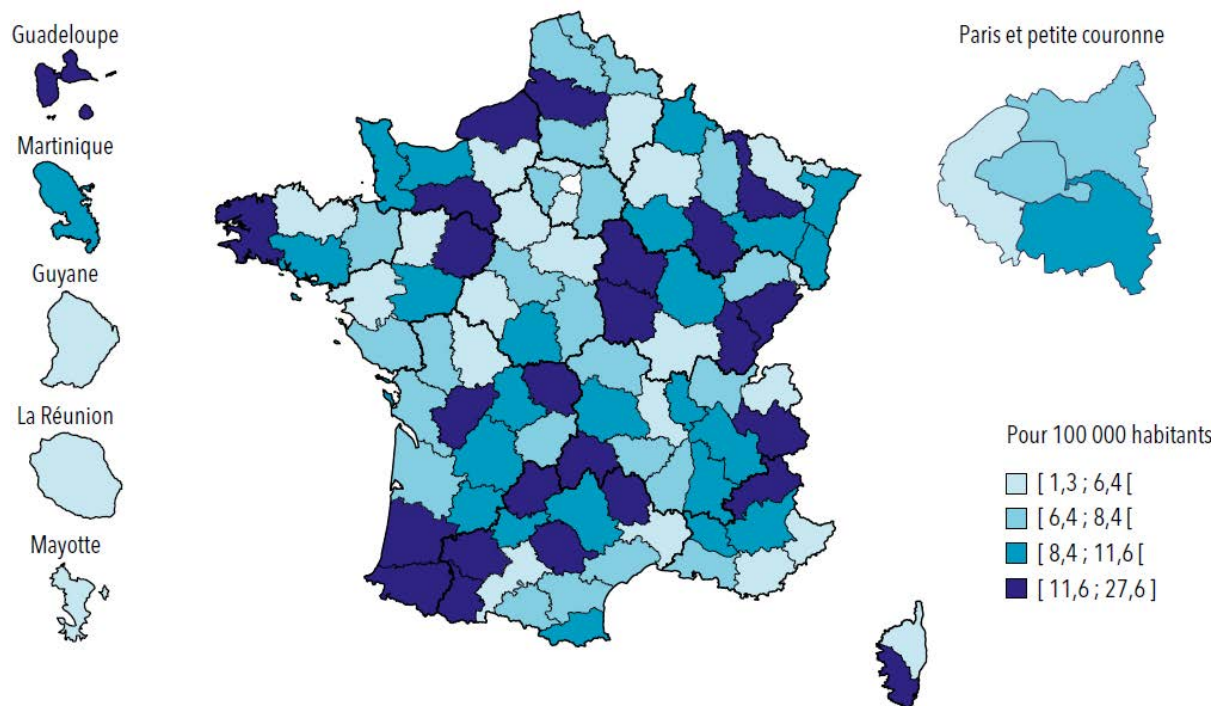
**Note** > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

**Champ** > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte), y compris le SSA.

**Sources** > DREES, RIM-P 2015, traitements DREES ; INSEE, estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Source : *Panorama des établissements de santé. Edition 2017*

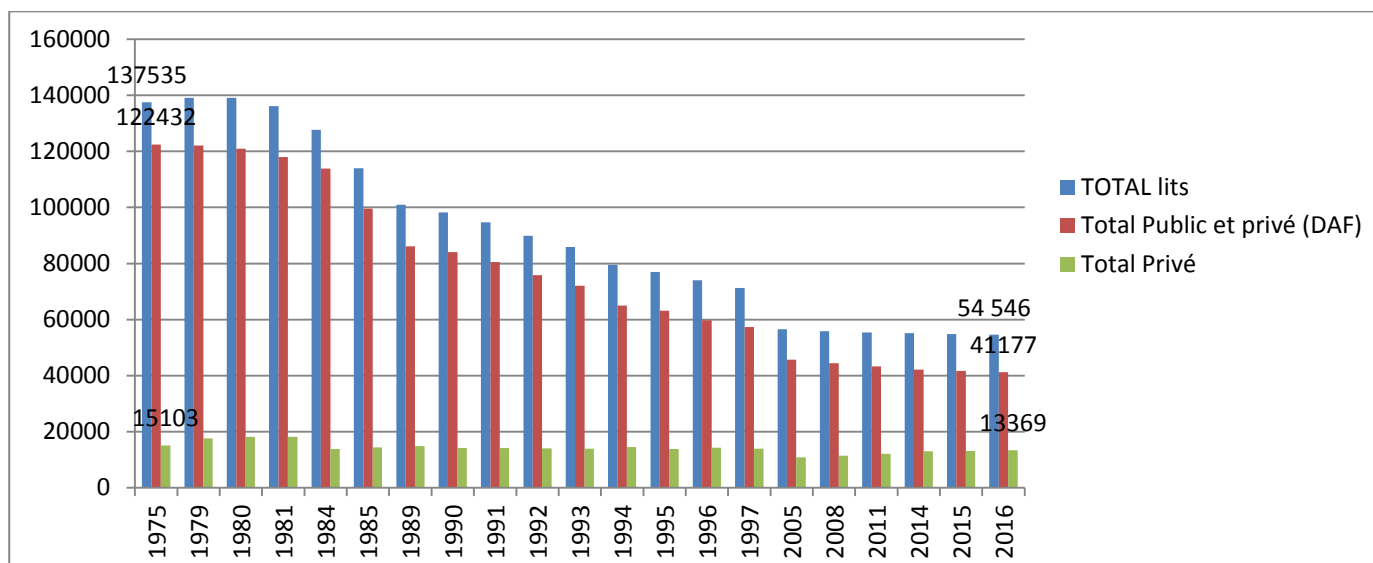
Schéma 10 : Densité en lieux de prises en charge ambulatoire en psychiatrie en 2015, par départements



Source : *Panorama des établissements de santé. Edition 2017.*



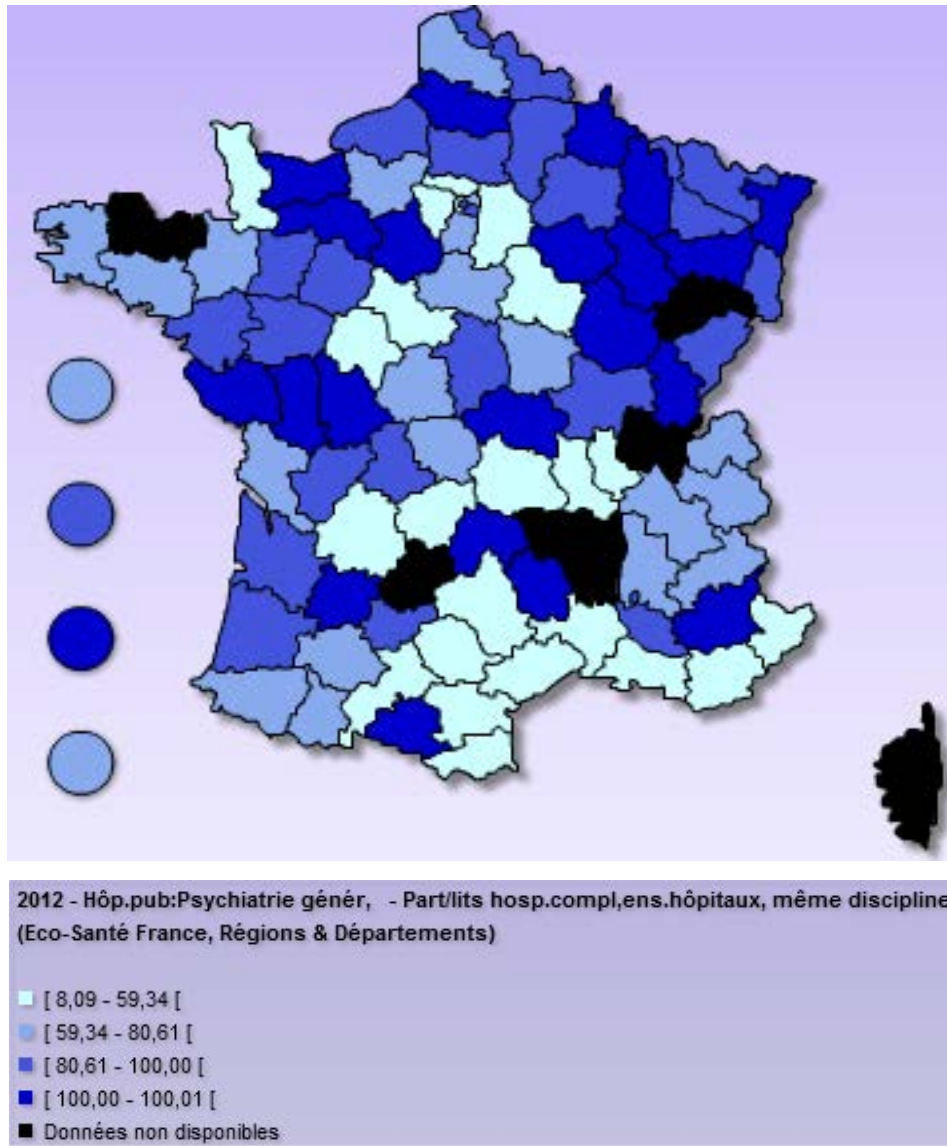
Graphique 29 : Evolution des lits en psychiatrie générale ces quarante dernières années.



Source : Voir données recueillies par la mission en fin d'annexe

La part des secteurs public et privé est très variable d'un département à un autre. Dans certains départements il n'y a aucun établissement privé. Dans d'autres, le secteur public représente moins de 30 % des lits et places (exemple de l'Aude, des Alpes-Maritimes...). Enfin, dans sept départements, le secteur public est absent (présence d'établissements privés sous dotation globale).

Schéma 12 : Part des lits en psychiatrie générale dans les établissements publics par rapport au total des lits de psychiatrie, par département, en 2012

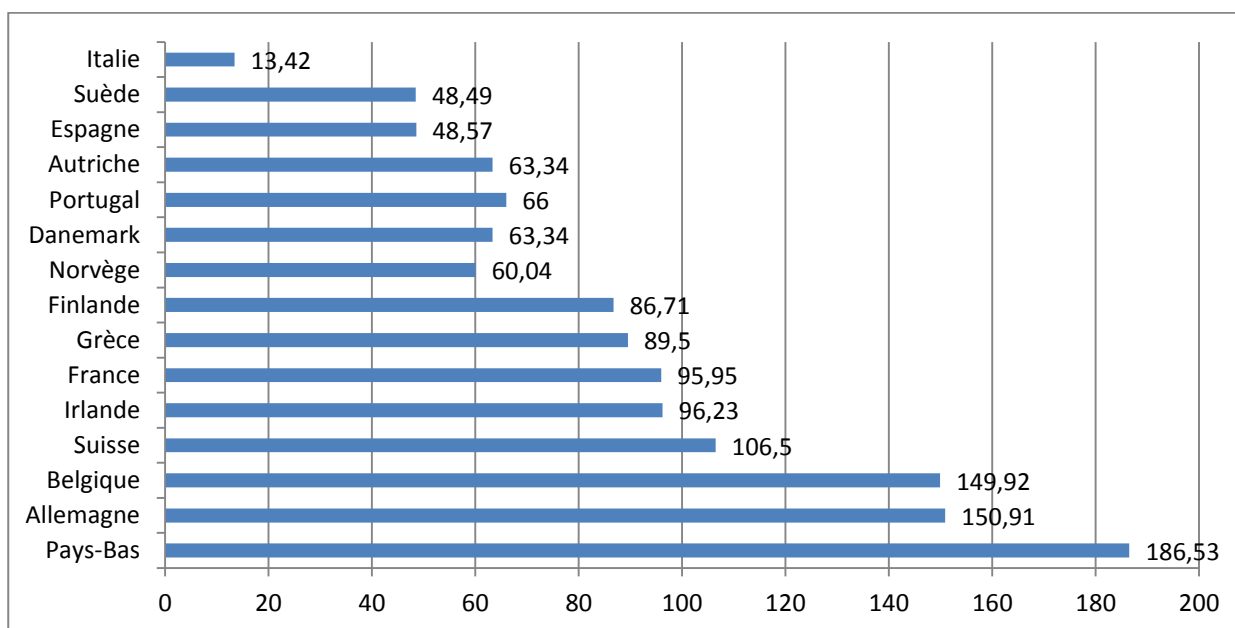


Source : IRDES Eco-Santé.

La France fait partie des pays européens dont la densité en lits de psychiatrie est la plus importante. Les Pays-Bas, l'Allemagne, la Belgique, la Suisse et l'Irlande ont cependant une densité en lits supérieure, selon des données anciennes, datant de dix ans environ.



Graphique 30 : Densité de lits de psychiatrie dans plusieurs pays Européen en 2003-2004 (nombre de lits pour 100 000 habitants)

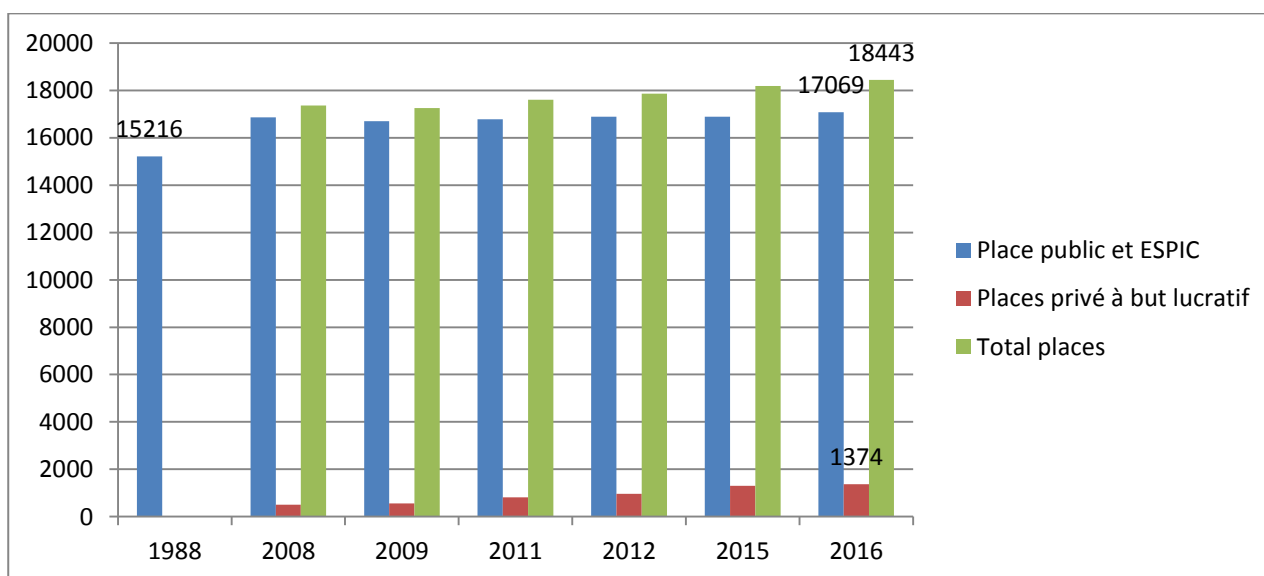


Source : Rapport de la HAS sur le recours à l'hôpital en Europe. 2009.

➤ **L'hospitalisation à temps partiel**

En 20 ans, le nombre des places en hôpital de jour a augmenté de 21 % environ. Ces dix dernières années, il a augmenté de 6 %. Cette augmentation est inégale selon les types d'établissements. Ainsi, le secteur privé à but non lucratif a augmenté de 170 % ses places en hospitalisation de jour en 10 ans.

Graphique 31 : Evolution en dix ans du nombre des places en hôpital de jour



Source : Voir données recueillies par la mission à la fin de l'annexe.

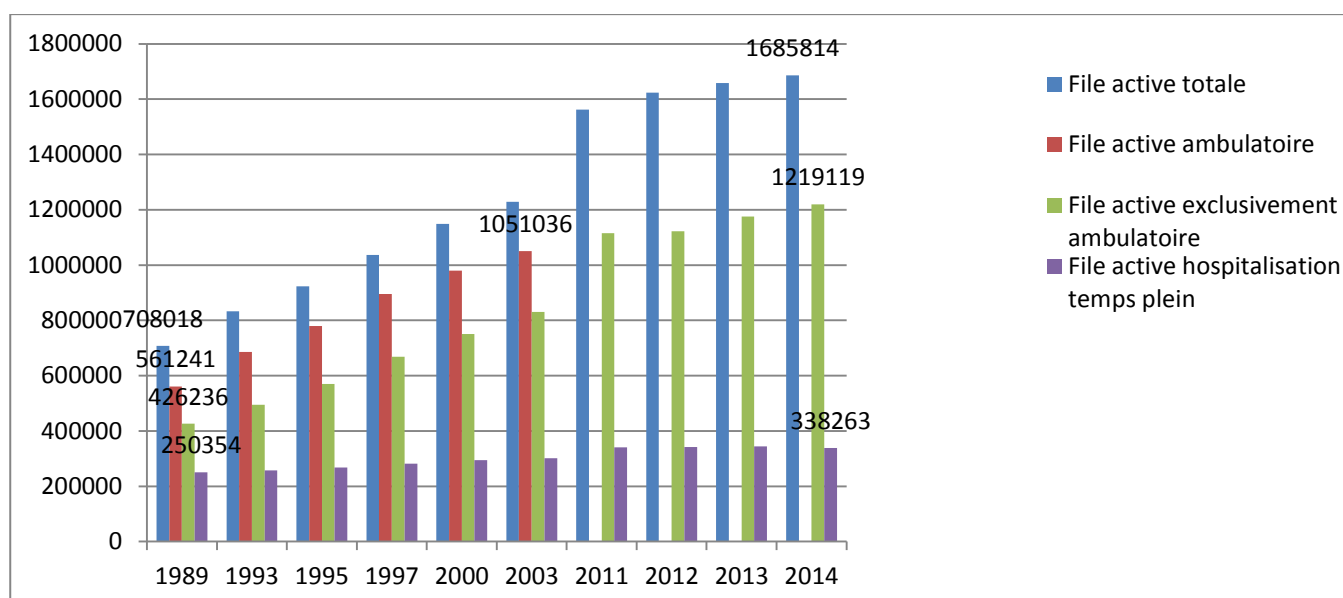
## 1.2 Evolution des activités

### ➤ Evolution des files actives pour les établissements sectorisés

La file active des secteurs de psychiatrie ne cesse d'augmenter, au point de se demander quand ce phénomène se stabilisera. En 25 ans, elle a été multipliée par presque 2,5. Mais le phénomène le plus remarquable est celui de la forte augmentation de la file active exclusivement en ambulatoire (multipliée par 4), la file active en hospitalisation temps plein ne variant que très peu. Ainsi, la part prise par la file active exclusivement en ambulatoire qui était de 60 % en 1989, est passée à 72 % en 2016.

Cependant, cette progression de la file active se ralentit très nettement (+73 % entre 1989 et 2003 ; +32 % entre 2003 et 2014).

Graphique 32 : Evolution des files actives des secteurs de psychiatrie générale



Source : Voir données recueillies par la mission à la fin de l'annexe.

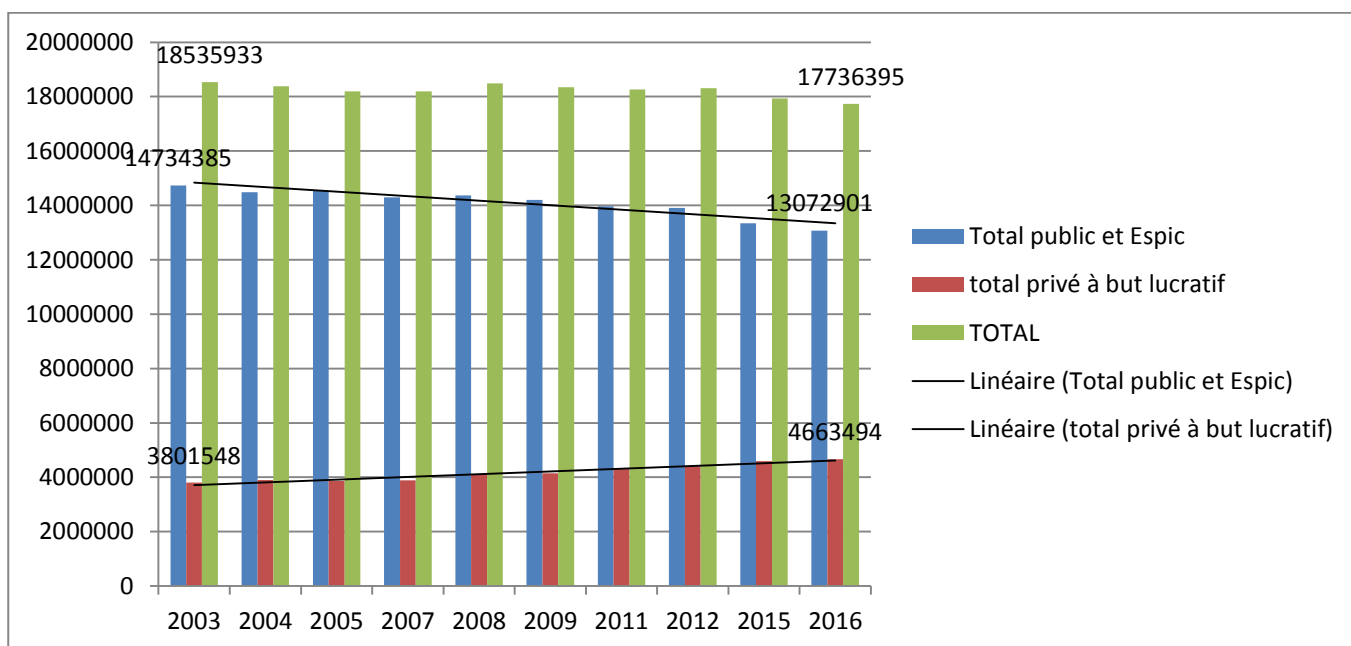
### ➤ Evolution des activités en hospitalisation temps plein

Le nombre des journées d'hospitalisation a presque baissé de moitié en 30 ans dans le dispositif public et ESPIC (46 %).

Depuis 2003, la diminution du nombre des journées, tous établissements confondus, est à peu près régulière mais plus faible (4,3 % en 13 ans). Cette diminution ne concerne que les établissements publics et ESPIC (7,8 %). Les établissements privés à but lucratif connaissent quant à eux une progression constante et importante du nombre de leurs journées d'hospitalisation en 13 ans (22 %), sachant que, sur la même période, le nombre de leurs lits a augmenté de 24 %, alors que celui des établissements publics et ESPIC diminuait de 12 %.

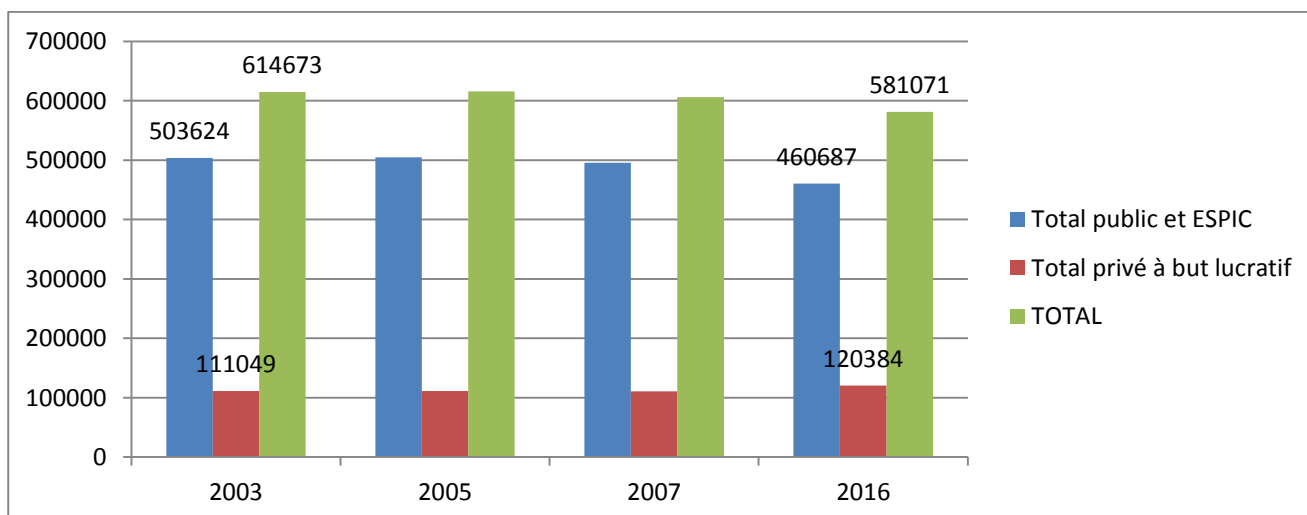
On retrouve en parallèle les mêmes tendances pour le nombre des hospitalisations. Globalement, celui-ci diminue de 5 % en 13 ans. Dans les établissements publics et ESPIC, ce nombre diminue de 8,5 %, pendant qu'il augmente de 8 % dans les établissements privés à but lucratif.

Graphique 33 : Evolution du nombre de journées d'hospitalisation (établissements publics, ESPIC et privés à but lucratif) entre 2003 et 2016



Source : SAE.

Graphique 34 : Evolution du nombre des hospitalisations (établissements publics, ESPIC et privés à but lucratif) entre 2003 et 2016



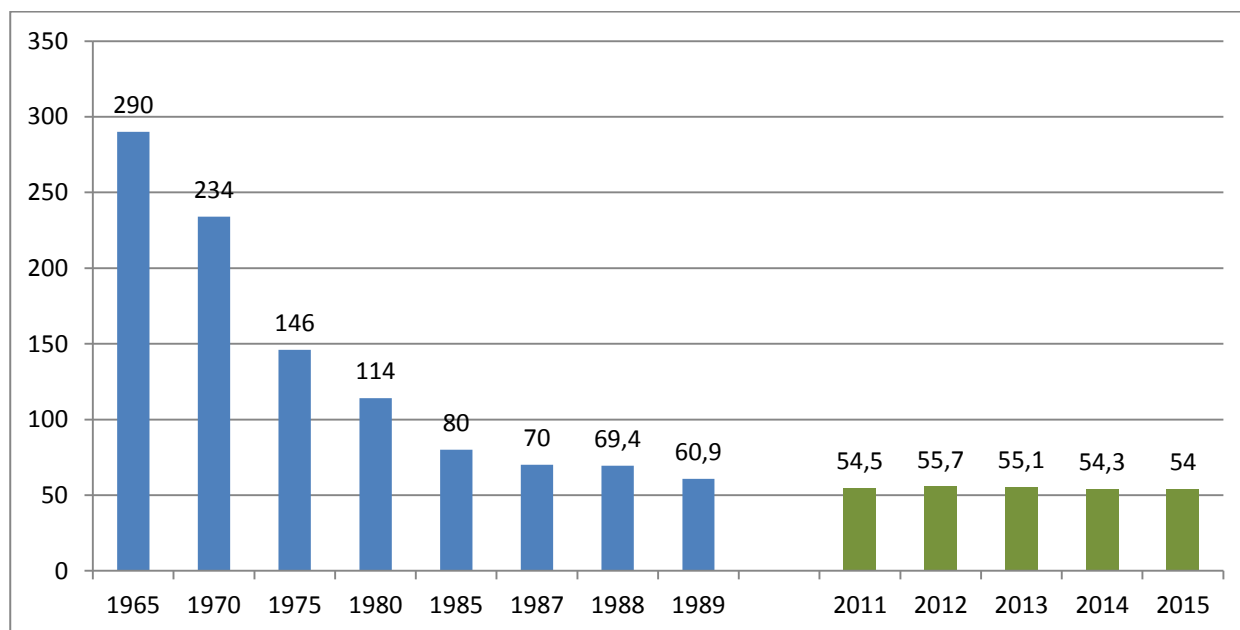
Source : SAE

➤ **Evolution de la durée moyenne de séjour**

En 50 ans, la durée moyenne de séjour a été environ divisée par 6, passant de 290 jours en 1965 à 54 jours en 2015. Cette DMS s'est cependant stabilisée depuis plusieurs années.

On mesure aujourd'hui non plus la DMS mais la durée moyenne d'hospitalisation (DMH): celle-ci peut-être 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.

Graphique 35 : Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS), en jours, en hospitalisation temps plein au sein des établissements de service public (spécialisés en psychiatrie, services de psychiatrie en hôpital général, privés participants au secteur public) de 1965 à 1989 et évolution de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) de 2011 à 2015 pour les mêmes établissements



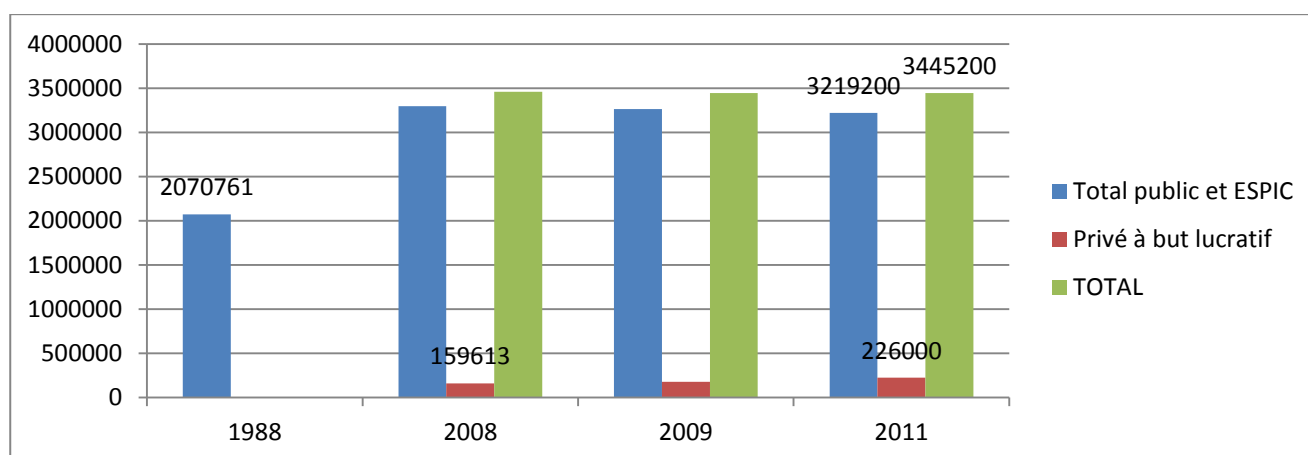
Source : SESI de 1965 à 1989. ATIH de 2011 à 2015

➤ **L'activité hors hospitalisation temps plein**

En 30 ans, le nombre des journées d'hospitalisation à temps partiel a plus que doublé dans les établissements publics et ESPIC (66 % d'augmentation).

La part prise par le secteur privé à but lucratif dans l'hospitalisation de jour est faible (6,5 % des journées en 2016), mais elle a fortement augmenté entre 2008 et 2016 (41 %).

Graphique 36 : Evolution du nombre des journées en hospitalisation de jour



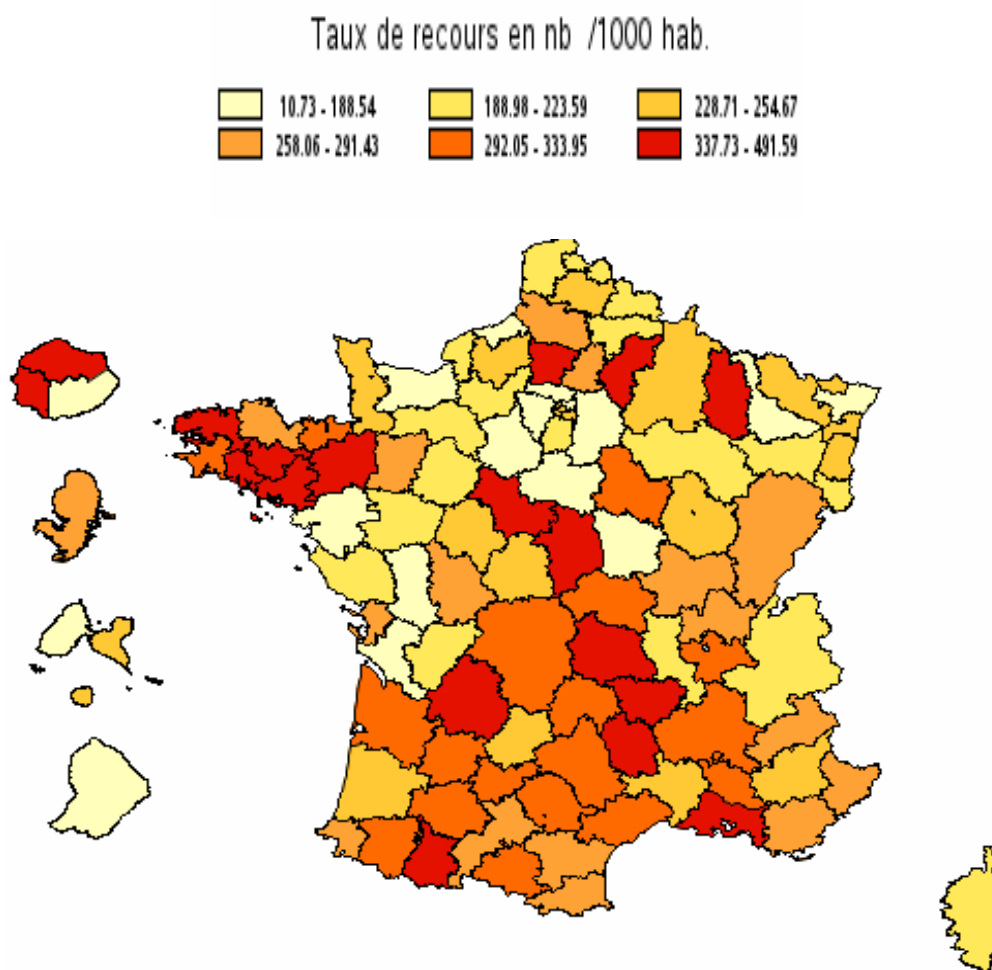
Source : SA

### 1.3 Evolution des taux de recours

Le taux de recours en hospitalisation temps plein est presque resté inchangé entre 2011 et 2015. En revanche, il a progressé de 21 % pour les actes en ambulatoire.

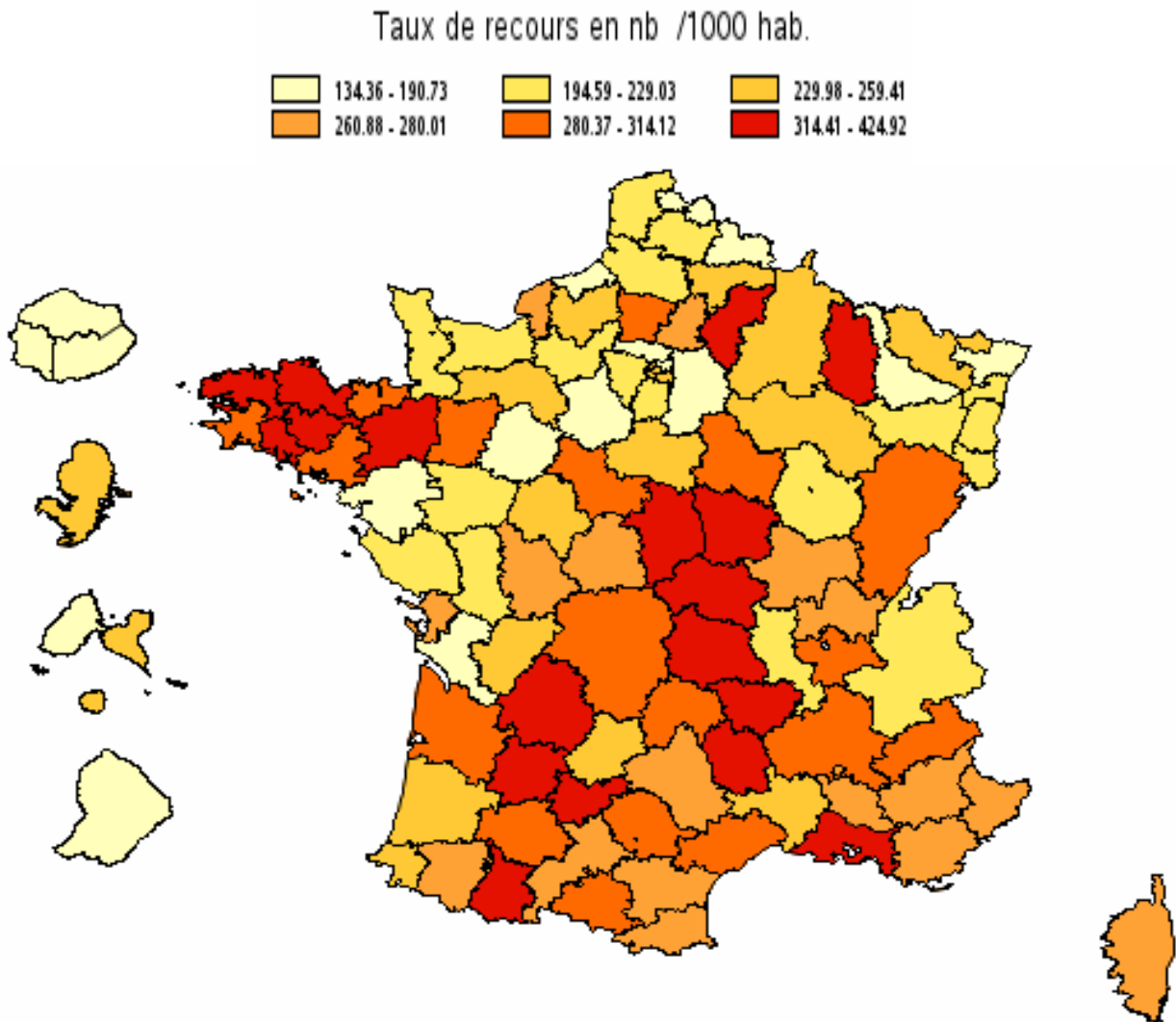
Ce taux de recours est très inégal selon les territoires de santé, pouvant aller du simple au triple, que ce soit pour l'hospitalisation temps plein ou pour les actes en ambulatoire. Ces différences ne varient guère avec le temps. Elles peuvent avoir plusieurs explications, liées à l'importance de l'offre, à l'environnement médico-social et social, aux caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population, à des différences de morbidité au sein de la population. Elles peuvent aussi s'expliquer par des pratiques de soins différentes. Le constat de ces écarts importants devrait en tout cas inciter à étudier davantage la part de ces différents facteurs explicatifs.

Schéma 13 : Nombre de journées en hospitalisation temps plein en 2011, rapporté à la population de 2009. Taux standardisés par territoires de santé (taux de recours national : 275,67)



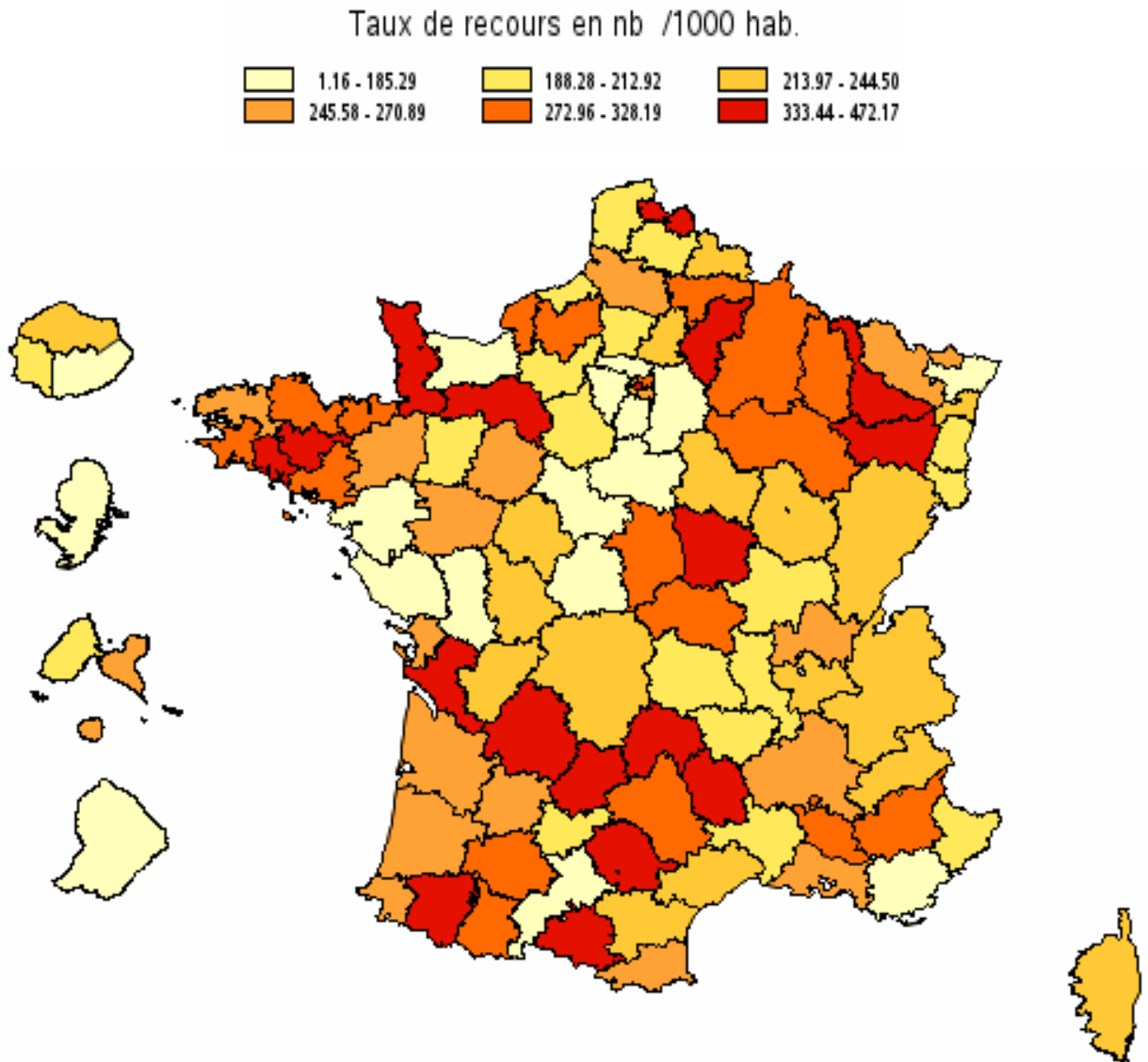
Source : ATIH. Scansanté

Schéma 14 : Nombre de journées en hospitalisation temps plein en 2015, rapporté à la population de 2013. Taux standardisés par territoires de santé (taux de recours national : 272,07)



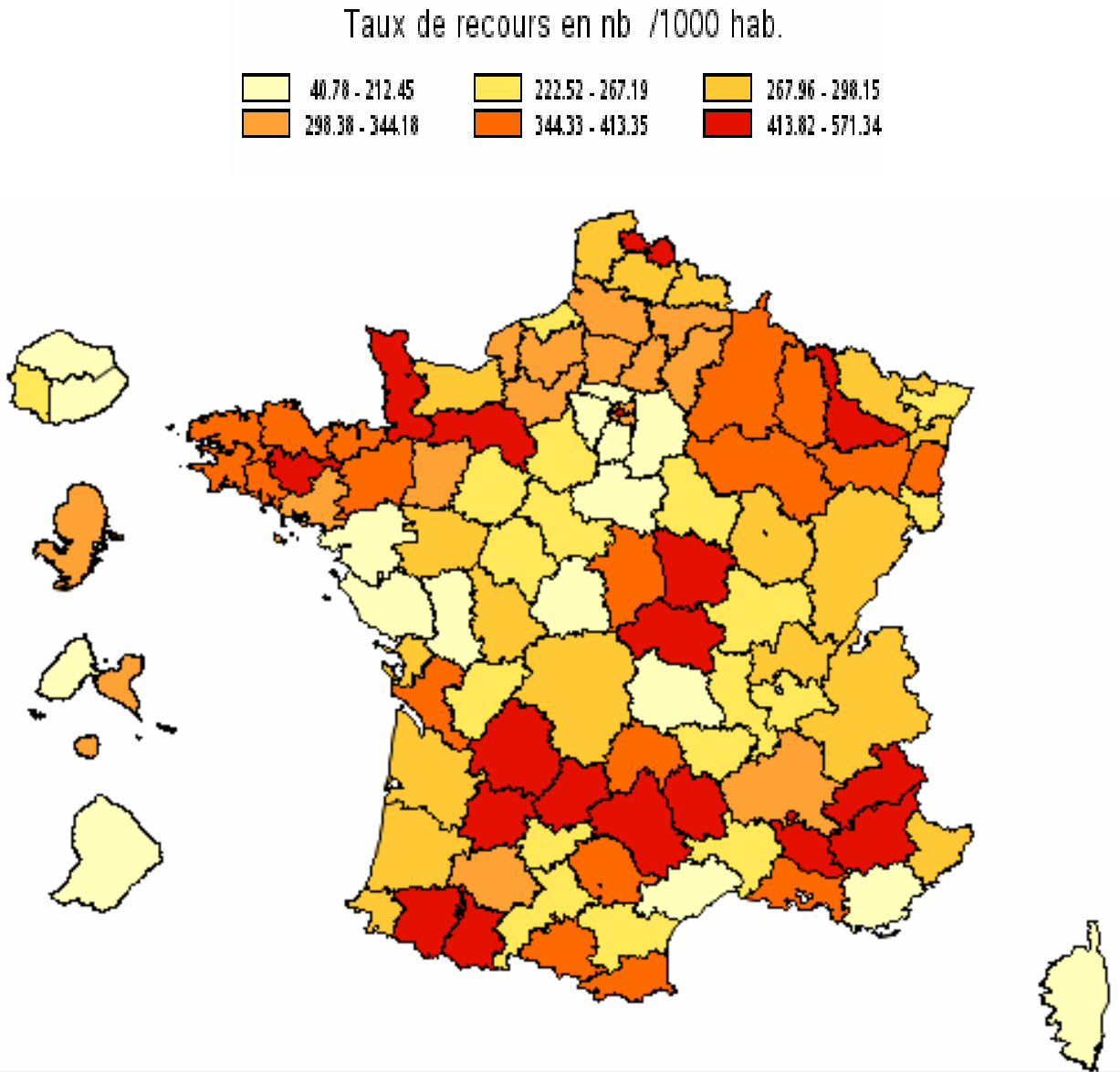
Source : ATIH. Scansanté

Schéma 15 : Nombre d'actes en ambulatoire en 2011, par rapport à la population de 2009. Taux standardisés par territoires de santé (taux de recours national : 263,62)



Source : ATIH. Scansanté

Schéma 16 : Nombre d'actes en ambulatoire en 2015, par rapport à la population de 2013. Taux standardisés par territoires de santé (taux de recours national : 319,64)

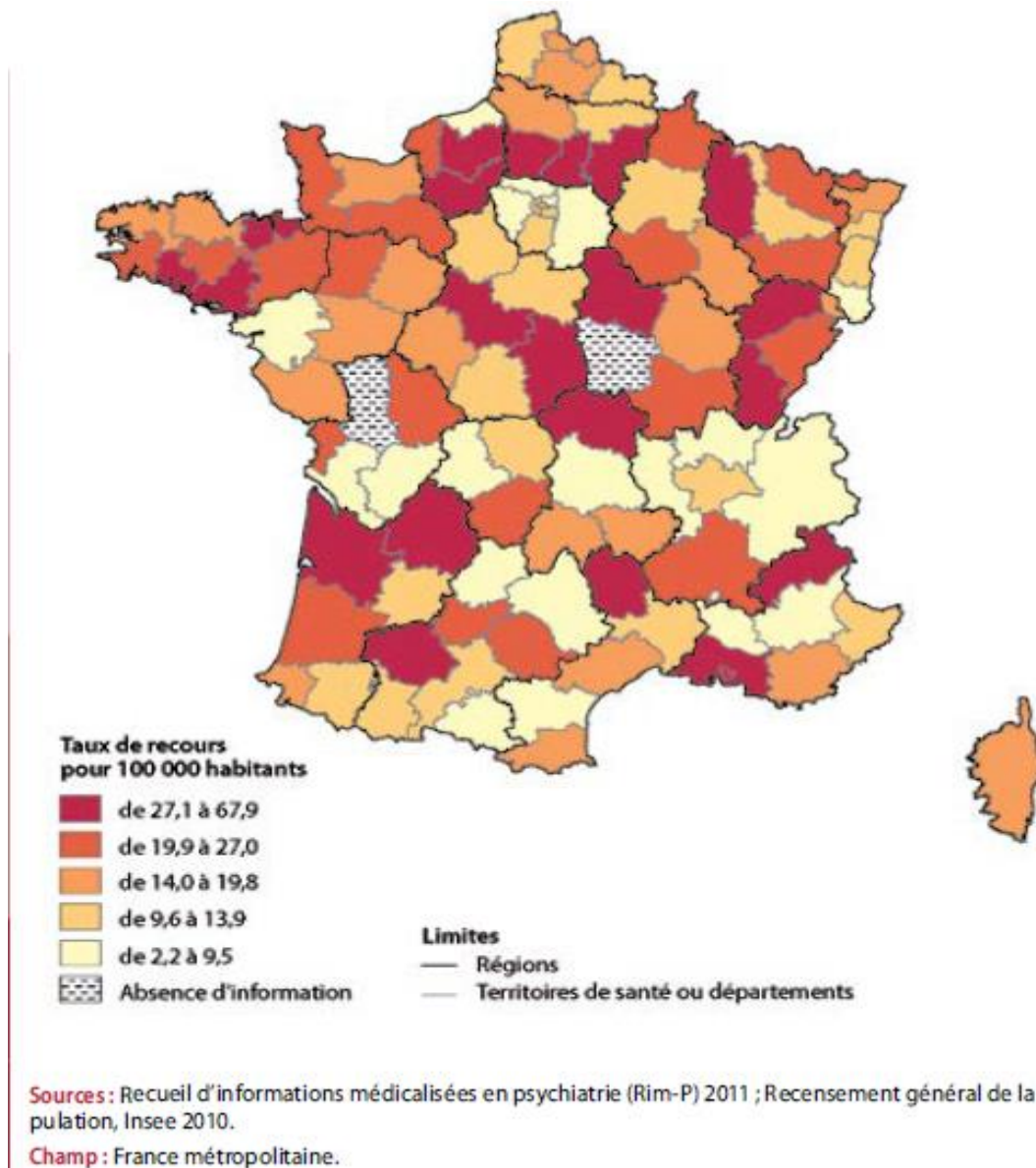


Source : ATIH. Scansanté

Les hospitalisations au long cours (d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente), sont peu nombreuses (12 700 patients en 2011 selon l'étude de l'IRDES de 2014 citée ci-dessous, soit 0,8 % de la file active en hospitalisation, mais représentant un quart des journées d'hospitalisation). Leur répartition selon les territoires montre de grandes disparités (un écart de 1 à 30).



Schéma 17 : Disparités géographiques des taux de recours à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie par territoire de santé en 2011



Source : Magali Coldefy et Clément Nestrigue. *L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. Questions d'Economie de la santé N°202. Octobre 2014.*

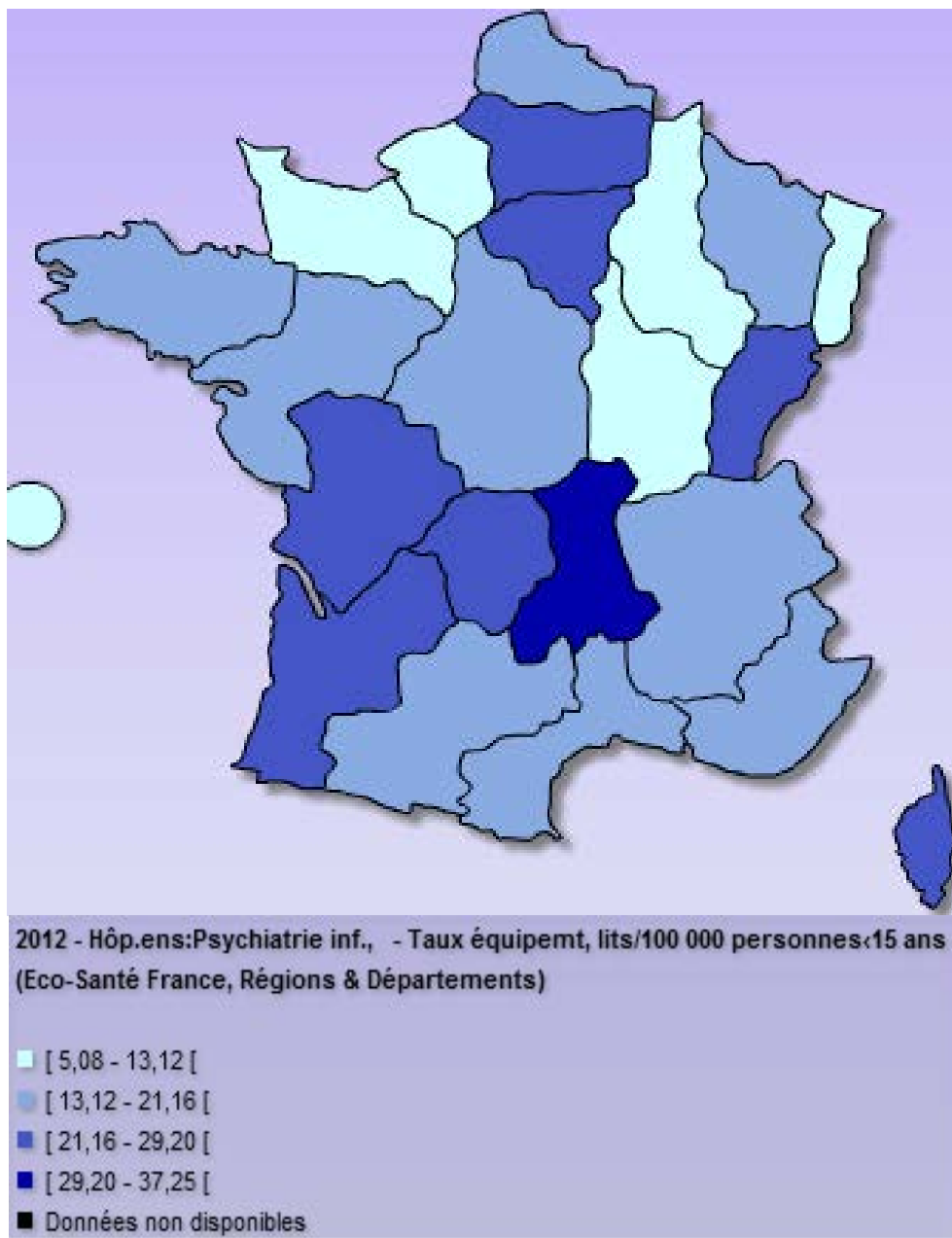
## 2 PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

En pédopsychiatrie, le dispositif de soins est surtout porté par des établissements publics (73 % des lits). Les ESPIC ont 18 % des lits et les cliniques privées à but lucratif 9 %<sup>187</sup>.

Le nombre de lits rapporté à 100 000 habitants de moins de 15 ans<sup>188</sup> a diminué de 6 % entre 2000 et 2012. Là aussi de fortes inégalités entre régions et départements se retrouvent, pouvant aller du simple au quadruple.

<sup>187</sup> Sources : données SAE 2016.

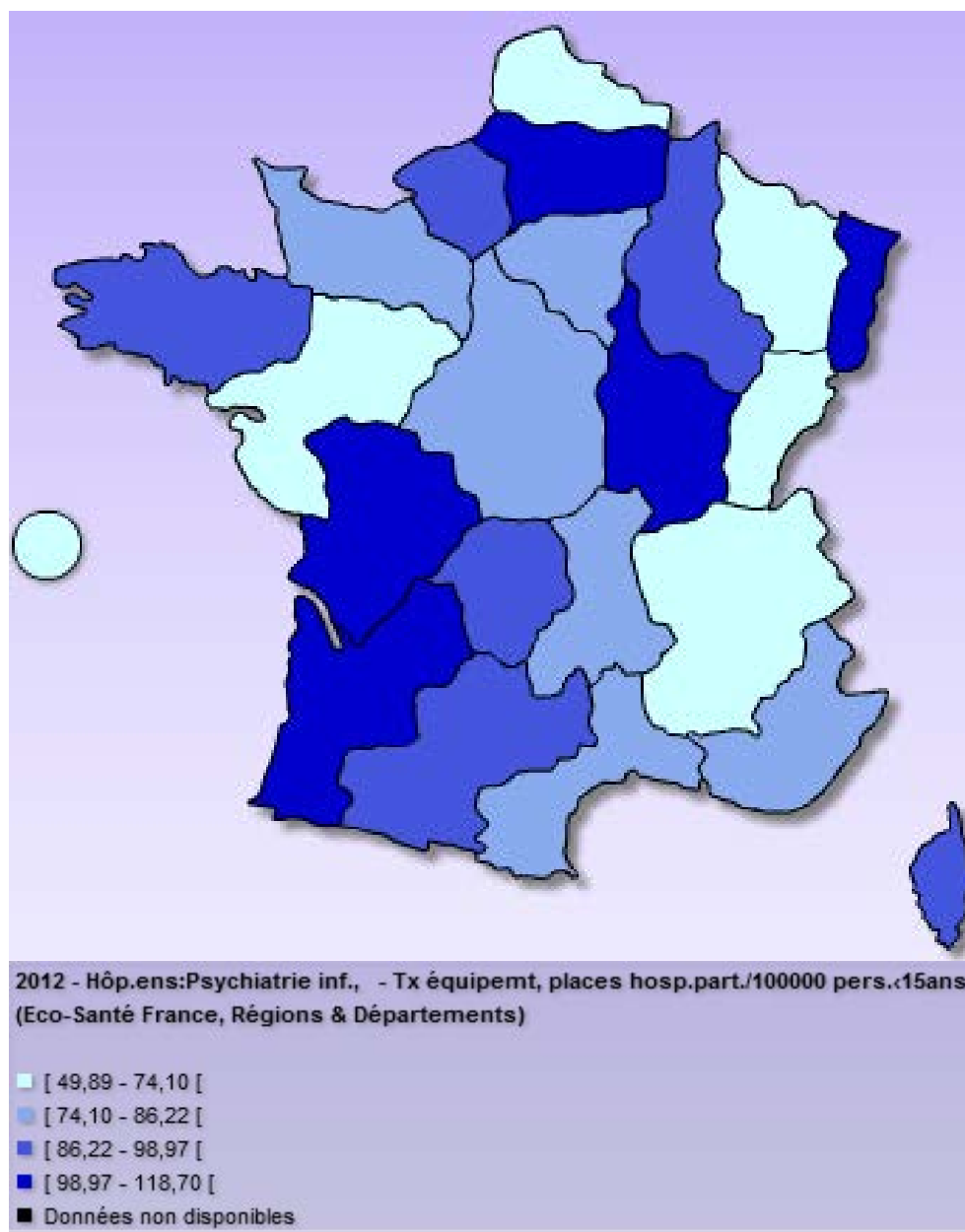
Schéma 18 : Densité en lits de pédopsychiatrie selon les régions en 2012



Source : Données IRDES. Eco-Santé.

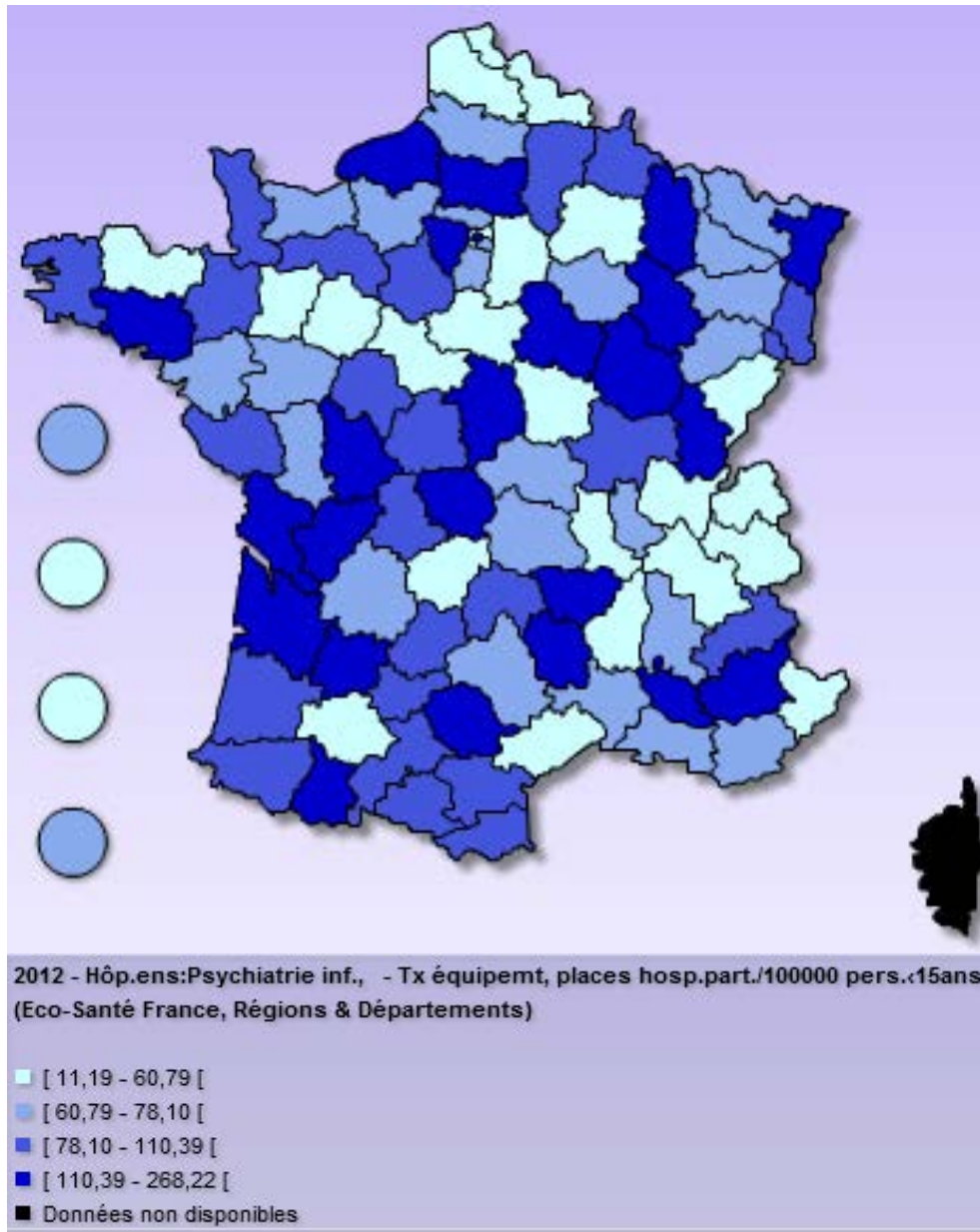
<sup>188</sup> Source : Données de l'IRDES. Eco-Santé.

Schéma 19 : Densité en places d'hospitalisation à temps partiel par régions en 2012



Source : Données IRDES. Eco-Santé.

Schéma 20 : Densité en places d'hospitalisation à temps partiel par départements en 2012



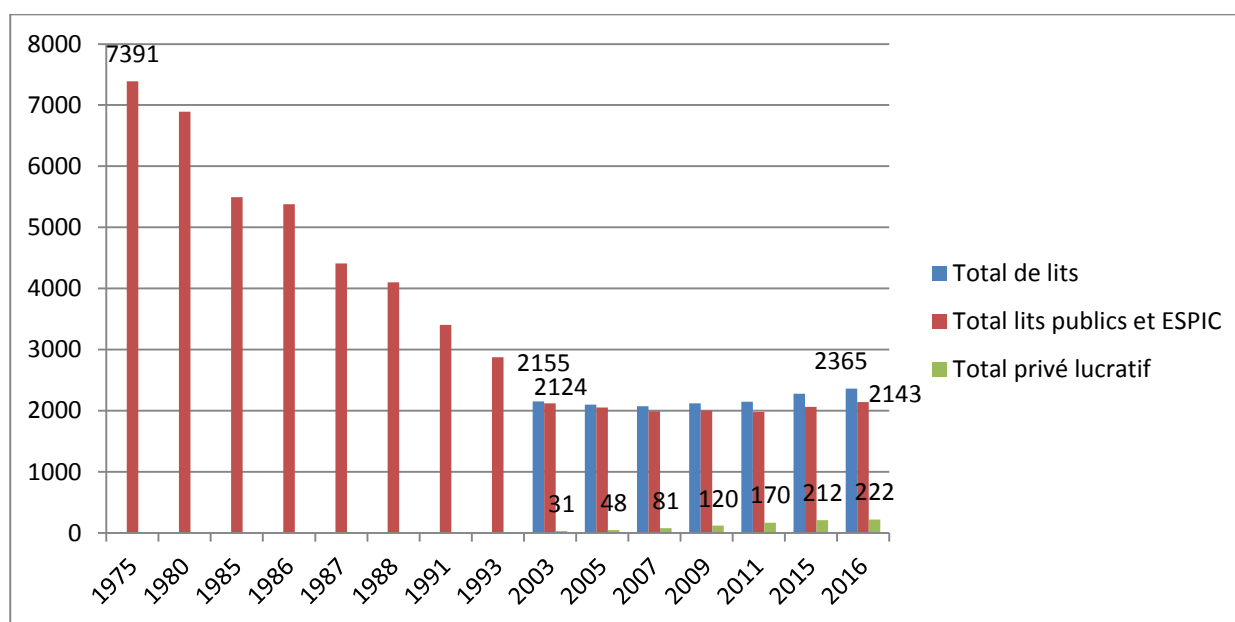
Source : Données IRDES. Eco-Santé.

## 2.1 Evolution des équipements

En 30 ans, le nombre des lits a été divisé par un peu plus de trois (68 % de lits supprimés).

Le nombre total de lits a augmenté de 9,7 % entre 2003 et 2016. Cette augmentation est due au développement du secteur privé à but lucratif (multiplication par 6,8 du nombre des lits) qui, aujourd'hui, représente environ 9 % des lits. Le secteur public et ESPIC est resté à peu près stable sur cette période.

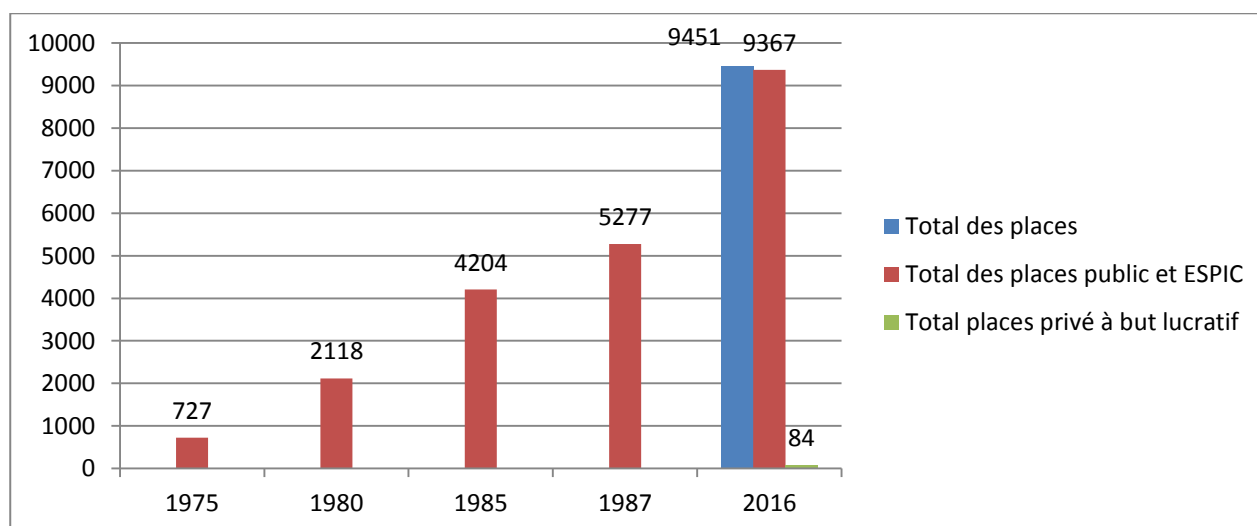
Graphique 37 : Evolution du nombre de lits de 1975 à 2015



Source : Voir données recueillies par la mission en fin d'annexe.

Le nombre de places en hospitalisation de jour a été multiplié par 13 en 40 ans. La quasi-totalité de ces places relèvent des établissements publics et des ESPIC.

Graphique 38 : Evolution du nombre de places en hospitalisation de jour en pédopsychiatrie



Source : Voir données recueillies par la mission en fin d'annexe.

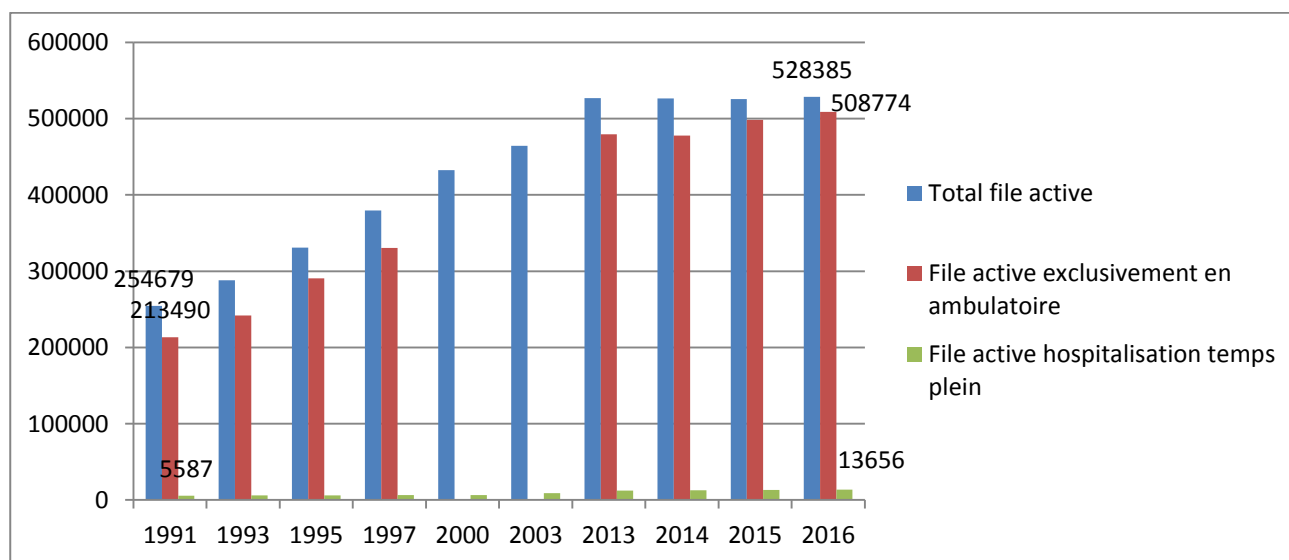
## 2.2 Evolution des activités

La file active des secteurs de pédopsychiatrie a doublé entre 1991 et 2016. Il en est de même pour la file active en hospitalisation temps plein.

Au sein de la file active totale, la part de la file active exclusivement en ambulatoire est passée de 83 % à 96 %, entre 1991 et 2016.

➤ **Activité en hospitalisation temps plein**

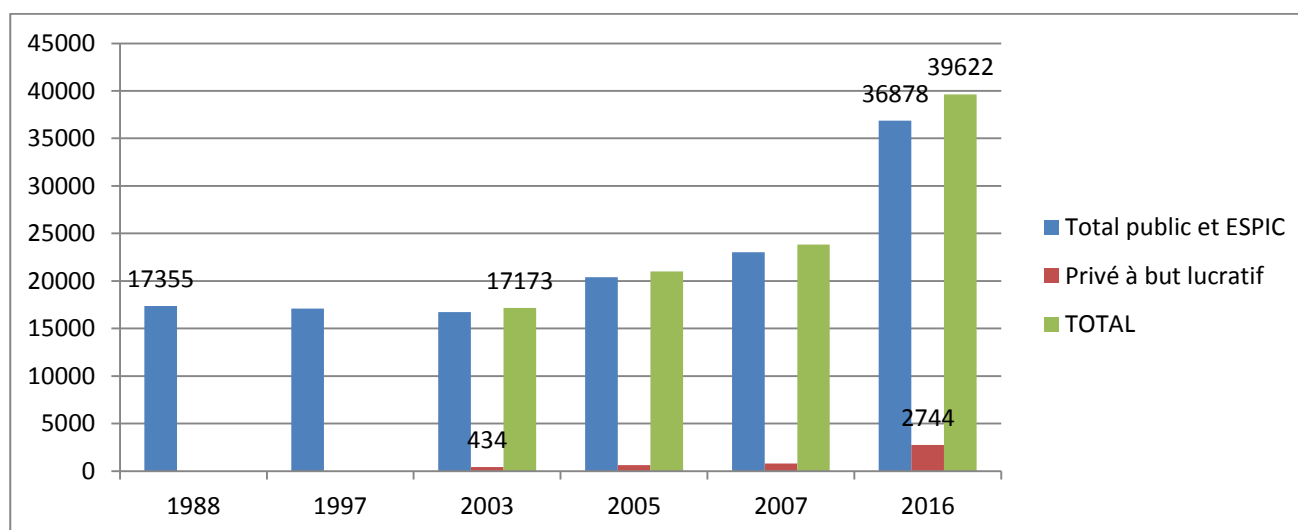
Graphique 39 : Evolution des files actives pour la pédopsychiatrie sectorisée



Source : Voir données recueillies par la mission à la fin de l'annexe

Le nombre des hospitalisations a été multiplié par un peu plus de deux en 30 ans. Le dispositif privé à but lucratif a pris de puis le début des années 2000, une place de plus en plus importante dans ces activités d'hospitalisation en pédopsychiatrie, mais qui reste somme toute encore modeste (7 %).

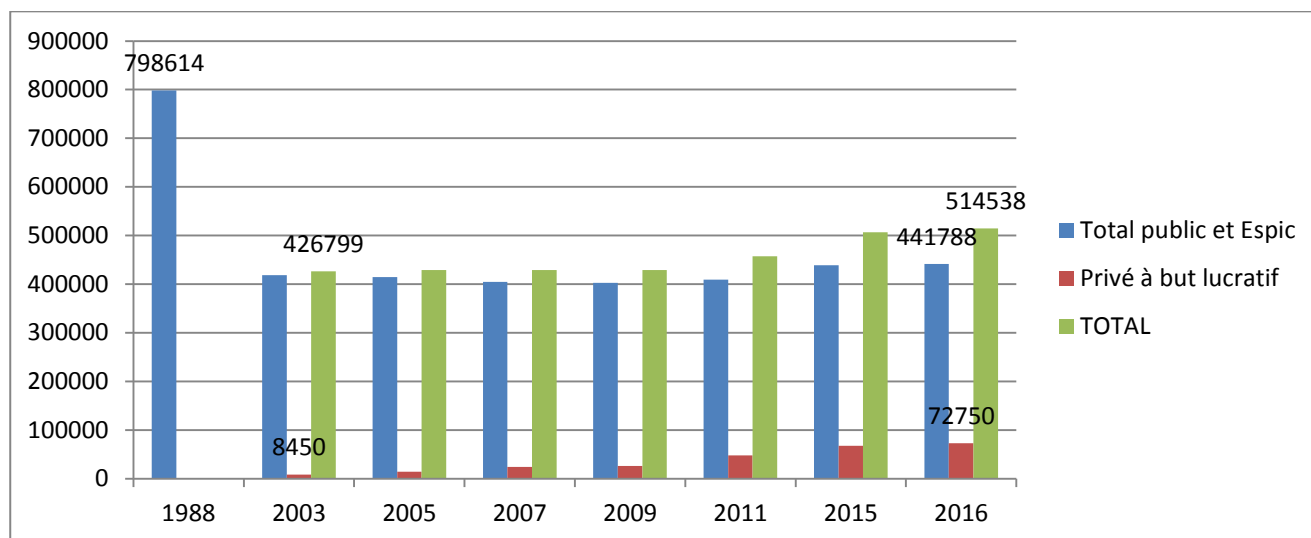
Graphique 40 : Evolution du nombre des hospitalisations



Source : Voir données recueillies par la mission à la fin de l'annexe. (La mission n'a pas retrouvé de données sur le dispositif privé à but lucratif avant 2003.)

Le nombre des journées d'hospitalisation a diminué d'environ 35 % en 30 ans, cependant il a suivi une tendance à la hausse à partir du début des années 2000 (augmentation de 20 % entre 2003 et 2016). Le dispositif privé à but lucratif a multiplié par 8,5 le nombre des journées d'hospitalisation qu'il réalise en pédopsychiatrie ces 13 dernières années. Il réalise 14 % du nombre total des journées d'hospitalisation en 2016 (il en réalisait 2 % en 2003).

Graphique 41 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation

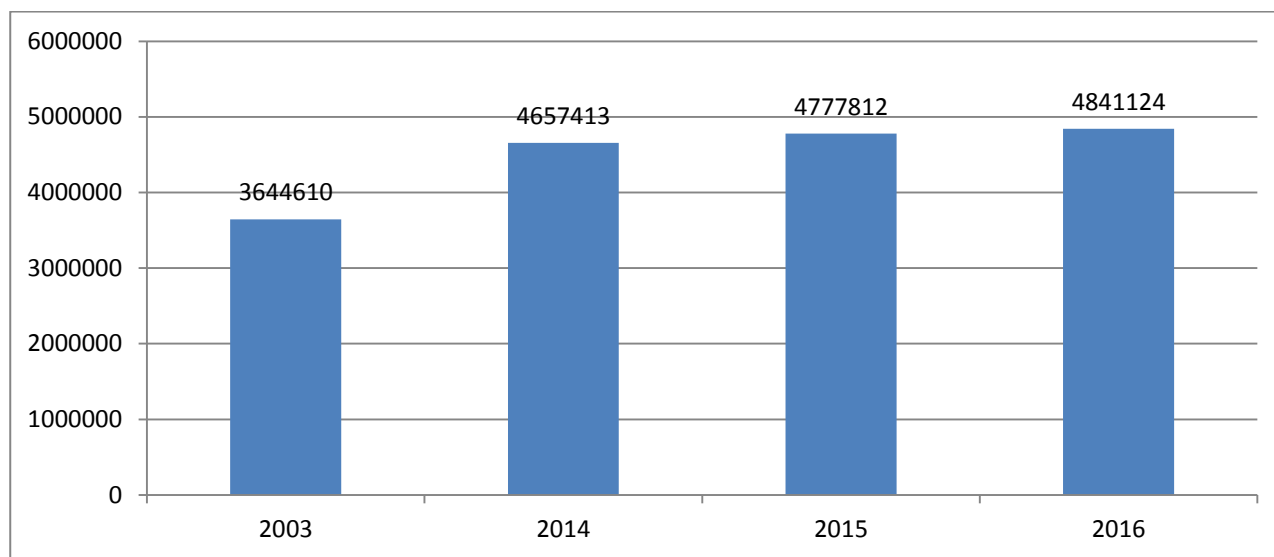


Source : SAE

➤ **Activités hors hospitalisation temps plein**

Le nombre des consultations en CMP a augmenté de 33 % en 13 ans.

Graphique 42 : Evolution du nombre des consultations en CMP entre 2003 et 2016



Source : DREES pour les données 2003 et SAE pour les données 2014 à 2016

### 3 LES DONNEES STATISTIQUES

#### 3.1 En psychiatrie générale

##### 3.1.1 Evolution des équipements

Tableau 23 : Evolution des lits, sans les lits de médecine pénitentiaire

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public- Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1975*				122432	15103	137535
1979*				122050	17563	139114
1980*				120984	18130	139133
1981*				118003	18130	136133
1984*				113882	13818	127700
1985*				99 574	14 379	113 953
1986*				96925		
1987*				93499		
1988*	60 387	15 389	14 354	90130		
1989*	57 434	15 061	13 678	86 173	14 795	100 968
1990**	56 176	14 814	13 110	84100 (145)	14111 (24)	98211
1991**				80537 (138)	14166 (24)	94648
1992**				75808 (129)	14065 (24)	89873
1993**				72026 (122)	13885 (23)	85911
1994**				64996 (109)	14539 (24)	79535
1995**				63121 (106)	13863 (23)	76984
1996**				59693 (100)	14310 (24)	74003
1997**	35727	13284	8378	57389 (96)	13891 (23)	71280
2000						60 568
2001						59 841
2002						58 492
2003	39 361		7 397	46 758	10 712	57 450
2004						56 892
2005***	38 482		7 191	45 673	10 827	56 500
2006**						55 921



2007**						55 566
2008**	36 899		7 507	44 406	11 417	55 823
2009**	36 580		7 280	43 860	11 630	55 490
2010**						55 040
2011**	36 000		7 240	43 240	12 150	55 390
2012**	36 000		7 010	43 010	12 700	55 710
2014**				42156	13056	55 212
2015**	34 776		6 944	41 720	13 138	54 858
2016**	34 224		6 953	41 177	13 369	54 546

\* Données du SESI (service des statistiques, des études et de systèmes d'information) devenu depuis la DREES.

\*\* Données DREES. SAE.

(...) : nombre de lits pour 100 000 habitants.

Source : Données Eco-santé pour les années 2000 à 2012, en total établissements.

Tableau 24 : Evolution du nombre des places en hospitalisation de jour

Année	Public et faisant fonction de public			Privé	TOTAL Public- Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public		
1988*	9 279	4 048	1 889		
2011**	13 630		3 150	820	17 600
2012**	13 680		3 210	970	17 860
2015**	13 545		3 343	1 300	18 188
2016**	13 700		3 369	1374	18 443

Source : \*SESI ; \*\*SAE

## 3.1.2 Evolution des activités

Tableau 25 : Evolution des files actives dans les services de psychiatrie sectorisés

Année	File active (1)	File active hospitalisation temps plein (2)	File active exclusivement en hospitalisation temps plein	File active ambulatoire (3)	File active exclusivement en ambulatoire	Personnes présentes en hospitalisation temps plein hospitalisées depuis plus d'un an
1987*	750 000	319 200	176 800	572 800	430 400	
1989*	708 018	250 354	127 776	561 241	426 236	
1991**	759 644	249 764		597 123		
1993**	832 681	258 124	109 265	686 173	494 742	
1995**	923 136	267 943	112 818	779 128	570 255	
1997**	1 036 049	281 876	119 838	895 307	668 504	
2000**	1 148 354	294 483	126 396	980 251	750 771	
2003**	1 228 495	301 925	131 944	1 051 036	830 365	
2011**	1 561 915	340 530			1 115 563	14 043
2012**	1 623 230	342 479			1 122 124	13 735
2013***	1 658 681	344 538			1 176 025	14 050
2014***	1 685 814	338 263			1 219 119	13 477

(1) Nombre de patients différents pris en charge par le secteur, quelle que soit la modalité du soin.

(2) Nombre de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année en hospitalisation temps plein.

(3) Nombre de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire.

\* Etude réalisée par Bénédicte BOISGUERIN, Direction Générale de la Santé (Bureau 3C), à partir de rapports annuels de secteur.

\*\* Source : DREES. Rapports de secteurs de psychiatrie générale. Panorama des établissements 2005.

\*\*\* Source : SAE

Tableau 26 : Evolution du nombre des hospitalisations

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1988*	186 361	122 559	39 177	348 097		
1991*	230 023	133 578	48 420	412 021	111 611	523 632
1997**	258 924	162 362	51 132	472 418	114 446	586 864
2003***	446 013		57 611	503 624	111 049	614 673
2005***	442 872		61 722	504 594	110 978	615 572
2007***	432 616		62 652	495 268	110 772	606 040
2016***	393 660		67 027	460 687	120 384	581 071

\* Données du SESI (service des statistiques, des études et de systèmes d'information) devenu depuis la DREES.

\*\* Données DREES. SAE-97.

\*\*\* SAE

Tableau 27 : Evolution du nombre de journées d'hospitalisation

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1988*	15 783 352	4 066 039	4 312 854	24 162 245		
1991*	14 122 179	3 885 455	3 768 751	21 776 385	5 014 838	26 791 223
1997**	9 887 431	3 756 849	2 495 241	16 139 521		
2003***	12 433 438		2 300 947	14 734 385	3 801 548	18 535 933
2004***	12 338 936		2 142 040	14 480 976	3 899 120	18 380 096
2005***	12 291 275		2 244 345	14 535 620	3 862 433	18 398 053
2007***	12 035 691		2 261 151	14 296 842	3 893 789	18 190 631
2008***	12 012 413		2 351 307	14 363 720	4 125 304	18 489 024
2009***	11 886 700		2 311 500	14 198 200	4 149 500	18 347 700
2011***	11 689 700		2 274 500	13 964 200	4 294 800	18 259 000
2012***	11 676 800		2 229 100	13 905 900	4 408 900	18 314 800
2015***	11 157 231		2 179 187	13 336 418	4 593 206	17 929 624
2016***	10 942 565		2 130 336	13 072 901	4 663 494	17 736 395

\* Données du SESI (service des statistiques, des études et de systèmes d'information) devenu depuis la DREES.

\*\* Données DREES. SAE-97.

\*\*\* SAE.

Tableau 28 : Evolution des DMS

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1965*				290 jours		
1970*				234 jours		
1975*				146 jours		
1980*				114 jours		
1985*				80 jours	50,9 jours	
1987*				70 jours		
1988*	84,7 jours	33,2 jours	110,1 jours	69,4 jours	49,7 jours	
1989*				60,9 jours	47,9 jours	
1997**	38,2	23,4				
2011***				54,5		
2012***				55,7		
2013***				55,1		
2014***				54,3		
2015***				54		

\* Données du SESI (service des statistiques, des études et de systèmes d'information) devenu depuis la DREES.

\*\* Données DREES. SAE-97.

\*\*\* : Durée moyenne d'hospitalisation (DMH). Source ATIH.

Tableau 29 : Evolution du nombre de journées en hospitalisation de jour

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1988	1 109 626	549 637	411 498	2 070 761		
2008	2 681 496		616 138	3 297 634	159 613	3 457 247
2009	2 632 600		631 300	3 263 900	178 900	3 442 800
2011	2 618 000		601 200	3 219 200	226 000	3 445 200
2015	2 514 506		591 403	3 105 909	413 511	3 519 420
2016	2 475 808		599 820	3 075 628	457 358	3 532 986

Source : SESI et SAE

Tableau 30 : Evolution du nombre d'actes de consultation en CMP

Année	Public et faisant fonction de public			
	<i>CHS</i>	<i>Psy en Hôpital général</i>	<i>Faisant fonction de public</i>	<i>TOTAL Public</i>
2014	8 907 483		1 104 833	10 012 316
2015	9 127 731		1 089 100	10 216 831
2016	9 265 779		1 142 317	10 408 096

Source : SAE. Panorama des établissements de santé

## 3.2 En psychiatrie infanto-juvénile

### 3.2.1 Evolution des équipements

Tableau 31 : Evolution du nombre des lits

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	<i>CHS</i>	<i>Psy en Hôpital général</i>	<i>Faisant fonction de public</i>	<i>TOTAL Public</i>		
1975				7 391		
1980				6 894		
1985				5 496		
1986				5 380		
1987				4 413		
1988	2 875	888	341	4 104		
1991				3 406		
1993				2 874		
1997	1 248	660				
2003	1 746		378	2 124	31	2 155
2005	1 691		361	2 052	48	2 100
2007	1 624		369	1 993	81	2 074
2009	1 640		360	2 000	120	2 120
2011	1 600		380	1 980	170	2 150
2015	1 660		405	2 065	212	2 277
2016	1 722		421	2 143	222	2 365

Source : SESI et SAE

Tableau 32 : Evolution du nombre des places en hospitalisation de jour

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public-Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1975				727		
1980				2 118		
1985				4 204		
1987				5 277		
2016	7 680		1 687	9 367	84	9 451

Source : SESI et SAE

### 3.2.2 Evolution des activités

Tableau 33 : Evolution des files actives des secteurs de pédopsychiatrie

Année	File active (1)	File active hospitalisation temps plein (2)	File active exclusivement en hospitalisation temps plein	File active ambulatoire (3)	File active exclusivement en ambulatoire	Personnes présentes en hospitalisation temps plein hospitalisées depuis plus d'un an
1987*						
1989*						
1991**	254 679	5 587	1 997	235 382	213 490	
1993**	288 081	6 222	2 088	261 105	241 7	
1995**	330 947	6 058	1 845	310 024	290 624	
1997**	379 672	6 593	2 029	364 577	330 402	
2000**	432 317	6 608		418 032		
2003**	464 105	8 999		451 085		
2013**	526 688	12 285			479 291	237
2014**	526 241	12 860			477 786	314
2015***	525 545	13 004			498 054	202
2016***	528 385	13 656			508 774	1 391

(1) Nombre de patients différents pris en charge par le secteur, quelle que soit la modalité du soin.

(2) Nombre de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année en hospitalisation temps plein.

(3) Nombre de personnes prises en charge au moins une fois dans l'année en ambulatoire.

\* Etude réalisée par Bénédicte BOISGUERIN, Direction Générale de la Santé (Bureau 3C), à partir de rapports annuels de secteur.

\*\* Source : DREES. Rapports de secteurs de psychiatrie générale. Panorama des établissements 2005.

\*\*\* Source : SAE.

Tableau 34 : Evolution du nombre des hospitalisations

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public- Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1988	8 022	6 558	2 775	17 355		
1997	8 091	7 573	1 439	17 103		
2003	14 550		2 189	16 739	434	17 173
2005	17 140		3 250	20 390	628	21 018
2007	19 846		3 170	23 016	814	23 830
2016	30 889		5 989	36 878	2 744	39 622

Source : SESI et SAE

Tableau 35 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation

Année	Public et faisant fonction de public				Privé	TOTAL Public- Privé
	CHS	Psy en Hôpital général	Faisant fonction de public	TOTAL Public		
1988	568 107	153 092	77 415	798 614		
1997	239 226	129 362				
2003	336 927		81 422	418 349	8 450	426 799
2005	336 719		78 001	414 720	14 332	429 052
2007	326 420		78 186	404 606	24 584	429 190
2009	326 200		76 400	402 600	26 300	428 900
2011	329 200		80 370	409 570	47 830	457 400
2015	356 608		82 313	438 921	67 999	506 920
2016	355 455		86 333	441 788	72 750	514 538

Source : SESI et SAE

Tableau 36 : Evolution du nombre des actes de consultation en CMP

Année	Public et faisant fonction de public			Privé	TOTAL Public- Privé
	<i>CHS</i>	<i>Psy en Hôpital général</i>	<i>Faisant fonction de public</i>		
2003*				3 644 610	3 644 610
2014**	4 057 583		599 830	4 657 413	-
2015**	4 185 144		592 668	4 777 812	-
2016**	4 257 835		583 289	4 841 124	

Source : \*DREES. *La prise en charge en santé mentale. 2007* ; \*\*SAE. *Panorama des établissements de santé*





# ANNEXE 16 :

## ANALYSE DES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES RELATIFS AUX GHT ET CPT

La loi du 26 janvier 2016 a prévu la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de communautés psychiatriques de territoire (CPT), en précisant de façon assez générale les règles d'appartenance des établissements publics de santé à ces ensembles et les territoires correspondant à leur organisation. Elle prévoit par ailleurs l'élaboration de projets territoriaux de santé mentale (PTSM), au niveau de territoires de santé mentale qui ne sont pas précisément définis.

### 1 LES REGLES D'APPARTENANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE AUX GHT ET CPT

Chaque établissement public de santé doit être membre d'un GHT, sauf dérogation<sup>189</sup>. De telles dérogations ont été accordées à des CHU (par exemple, l'APHP à Paris) et à des établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie (par exemple, Le Vinatier à Lyon). Sur 135 GHT, 4 sont exclusivement composés d'établissements spécialisés en psychiatrie. La loi le permet sans en formuler la possibilité explicitement.

L'article 5 du décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire précise que le directeur général de l'ARS arrête la composition des GHT<sup>190</sup>. Ainsi, s'il devait être décidé que les établissements psychiatriques ne sauraient bénéficier d'une dérogation les autorisant à ne pas faire partie d'un GHT, ou ne pourraient pas constituer à eux seuls un GHT, il suffirait d'une instruction donnée par circulaire aux directeurs d'ARS par l'autorité ministérielle. Il ne devrait pas en effet être nécessaire de modifier la loi sur ce point puisque cette instruction ne rendrait pas caduque l'application de cette disposition législative. Elle ne ferait qu'en limiter sa portée en ne l'appliquant pas aux établissements autorisés en psychiatrie. Limitation que la loi rend elle-même possible en prévoyant une dérogation qui requiert qu'elle puisse être accordée ou refusée par le directeur de l'ARS.

Selon la loi, une communauté psychiatrique de territoire peut être constituée par des établissements de service public hospitalier, signataires d'un même contrat territorial de santé mentale<sup>191</sup>. La loi ne précise pas si ces établissements sont autorisés ou pas à pratiquer des soins psychiatriques mais le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés

---

<sup>189</sup> « Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. »

<sup>190</sup> « Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le 1er juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition ». »

<sup>191</sup> « Art. L. 3221-2. « VI. – Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret. »

psychiatriques de territoire précise que ce sont des établissements autorisés en psychiatrie qui créent une CPT. Il conviendrait donc de procéder à des amendements de ce décret, pour rendre possible une CPT constituée à partir d'un seul établissement autorisé en psychiatrie quand c'est le cas dans un GHT, ou constituée entre un ESPIC et un hôpital général ne disposant pas de service psychiatriques, mais gérant les urgences (exemple du département de la Haute-Loire vu par la mission). Ainsi, un ESPIC peut fort bien former une CPT avec un hôpital général ne disposant pas de services de psychiatrie.

Un établissement public de santé peut, avec l'accord du directeur de l'ARS, être associé à un GHT dont il ne fait pas partie, par le biais de la CPT à laquelle par ailleurs il appartient<sup>192</sup>. Cette disposition permet deux cas de figure qui ne sont pas explicitement définis par la loi :

- l'établissement public est membre d'un GHT et est associé à un autre par le biais de la CPT à laquelle il appartient (c'est le cas par exemple pour l'hôpital Saint-Maurice Esquirol qui est membre du GHT94 Nord et de la CPT constituée avec le GHT Paris Psychiatrie et neurosciences, et donc associé à ce GHT) ;
- l'établissement ne fait pas partie d'un GHT parce qu'il a obtenu une dérogation et peut donc constituer une CPT et s'associer au GHT qui sera aussi membre de celle-ci.

Cette possibilité pour un établissement public d'une double appartenance, à un GHT et à une CPT constituée avec d'autres établissements publics membres d'autres GHT, dépend de l'accord du directeur de l'ARS. S'il était décidé qu'une CPT ne peut réunir des établissements publics membres chacun de GHT différents, l'autorité ministérielle pourrait donner aux directeurs des ARS une telle instruction. En prévoyant une autorisation du directeur de l'ARS, la loi prévoit bien que cette possibilité d'un établissement public d'être membre d'un GHT et associé à un autre peut être limitée. Mais si l'instruction donnée aux ARS est générale, elle rend caduque la disposition législative et ne se contente plus de seulement en limiter l'application. L'instruction pourrait porter sur une autorisation donnée que pour les établissements bénéficiant d'une dérogation à faire partie d'un GHT. Mais, comme de telles dérogations, par l'instruction indiquée précédemment, disparaîtraient, on en reviendrait à une instruction générale rendant caduque la disposition législative.

En conséquence, pour faire en sorte qu'une CPT ne puisse réunir des établissements publics membres chacun de GHT différents, il faudrait abroger le V. de l'article L. 6132-1. Et remplacer cet article de loi par un article disant qu'une CPT ne peut réunir des établissements publics membres chacun de GHT différents. Il faudrait aussi abroger l'article D. 6136-8 qui a été pris en application<sup>193</sup> du V de l'article L.6132-1.

---

<sup>192</sup> « Art. L. 6132-1. « V. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2. »

<sup>193</sup> « Art. D. 6136-8.-Lorsque l'un des membres de la communauté psychiatrique de territoire est partie à un groupement hospitalier de territoire, la communauté psychiatrique de territoire est associée par le groupement à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet psychiatrie et santé mentale du projet médical partagé. La communauté psychiatrique de territoire et le groupement hospitalier de territoire définissent les modalités de leur coopération destinée à prendre en compte les orientations du projet territorial de santé mentale. »

## 2 LES TERRITOIRES DES GHT, DE LA CPT, DU PTSM

La loi ne précise pas ce que doit être le territoire d'un GHT, ni celui de la CPT, ni celui du PTSM.

Pour la CPT, rien n'est dit sur son territoire, ni dans la loi ni dans le décret, si ce n'est que son appellation fait référence à un territoire. Il est précisé que la CPT réunit les établissements publics signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, qui décline les actions du PTSM<sup>194</sup>. Cependant, le territoire de la CPT n'est pas forcément celui du territoire de santé mentale dans la mesure où rien n'empêche que plusieurs CPT se constituent sur un même territoire de santé mentale.

Le territoire de santé mentale n'est pas défini par la loi mais les textes d'application en font le territoire du PTSM<sup>195</sup> et, la loi précise, au sujet du PTSM, qu'il doit être établi par rapport à « *un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées* »<sup>196</sup>.

Ce sont les acteurs de santé mentale qui s'autosaisissent pour déterminer la limite du territoire de santé mentale<sup>197</sup>. Ils adressent cette délimitation au directeur de l'ARS qui « *veille...à la pertinence du choix du territoire retenu* »<sup>198</sup>. Il faut donc un accord du directeur de l'ARS sur le choix proposé par les acteurs de santé mentale d'un territoire de santé mentale.

Le territoire du GHT n'est pas défini et il serait utile de préciser dans un texte réglementaire, en application de la loi, ce qu'est le territoire du GHT. Ce territoire pourrait être le territoire de santé, ce qui serait logique, puisqu'un GHT a pour objet de « *mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient* »<sup>199</sup>, il devrait donc se concevoir à l'échelle d'un territoire de santé défini justement pour englober les établissements qui sont complémentaires dans la réponse aux besoins d'une population. Cela exigerait de revoir la configuration de certains GHT. L'application de ce texte réglementaire devrait donc être progressive.

---

<sup>194</sup> En effet, le contrat territorial de santé mentale est également cité dans le code de santé publique comme l'outil permettant la mise en œuvre du PTSM « Art. L.3221-2 - V. Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. » Il n'y a cependant aucune obligation que ce soit le cas. Il faut signaler que les CPT sont constituées en l'absence de PTSM et de contrat en déclinant les actions. Par ailleurs, seules certaines parties au contrat pourraient décider de conclure une CPT (sur un territoire plus restreint donc).

<sup>195</sup> « Art. R. 3224-2.-I.-Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence. »

<sup>196</sup> « Art. L. 3221-2. – I. – Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. »

<sup>197</sup> cf. Art. R. 3224-2.-I.-

<sup>198</sup> « Art. R. 3224-2 III. L'agence régionale de santé anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant. »

<sup>199</sup> « Art. L. 6132-1. –II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ».

L'articulation entre le territoire du GHT et ceux de la CPT n'est pas précisée. Mais, le fait qu'un établissement public, appartenant à un GHT, puisse être membre d'une CPT dont peut faire partie un autre établissement public qui n'est pas dans le même GHT, laisse entendre que territoire du GHT et territoire de la CPT peuvent être différents. Pour être plus clair, la loi a permis que les établissements de soins psychiatriques puissent être dans une double appartenance, GHT d'un côté avec des établissements de soins somatiques, CPT de l'autre avec des établissements de soins psychiatriques. GHT et CPT ne se superposent donc pas forcément. L'abrogation du V de l'article L.6132-1 et de l'article D. 6136-8 mettrait fin à cette situation, permettrait de prendre un texte réglementaire précisant que territoire du GHT et territoire de la CPT sont les mêmes, pour indiquer une référence territoriale sur laquelle par ailleurs la loi ne dit rien explicitement.

Dans cette logique, l'intérêt de la CPT se trouve implicitement déplacé. Il n'est plus dans le fait de constituer une union entre établissements de santé en psychiatrie, déjà réalisée par le GHT, mais dans le développement des associations prévues par les textes avec un ensemble de partenaires médico-sociaux, sociaux, associatifs.

Enfin, pour assurer la cohérence de l'ensemble de ces outils, il faudrait préciser l'articulation avec le territoire de santé mentale. La loi ne dit rien sur sa délimitation. Le décret du 27 juillet 2017 prévoit que le directeur de l'ARS veille à la pertinence de sa délimitation. Une simple instruction ministérielle pourrait donc demander à ce que soit considérées comme pertinentes les délimitations qui font coïncider au territoire de santé, le territoire du GHT, celui de la CPT, et celui de la santé mentale. Mais alors, la disposition de l'article R. 3224-2 disposant que « *les acteurs de santé mentale adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale* » n'est plus appliquée, car que signifierait une telle démarche des acteurs en santé mentale quand la décision de l'ARS serait prise avant même qu'elle ait lieu. Il faudrait donc abroger cette disposition présente dans le décret du 27 juillet 2017.

### **3 LES MESURES A PRENDRE POUR SIMPLIFIER ET RENDRE OPERATIONNEL LE DISPOSITIF D'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE MIS EN PLACE PAR LA LOI DU 26 JANVIER 2016 ET SES TEXTES D'APPLICATION**

Faire en sorte que territoire de santé, territoire du GHT, territoire de la CPT et territoire de santé mentale soient un même territoire, faire en sorte que les établissements publics de psychiatrie appartenant à une CPT soient forcément membres d'un même GHT, orienter l'intérêt de la CPT vers la construction du partenariat avec le médico-social, le social et les acteurs associatifs, exigerait de prendre plusieurs dispositions législatives, réglementaires, et de donner des instructions aux ARS par voie de circulaire. Ces dispositions sont ici résumées :

- une instruction donnée par voie de circulaire aux ARS pour mettre fin aux dérogations données aux établissements psychiatriques les autorisant à ne pas faire partie d'un GHT ;
- une instruction donnée par voie de circulaire aux ARS pour ne plus autoriser la constitution de GHT psychiatriques ; modification du décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire pour rendre possible une CPT constituée à partir d'un seul établissement autorisé en psychiatrie ou d'un ESPIC et d'un hôpital général qui n'est pas autorisé en psychiatrie (mais lié à la psychiatrie pour les urgences, la psychiatrie de liaison) ;

- abrogation du V de l'article L.6132-1, pour ne plus permettre qu'un établissement psychiatrique soit dans une double appartenance, GHT et CPT distincts ; et article de loi à substituer à celui qui est abrogé pour préciser qu'une CPT ne peut réunir des établissements publics membres chacun de GHT différents ;
- abrogation de l'article D. 6136-8 qui définit le mode d'association entre établissements psychiatriques ayant une double appartenance GHT et CPT distincts ;
- abrogation de dispositions du décret du 27 juillet 2017 (R. 3224-2) prévoyant que les acteurs de santé mentale délimitent le territoire de santé mentale ;
- un texte réglementaire pris en application de la loi du 26 janvier 2016 précisant que le territoire de santé est le territoire du GHT, est celui de la CPT, est le territoire de santé mentale.



# **MONOGRAPHIES D'ETABLISSEMENTS**





# MONOGRAPHIE 1 :

## POLE 59G21 DE L'ETABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE LILLE-METROPOLE (59)

Le secteur 59G21 appartient à l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole (EPSM d'Armentières), établissement de santé gérant 10 pôles de psychiatrie dont un pôle infanto-juvénile. En 40 ans, ce secteur a intégré l'ensemble de son dispositif de soins dans la ville, passant de 209 lits en 1971 à 10 aujourd'hui (12 lits pour 100 000 habitants). 75 % de ses professionnels sont affectés dans la cité, en dehors de l'hospitalisation temps plein. Les effectifs du pôle sont de 125 ETP non médicaux. Le secteur devenu pôle s'est pratiquement autonomisé par rapport à l'EPSM dont il dépend. Il ne dispose plus de lieux de soins, ni même de coordination, localisés sur le site de l'établissement.

Toute la logique d'organisation et de fonctionnement de ce secteur est centrée sur la gestion d'un « parcours de rétablissement ». Le rétablissement est conçu comme étant « le moteur et le guide des pratiques », d'où la création de la charte rétablissement du pôle.

Cette logique d'organisation est aussi centrée sur le développement de l'*empowerment* des usagers et des aidants, à travers leur participation au fonctionnement du secteur ainsi que la citoyenneté pour tous, qui se traduit par la création d'un conseil de santé et de santé mentale et citoyenneté, présidé par les élus locaux des villes situées sur le territoire du secteur.

Cette organisation territoriale et citoyenne a permis à l'EPSM Lille-Métropole de devenir Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale en 2002.

### 1 LE POSITIONNEMENT DU SECTEUR DANS SON ENVIRONNEMENT

#### ➤ *L'offre libérale existante*

L'offre libérale sur le territoire du secteur est restée longtemps inexistante. Un psychiatre libéral s'est installé en 2015. De manière plus générale, cette offre libérale est faible en région Nord-Pas-de-Calais (3 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, contre 10 pour 100 000 en moyenne nationale).

Il existe 12 psychologues installés en libéral sur le territoire du secteur.

#### ➤ *Les relations avec les médecins généralistes*

Le lien est systématique avec les médecins généralistes. Un courrier est demandé pour chaque nouvelle demande. Les retours écrits sont systématiques après chaque consultation.

Autant que possible, les patients sont ré-adressés à leur médecin traitant généraliste.

Une astreinte des médecins du pôle est organisée, 24h sur 24, 7 jours sur 7. Les médecins généralistes disposent du numéro de téléphone auquel joindre le psychiatre du pôle d'astreinte. Une permanence d'accueil téléphonique est organisée 24/24 par un infirmier spécialement dédié la nuit.

➤ ***L'association intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté (AISSMC) :***

L'AISSMC a une mission plus large que le conseil local de santé mentale. Son territoire est celui du pôle.

Il est géré par une association dont la présidence du conseil d'administration (CA) est assurée par un élu communal. Sont membres du CA, outre les élus des 6 communes associées, des représentants de l'EPSM, des bailleurs sociaux, de l'Union Nationale des Familles et Amis de Malades Mentaux (UNAFAM) et bien d'autres partenaires. Une coordinatrice a été recrutée, financée pour partie par l'ARS, l'EPSM et les communes membres de l'AISSMC. Le budget est de 50 000€. L'AISSMC répond à des appels à projet dans le domaine de la prévention et de la culture lancés par divers financeurs.

Un contrat local de santé a été signé entre les mairies, l'ARS, la préfecture. Il vise à renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention, à améliorer l'offre et l'accès aux soins et l'offre médico-sociale, avec 4 thématiques prioritaires : la santé mentale, les conduites addictives, le cancer et les déterminants de santé.

Des forums trimestriels sont organisés par les médiateurs de santé pairs avec les usagers, afin de recueillir leur avis et améliorer la démocratie sanitaire. Des porte-paroles ont été élus lors d'élections.

➤ ***Les relations avec le médico-social et le social***

Il n'y a pas de convention avec les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En revanche les équipes des deux SMPP (services médico-psychologiques de proximité) interviennent autant que de besoin dans les EHPAD implantés sur le territoire du secteur. Certains EHPAD ont des bureaux à disposition pour des consultations de personnes externes à ces établissements. De la même façon, les équipes interviennent dans les structures d'accueil (CHRS Centre d'Hébergement et de réinsertion sociale), les missions locales, les Centres Communaux d'Action Sociale...

## 2 DESCRIPTION DU DISPOSITIF DE SOINS

Le cœur du dispositif de soins et d'accompagnement du secteur est situé hors les murs de l'hôpital. L'activité du secteur est organisée comme un ensemble d'interventions dans des lieux dédiés (lieux de soins, dont l'hôpital, ou locaux partagés) ou au domicile des patients (75 % des actes infirmiers ont lieu au domicile). Ces interventions sont pilotées par une plateforme de coordination. Elle consiste en des locaux, uniquement réservés aux professionnels, d'où se décident et partent toutes les interventions en direction des usagers. Deux fois par jour (matin et soir) est organisé un « tour » téléphonique qui permet de faire le point sur la situation de chaque malade pris en charge dans les différents lieux d'intervention du secteur, d'organiser les interventions, d'anticiper les problématiques dont le pôle a eu information, et de décider de la marche à suivre. Des référents centralisent les informations sur les patients.

Les médecins exercent chacun des responsabilités spécifiques sur une structure ou une équipe, mais ils sont tous susceptibles d'intervenir dans les différents lieux du pôle et pour toutes les prises en charge. Le médecin référent définit le projet individuel de l'utilisateur. Ensuite, tous les médecins sont susceptibles d'intervenir si besoin. Les dossiers sont informatisés et disponibles en tout lieu et à tout moment par les personnes qui s'occupent du patient.

Le secteur 59G21 est un pôle. Il n'y a pas cependant de contrat de pôle. Il n'y a donc pas de délégation avec l'hôpital pour rendre le pôle responsable de la gestion d'une enveloppe de moyens et de personnels.

Le dispositif de soins et d'accompagnement du pôle est organisé autour des structures et équipes suivantes :

➤ **Les soins :**

- *une unité d'hospitalisation temps plein de 10 lits* implantée dans l'enceinte du CHU, mais gérée par l'EPSM Lille Métropole. Elle dispose également de chambres doubles uniquement réservées pour les accompagnants. Le ratio en personnel est de 4 ETP tous professionnels confondus (2,5 ETP d'IDE) par lit. Cette unité prend en charge les patients en hospitalisation libre ou sans leur consentement ;
- *Le service médico-psychologique de proximité (SMPP)*, qui n'est pas un centre de consultation mais un service à partir duquel sont organisés des soins dans des lieux qui ne sont pas exclusivement psychiatriques : CCAS, maisons médicales, centre médico-sportif..., permettant de faciliter les échanges avec les partenaires.
- *un centre intersectoriel de thérapie conjugale et familiale systémique (Don Jackson) ;*
- *une unité de soins intensifs intégrés dans la cité (SIIC) :* Il s'agit d'une équipe mobile d'urgence et de soins intensifs de proximité qui intervient au domicile pour au maximum 12 usagers simultanément (0,96 ETP par place ; 10 professionnels affectés au total). La prise en charge est de quelques jours à quelques semaines avec une disponibilité 24h sur 24, 7 jours sur 7.
- *Accueil familial thérapeutique :* 5 familles pour 7 places. Deux types d'accueil sont possibles : accueil long de plus de trois mois et accueil court. Un contrat de soins est co-construit entre le patient, l'équipe pluridisciplinaire dédiée et la famille d'accueil.

➤ **L'accompagnement :**

- *HabiCité :* il s'agit d'une équipe mixte d'infirmiers, éducateurs et psychologue, de soutien potentiellement intensif à l'inclusion sociale des patients, intervenant pour faciliter la réalisation de leur projet de vie social général (logement dans des appartements associatifs, accès au droit commun...);
- *La résidence André Breton :* lieu de vie constitué sous une forme associative, pour des personnes présentant un trouble psychique stabilisé avec une autonomie ne permettant pas un appartement isolé. Il s'agit d'un grand appartement T7 accueillant 6 usagers. Accompagnement 24h/24, 7 jours sur 7 par aides-soignants et aides médico-psychologiques. L'équipe d'*habiCité* intervient aussi sur cette résidence (IDE et éducateurs) ;
- *Frontières :* il s'agit d'accompagner les usagers dans des activités physiques, artistiques, culturelles. L'équipe est interdisciplinaire (un éducateur, une infirmière, une ergothérapeute, un moniteur éducateur, une artiste, une éducatrice sportive, une psychologue à temps partiel, deux psychomotriciens, auxquels s'ajoutent 6 intervenants extérieurs dans le domaine artistique, musical et sportif). Les activités se réalisent hors des lieux de la psychiatrie, au sein de la cité avec les professionnels :
  - La filière travail pour accompagner vers l'emploi les usagers ;
  - le fonds d'art contemporain et la galerie sont des outils de lutte contre la stigmatisation, tant vers les citoyens que les élus. Ils ont vocation à développer localement un accès à la culture et rompre l'isolement. Le fonds d'art contemporain est constitué d'œuvres gérées par l'AISSMC.

### 3 L'ACCES AUX SOINS

Le service doit faire face à une augmentation régulière des nouvelles demandes chaque année, passant de 623 en 2006 à 1138 en 2016, soit presque un doublement en 10 ans, ce qui représente plus de 3227 personnes suivies à l'année pour 85 000 habitants (4,8 % de la population de plus de 16 ans).

#### ➤ *Comment sont organisés les soins en urgence ?*

C'est le SMPP qui gère l'accès aux soins. Des plages pour les nouvelles demandes sont prévues à l'avance dans les agendas médicaux, des psychologues, et des infirmiers.

Le délai d'attente, s'agissant d'une nouvelle demande, pour obtenir une consultation se situe entre un et deux jours. Le lien est systématique avec le médecin traitant.

Une astreinte médicale est organisée 24h sur 24, 7 jours sur 7. Tous les médecins généralistes du secteur ont le numéro de téléphone du médecin psychiatre d'astreinte et peuvent le joindre à tout moment et définir ensemble la conduite à tenir et le degré d'urgence.

#### ➤ *L'ouverture des SMPP*

Les infirmiers du SMPP sont disponibles de 8h45 à 20h tous les jours et les samedis matin. Le personnel soignant est donc présent pour intervenir à domicile ou sur les divers lieux de consultation. Une antenne de consultation est ouverte le samedi matin.

#### ➤ *Les interventions à domicile*

Les équipes du SIIC, des SMPP et d'Habacité interviennent à domicile en fonction des besoins. 75 % des actes infirmiers sont faits à domicile.

Les soignants (infirmier, médecin, psychologue, éducateur) du secteur se déplacent au domicile du patient si nécessaire et dans les situations d'urgence.

#### ➤ *Les délais d'attente*

Il n'y a pas de délai d'attente. Toute nouvelle demande bénéficie d'un accueil infirmier en un ou deux jours. Le délai moyen d'attente pour une nouvelle demande était de 1,47 jours en 2016.

Sauf urgence, le délai d'attente pour une consultation auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue s'établit entre une et quatre semaines (décidé après réunion pluridisciplinaire). Cet indicateur est suivi. La cible a été fixée à 80 %. Elle a été atteinte à 74 % en 2016.

En cas d'urgence, c'est le SIIC qui intervient (700 interventions annuelles) au domicile avec ou sans praticien hospitalier.

#### ➤ *La prise en charge des patients hors-secteurs*

Les admissions de patients hors-secteurs sont peu fréquentes. Ceci, pour éviter un afflux de patients qui déstabiliserait l'équilibre des activités entre les différentes structures. Le fonctionnement est adapté à un certain niveau de demandes correspondant aux besoins de la population du pôle.

Des prises en charge de patients hors-secteurs (10 à 20 % de la file active) sont par exemple pour des personnes dont le lieu de travail est sur le territoire, ou qui étaient suivis par le pôle et ont déménagé.

➤ **Le libre choix du patient**

La liberté du choix du médecin ou du psychologue est possible au sein du pôle, des relais vers le privé sont possibles mais rarement réalisées du fait de la faible disponibilité de cette offre.

## 4 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

➤ **L'organisation de l'intra-hospitalier :**

Le service est passé de 33 lits en 1996 à 10 lits en 2014. Et le nombre des places avec hébergement, au sein d'une structure alternative à l'hospitalisation temps plein, était de 6 en 1996 et est de 13 en 2016.

L'unité d'hospitalisation de 10 lits est implantée dans l'enceinte du CHU ; une convention lie le service au CHU pour le tour de garde des internes.

Il n'y a pas d'adressage direct en hospitalisation temps plein par le médecin traitant.

L'hospitalisation ne peut être décidée que par un médecin senior, jamais par un interne.

➤ **La contention :**

Entre 2007 et 2016, le nombre des hospitalisations sans le consentement du patient a augmenté de 12 %. Il est passé de 84 à 94, alors que la file globale prise en charge par le pôle est passée de 2 158 à 3 011 patients de 2007 à 2016, soit +39,5 % (il s'agit de la file active Rim-P, inférieure à la file active "totale" qui inclut les patients ayant eu un contact avec le secteur sans cotation d'activité au sens Rim-P).

Il n'y a pas de chambre d'isolement. La contention, quand elle devient nécessaire, est limitée à quelques heures, le temps que le traitement prescrit fasse son effet. En revanche, le patient est en permanence pris en charge par un soignant. Chaque année, en 2011, 2012, 2013 et 2016, deux personnes sont isolées dans le service pour une durée totale de la contention de 29h environ. En 2014, ont été isolées 3 personnes, avec une durée totale de la contention de 100h. En 2014, ont été isolées 4 personnes avec une durée totale de la contention de 104h

La seule unité d'hospitalisation du service est ouverte et s'inscrit dans la liberté d'aller et venir, ceci pour toutes les personnes, quel que soit leur mode d'hospitalisation, libre ou soins sans leur consentement.

## 5 LES INTERVENTIONS EN DEHORS DE L'HOSPITALISATION TEMPS-PLEIN

La plupart des interventions du secteur se réalisent dans la cité au sein des divers lieux de soins et d'accompagnement dont dispose le secteur (10 lieux de consultation au total).

➤ **L'hospitalisation de jour :**

Il n'y a pas d'hospitalisation de jour pour éviter de rendre les patients captifs du dispositif de soins. Les soins se font dans la communauté.

➤ **Les interventions à domicile**

Les soignants du secteur se déplacent au domicile du patient si nécessaire dans les situations d'urgence.

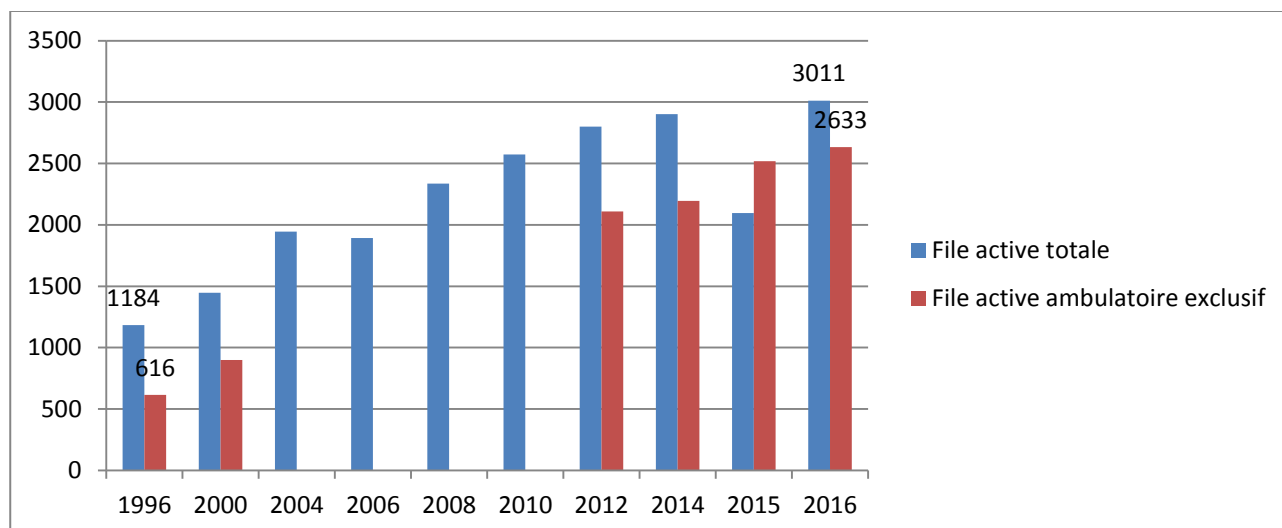
➤ **Le recours à des techniques nouvelles**

- des conseils sont donnés par téléphone, mais cette activité à distance est encore mal formalisée sur le plan de la responsabilité médicale. L'astreinte médicale utilise le téléconseil, la régulation ;
- projet de recours aux consultations par visioconférence en cours d'élaboration.

## 6 L'EVOLUTION DE L'ACTIVITE GENERALE DU POLE ET DE SES MOYENS EN PERSONNELS

La file active totale a été multipliée par 2,5 entre 1996 et 2016. La file active en ambulatoire exclusif a, quant à elle, été multipliée par un peu plus de 4. Ainsi, la proportion des patients pris en charge en ambulatoire exclusif est passée de 52 % de la file active totale en 1996 à 87 % en 2016.

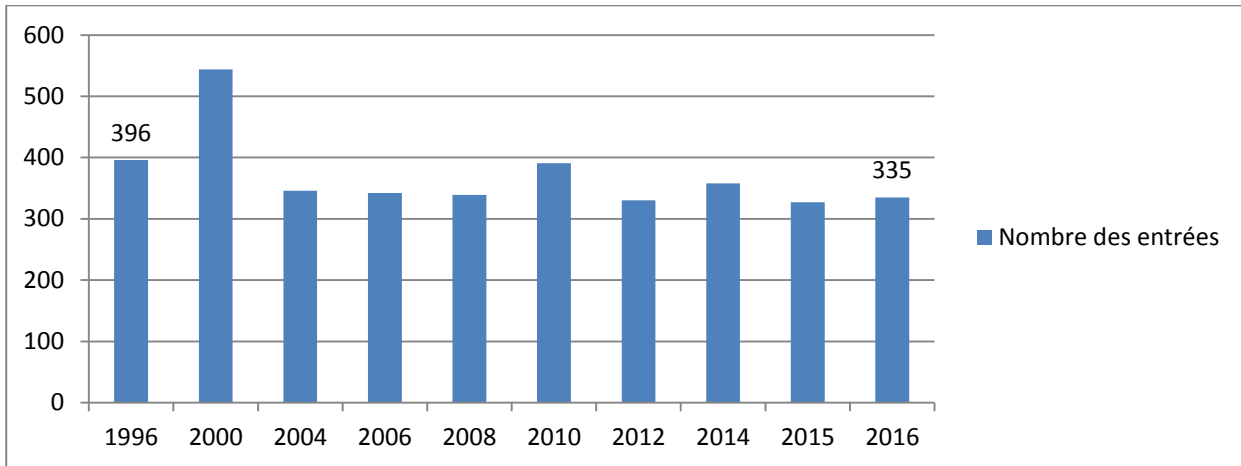
Graphique 43 : Evolution de la file active entre 1996 et 2016



Source : Données transmises à la mission par le pôle

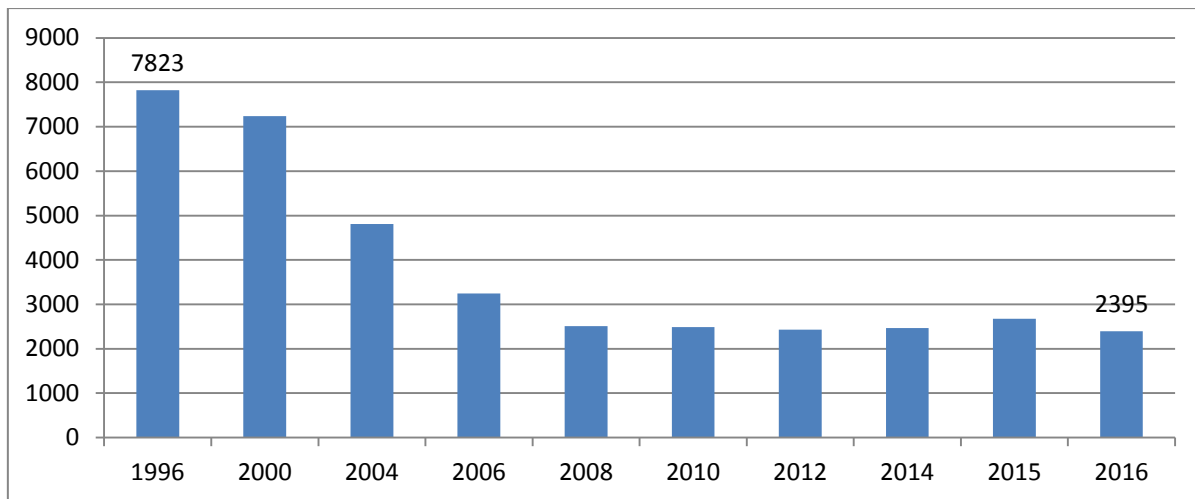
Le nombre des entrées en hospitalisation a peu fléchi en 20 ans. Mais le nombre des journées d'hospitalisation a lui fortement diminué, il a été divisé par un peu plus de 3.

Graphique 44 : Evolution du nombre des entrées en hospitalisation temps plein entre 1996 et 2016



Source : Données transmises à la mission par le pôle

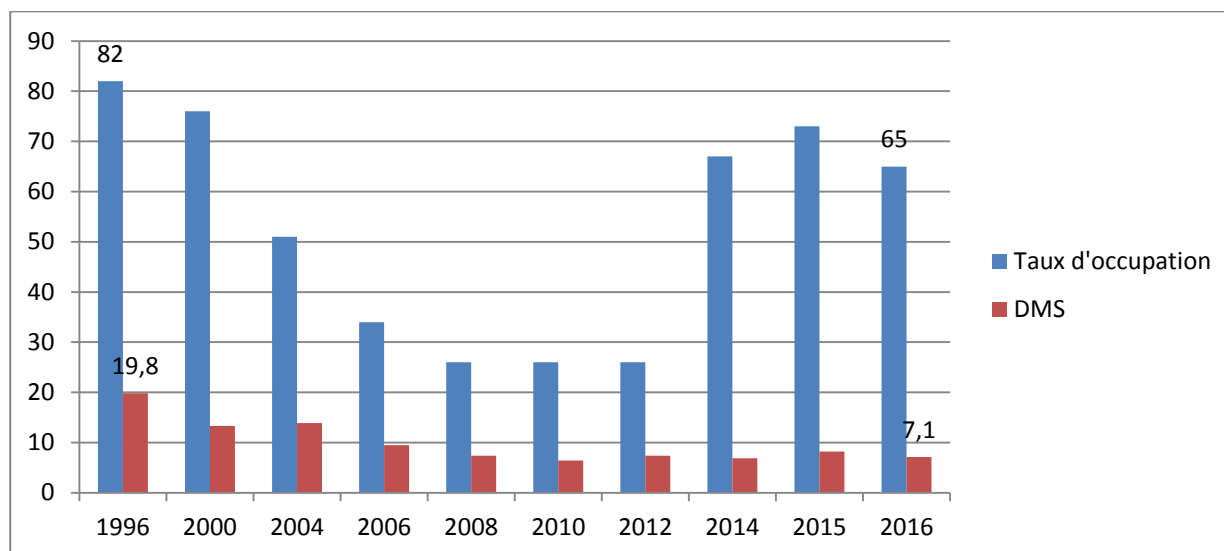
Graphique 45 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1996 et 2016



Source : Données transmises à la mission par le pôle



Graphique 46 : Evolution du taux d'occupation et de la DMS entre 1996 et 2016

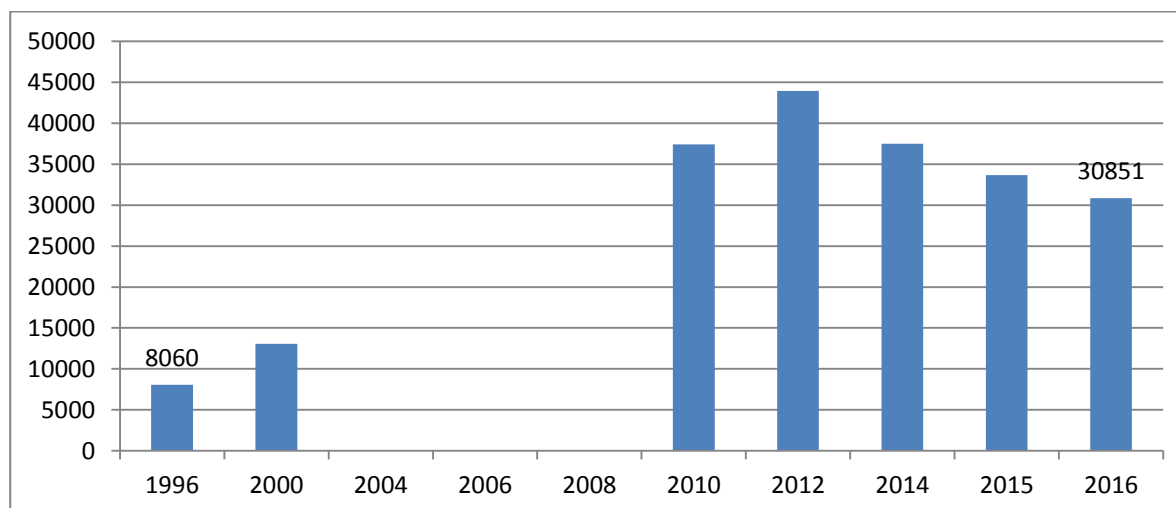


Source : Données transmises à la mission par le pôle

Le taux d'occupation reste bas (65 %), malgré la diminution de nombre des lits (le nombre des lits est passé de 33 lits en 1996, à 26 lits en 2000, et à 10 lits en 2014). Quant à la DMS, elle s'est stabilisée autour de 7 jours depuis 10 ans environ.

Quant au nombre de consultations, il a été multiplié par presque 4 en 20 ans.

Graphique 47 : Evolution du nombre de consultations entre 1996 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement

Le nombre des médecins et des infirmiers a peu varié en 20 ans :

- 6,5 ETP de médecin en 1996, 6,85 ETP en 2016 ;
- 46,6 ETP d'infirmiers en 1996, 48,3 ETP en 2016

Le service a trois internes.

Les psychologues en revanche ont été multipliés par un peu plus de 2, passant de 3,5 ETP en 1996 à 7,5 ETP en 2016. Tous les psychologues sont affectés en extrahospitalier.

Pour les infirmiers, la part des agents affectés en extrahospitalier est passée de 39 % en 1996 à 60 % en 2016.

## 7 LA QUALITE DES SOINS

### ➤ *La définition et la mise en place de procédures et de protocoles*

Chaque structure interne dispose d'un processus de fonctionnement avec indicateurs. Différentes procédures existent dont :

- la mise en place de check-lists à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation ;
- une trace écrite et informatisée de toute intervention de soignant (médecin, infirmier...) dans le dossier du patient qui est partagé ;
- la mise en place d'un groupe de travail sur la gestion de la violence (procédures à suivre...);
- l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluri-professionnels (suivis attentifs, harmonisation des évaluations initiales...);
- la systématisation des courriers de fin de prise en charge pour le généraliste (délai de transmission après la sortie : 1 jour) ;
- une procédure de recherche de contact avec les personnes qui s'échappent, les perdus-de-vue...
- des critères de qualité de la tenue des dossiers des patients ont été établis et sont suivis (5 critères), avec un objectif cible (80 % pour l'objectif cible, atteint à 83 % en 2016) ;
- un protocole d'évaluation initiale pour une nouvelle demande.

### ➤ *Un dispositif informatique pour suivre les indicateurs qualité a été développé*

Existe un tableau de suivi des indicateurs d'accès aux soins (nouvelle demande).

### ➤ *Les formations des personnels soignants*

Différentes formations sont périodiquement développées sur :

- la gestion de la violence ;
- l'entretien de premières demandes (pour les nouveaux professionnels) ;
- le rétablissement ;
- l'entretien motivationnel.

## 8 LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA REINSERTION-READAPTATION

### ➤ *Les actions de prévention mises en œuvre et le partenariat :*

Le pôle met en œuvre, en lien avec l'association intercommunale Santé, Santé mentale et Citoyenneté (CISSMC), des actions de prévention :

- Sensibilisation à la prévention du suicide,
- « Ateliers mieux être »,
- « Pour le bien être des adolescents : travaillons ensemble » (une session par an).

### ➤ *Les actions d'éducation thérapeutique :*

Il s'agit là d'un axe que le secteur souhaite développer davantage, sous la forme d'ateliers. Deux types d'action :

- « Manger mieux, se sentir mieux » ;
- Atelier du médicament.

### ➤ *Les actions de réinsertion-réadaptation et avec le partenariat :*

Ces actions prennent diverses formes portées par les différents dispositifs d'accompagnement du secteur cités plus haut. Elles visent à faciliter « l'inclusion » sociale des usagers, terme préféré à celui « d'intégration », au travers de l'habitat (terme préféré à celui de logement), l'emploi, la gestion de sa vie quotidienne, les activités culturelles, artistiques, sportives...en s'appuyant sur des partenariats multiples construits dans la cité.

## 9 ORGANISATION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

### ➤ *Les liens avec les usagers :*

- 4 usagers sont élus et participent aux comités de pilotage du pôle avec les médecins, cadres de santé et psychologues ;
- les fiches d'événements indésirables émanant des usagers sont examinées avec les porte-paroles des usagers qui sont élus ;
- des fiches de signalement sont mises à la disposition des usagers, avec une boîte aux lettres dans le service ;
- depuis 2016 a été engagée une formation des usagers (1 000€ attribués par l'hôpital...);
- l'utilisateur reçoit une copie du courrier systématique adressé au médecin traitant.

### ➤ *Le GEM :* Il y a deux GEM sur le territoire du secteur.

## 10 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE

### ➤ *Les rôles respectifs des professionnels*

Les psychologues prennent en charge les psychothérapies. Ils peuvent être référents pour un patient donné. Les psychiatres se concentrent sur la prise en charge médicamenteuse des patients, l'organisation et la coordination des soins.

Les psychologues sont coordonnés entre eux par l'un d'entre eux.

### ➤ *Le recrutement de médiateurs de santé pairs*

Le secteur a engagé une expérience de recrutement de médiateurs de santé pairs. Quatre personnes ont été recrutées avec le statut d'agent administratif, soit 2,3 ETP. Le projet est d'aller jusqu'à au moins 4 ETP. Pour ce faire, des postes ont été transformés.

### ➤ *Le recrutement de travailleurs sociaux*

Trois travailleurs sociaux ont été recrutés au niveau des SMPP. L'ensemble du pôle dispose de 9 ETP de travailleurs sociaux.

### ➤ *La diversité des métiers :*

Le pôle salarie des médiateurs de santé pairs, des travailleurs sociaux, des artistes, manager culturel, coach sportif...



## MONOGRAPHIE 2 : CH DU VINATIER A BRON (69)

Le Vinatier et un établissement de santé accueillant des services de psychiatrie générale et infanto-juvéniles. Certains de ses services sont universitaires. L'intégration de la partie universitaire avec les soins de secteurs, qui se traduit notamment par la répartition de praticiens universitaires dans tous les pôles, est une formule qui permet de soutenir et de développer plus facilement la recherche clinique.

Les secteurs de psychiatrie générale ont été redécoupés et diminués en nombre, passant de 11 en 2010 à 6 aujourd'hui. La taille moyenne d'un secteur de psychiatrie générale est désormais d'environ 120 000 à 140 000 habitants. Quant aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ils sont passés de 5 à 4 en 2014.

L'établissement a donc élargi la base populationnelle de ses secteurs, ce qui l'a conduit à en diminuer le nombre. Il a regroupé les secteurs dans des pôles et a organisé des pôles transversaux. Le regroupement en pôle des secteurs n'a pas effacé leur distinction. Autrement dit, un pôle n'est pas devenu un secteur plus large. Un pôle en psychiatrie générale est l'addition de deux secteurs conservant chacun leur identité, avec quelques structures communes.

- **Trois pôles de psychiatrie générale** regroupant chacun deux secteurs (pôles Est, Centre et Ouest), parfois des unités ayant vocation à couvrir un territoire plus large ;
- **Un pôle de psychiatrie infanto-juvénile** regroupant les quatre inter-secteurs ;
- **Cinq pôles transversaux** accueillant des patients des secteurs du Vinatier ou du département, voire de la région :
  - *Un pôle de psychiatrie du sujet âgé* avec 4 unités fonctionnelles en intra-hospitalier et 3 unités en extrahospitalier ;
  - *Un pôle SMD-PL* (santé mentale des détenus, psychiatrie légale), comprenant une UHSA, un SMPR ;
  - *Un pôle « PHASEDDIA »*, comprenant une unité d'hospitalisation de malades chroniques, une unité de diagnostic de l'autisme, et la partie médico-sociale gérée par l'établissement (une MAS et un ESSAD) ;
  - *Un pôle USIP-UMD*, comprenant une unité de soins intensifs psychiatriques et une unité pour malade difficile ;
  - *Un pôle Urgences Psychiatriques- MOPHA*, comprenant trois unités autour de la prise en charge en urgence (accueil d'urgence psychiatrique, unité d'hospitalisation de 72 heures, unité d'hospitalisation de 6 jours). S'y ajoute une unité de SSR, une unité de médecine, une unité de consultations médicales spécialisées en addictologie, l'odontologie, la pharmacie à usage intérieur.

**L'éventail des soins proposé par l'établissement est très large**, tant en intra qu'en extrahospitalier. Il témoigne de la diversité des approches existant au sein de la discipline psychiatrique et de sa vitalité.

Chaque pôle réunissant deux secteurs a des références théoriques qui peuvent être différentes. Ainsi, dans un pôle la place des approches psycho-dynamiques peut être plus grande, et dans un autre ce seront plutôt les approches comportementales et cognitivistes qui seront dominantes. Cependant, chacun s'accorde sur le fait que ces orientations différentes ne sont pas exclusives les unes des autres. L'important est certainement d'enrichir par toutes les voies les connaissances et les pratiques de soins. La mission a eu le sentiment que c'était avec cette vision des choses que s'était organisé le dispositif de soins du Vinatier et son large éventail de soins comprenant : la réhabilitation psychosociale, la réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive<sup>200</sup>, la stimulation cérébrale, l'exploration du sommeil, l'expertise des dépressions résistantes et des schizophrénies, la thérapie familiale, l'hypnose, évaluation de l'autisme, éducation thérapeutique, prise en charge spécialisée des troubles du langage complexes...

Pour porter ces différents types de soins, des unités intra-hospitalières ou extrahospitalières ont été constituées, répondant à des besoins selon des échelles territoriales variables : le territoire des secteurs relevant du Vinatier, le département, la région.

Enfin, le Vinatier est partie prenante du réseau FondaMental au niveau national qui permet des échanges scientifiques et le partage de protocoles de recherche. Est aussi implanté sur son site le centre des neurosciences de Lyon.

## 1 LE MODELE D'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES

L'établissement a engagé d'importantes évolutions ces cinq dernières années. Elles ont consisté à réunir au sein d'un pôle plusieurs secteurs et à identifier des pôles transversaux. Selon les interlocuteurs de la mission, ces évolutions auraient permis de rééquilibrer les moyens entre secteurs (même si la répartition demeure approximative par ses critères).

Ces évolutions ont conduit à reconstruire la plupart des unités d'hospitalisation et à implanter les structures extrahospitalières dans de nouveaux locaux souvent dans des constructions faites sur les territoires sectoriels.

Ces réorganisations sont en place depuis peu. L'établissement est donc au début d'une nouvelle phase de son organisation qui va sans doute l'amener à se transformer encore.

La psychiatrie est une discipline médicale particulièrement vivante, connaissant actuellement d'importantes mutations de ses pratiques et outils de soins. L'hôpital du Vinatier à cet égard est un exemple assez significatif des évolutions que peuvent connaître les établissements psychiatriques dont on peut ici souligner les caractères spécifiques :

- *il est nécessaire de faire évoluer en même temps tous les services d'un établissement vers une organisation générale ayant une même cohérence, tant les activités sont intriquées entre elles du fait du développement de prises en charge intersectorielles rendues inévitables en raison de la diversité des modalités de soins à mettre en œuvre. Une telle démarche collective est difficile à mener parce qu'elle suppose à la fois de respecter des choix d'orientation thérapeutique différents, et de dégager des points de convergences permettant aux services de travailler ensemble, au-delà de différences utiles pour maintenir ouvertes les voies de la recherche thérapeutique ;*

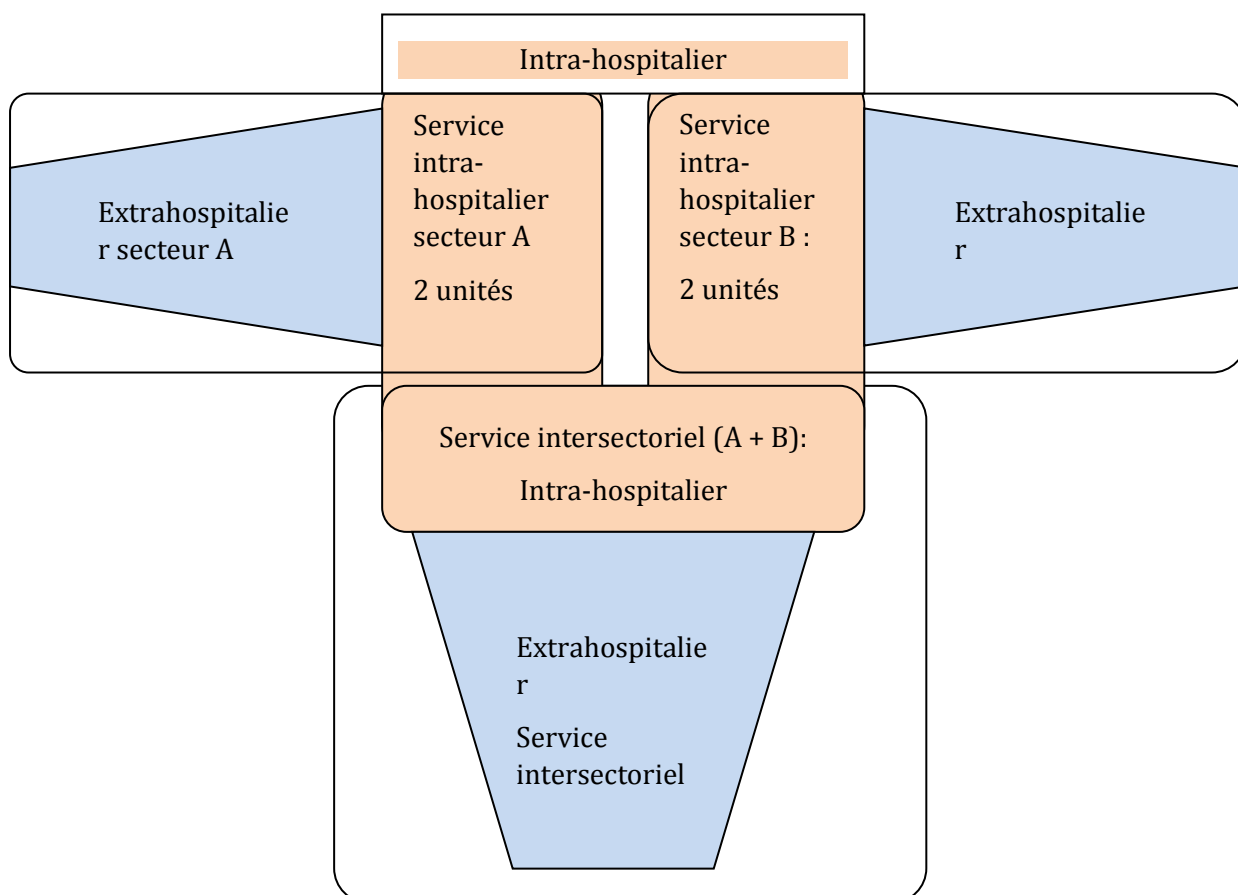
---

<sup>200</sup> Le Vinatier dispose d'un centre ressource et d'une unité de référence en réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive.

- *procéder à de telles réorganisations demande du temps*, pour dégager des points d'accord entre les services, mais aussi pour réaliser les travaux importants qui sont nécessaires afin d'humaniser les conditions d'hospitalisation et d'accueil des patients ;
- *la transformation de l'hôpital se fait par étapes successives*. Chacune de ces étapes a un impact sur les pratiques soignantes, sur les expressions cliniques des pathologies et sur les formes de recours aux soins. C'est en s'appuyant sur ces acquis et expériences qu'il devient possible de passer à une autre phase de développement. Il faut donc concevoir le dispositif psychiatrique non pas comme figé dans une organisation immuable, mais comme pris dans un processus en perpétuel mouvement ;
- *l'organisation croise des réponses apportées à des territoires de dimension différente*. Certaines structures ne répondent qu'aux besoins d'un secteur, d'autres à ceux de deux secteurs, d'autres à ceux de tous les secteurs correspondant à l'établissement, d'autres encore à ceux de la population du département ou de la région. Cette architecture, adaptée aux nécessités, est complexe. Elle oblige à définir des articulations nombreuses, délicates à formaliser. Elle impose un travail de coordination très construit, pour gérer au mieux les parcours des patients au sein d'un dispositif fait d'autant de structures de soins aux missions thérapeutiques limitées et dont les références populationnelles sont à géométrie variable.

**Pour la psychiatrie générale**, le modèle actuel d'organisation et de fonctionnement des pôles cliniques mis en place au Vinatier peut être représenté par le schéma suivant :

**Pôle X...de psychiatrie générale**



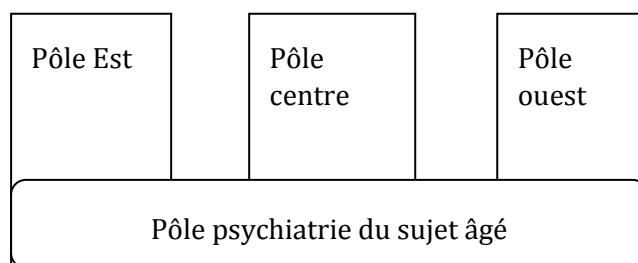
Le service intersectoriel est en général composé au moins d'une unité d'hospitalisation pour des patients déficitaires connaissant de longues hospitalisations. Il peut aussi, comme dans le pôle Est,



comprendre plusieurs unités sans hospitalisation développant des activités de soins très techniques (stimulation cérébrale) ou de bilans diagnostics (centre expert schizophrénie, centre expert dépressions résistantes, autisme). Le service intersectoriel peut également parfois avoir une vocation plus large, s'adressant à tous les patients du département ou de la région. Dans certains services intersectoriels, comme au pôle Est, ces services ont une valence universitaire et de recherche.

Au sein de chaque pôle, une unité transversale extrahospitalière prend en charge les personnes âgées.

Le pôle transversal « psychiatrie du sujet âgé » prend en charge l'hospitalisation complète avec trois unités d'hospitalisation de 24 lits. Ce même pôle coordonne les articulations entre les trois pôles adultes et lui-même. Il accueille des patients de plus de 65 ans qui présentent une première décompensation psychiatrique ou qui ne bénéficiaient plus d'un suivi depuis plus de cinq ans par les équipes de secteur des autres pôles. Il faut donc compléter le schéma précédent pour saisir la place d'un tel pôle transversal :



**Au niveau extrahospitalier**, pour chaque pôle, l'établissement a regroupé autant que faire se peut l'ensemble des structures relevant de chacun des deux secteurs et du service intersectoriel sur un même site (CMP, hôpital de jour et CATTP) ou sur deux sites. En général, un bâtiment a été construit pour accueillir ces structures. C'est au niveau d'un de ces dispositifs extrahospitaliers unique que sont aussi implantées les trois unités fonctionnelles extrahospitalières du pôle psychiatrie du sujet âgé<sup>201</sup>.

**En psychiatrie infanto-juvénile**, le modèle d'organisation se distingue un peu de celui adopté pour les pôles de psychiatrie générale. L'intra-hospitalier est entièrement intersectoriel. Les dispositifs extrahospitaliers sont sectoriels.

Il faut noter que ce pôle de psychiatrie infanto-juvénile gère au total près de 52 unités fonctionnelles intra et extrahospitalières. Cela exige un travail de coordination et d'animation du pôle très complexe, d'autant plus complexe qu'il s'agit de travailler avec de nombreux partenaires (éducation nationale, services sociaux, établissements et services médico-sociaux...). Le risque de fonctionnements cloisonnés est dans ces conditions permanent.

Globalement, les équipes de psychiatrie infanto-juvénile considèrent que ce regroupement leur pose des difficultés de fonctionnement. Elles s'interrogent sur les missions qui doivent être les leurs, face à des demandes en constante augmentation et des moyens qui leur sont annoncés en diminution, du fait de péréquations régionales et internes à l'établissement qui ne sont pas comprises.

<sup>201</sup> Le centre de guidance familiale gérontopsychiatrique, l'hôpital de jour, l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation.

**Pour l'ensemble des pôles (psychiatrie générale, infanto-juvénile et transversaux), un contrat de pôle a été signé en 2012** avec chaque pôle. Il prévoit des délégations de gestion. Il n'y a pas cependant de projet d'établissement, ni d'ailleurs de CPOM. Chaque pôle est organisé avec :

- un « bureau du pôle » réunissant chaque semaine les chefs de services et le chef du pôle ainsi que le cadre administratif et le cadre supérieur ;
- un bureau élargi associant au bureau du pôle l'ensemble des médecins, les psychologues, les assistantes sociales, les cadres infirmiers ;
- un conseil du pôle réunissant une à deux fois par an tous les personnels.

Le principe général de fonctionnement du pôle par rapport aux services qui le composent est celui de la subsidiarité. Le chef de pôle ne peut être aussi chef d'un service.

Globalement cette organisation en pôle a permis de réduire les disparités de moyens existant entre les secteurs. Elle est aujourd'hui, semble-t-il, assez bien acceptée au sein de l'établissement. La psychiatrie infanto-juvénile cependant ne se retrouve pas très bien dans cette organisation de tout son dispositif en un seul pôle, considéré comme trop grand. Elle pose la question de la taille maximum d'un pôle.

A noter que le dossier du patient est informatisé depuis 2006 et généralisé à tout l'hôpital depuis 2010.

---

Cette organisation du dispositif de soins clinique attire plusieurs observations :

- *l'encadrement médical s'est étoffé*. Par exemple, en psychiatrie générale, le nombre des chefs de services a augmenté<sup>202</sup>, et il faut ajouter 3 chefs de pôles de psychiatrie générale et 5 chefs de pôles transversaux spécifiques (sachant qu'il a été décidé qu'un chef de pôle ne pouvait pas être aussi chef de service). Certes les fonctions de chefs de pôle et de chefs de service (le service correspondant, pour la psychiatrie sectorisée, à un secteur de psychiatrie) sont différentes, mais tous participent bien à l'encadrement médical supérieur de l'établissement. Dans sa dimension organisatrice des soins, l'autorité médicale au sein de l'hôpital se répartit donc sur un grand nombre de médecins, ce qui exige certainement plus de coordination interne pour piloter l'ensemble ;
- *l'accessibilité au dispositif extrahospitalier est diminuée* du fait du regroupement sur un même site des CMP, des hôpitaux de jours et des CATTP relevant de deux secteurs réunis au sein d'un même pôle, tout au moins dans les zones moins urbaines et moins desservies par les transports en commun.

Ces regroupements comportent plusieurs avantages :

- la mutualisation des locaux et des moyens en personnels soignants ;
- la mise à disposition de locaux spacieux, adaptés aux activités de soins à réaliser ;
- l'élargissement des horaires d'accueil (permis par un moindre isolement des personnels à ces horaires)
- des conditions d'accueil pour les patients témoignant d'une plus grande considération à leur égard ;

---

<sup>202</sup> 6 secteurs et 3 services intersectoriels, soit 9 chefs de services au total.

- une meilleure lisibilité de l'offre de soins pour les patients ;
- une fluidification du parcours des patients d'un dispositif de prise en charge à l'autre ;
- la constitution d'équipes pluridisciplinaires plus étoffées ;
- un gain de temps pour les personnels qui n'ont plus à circuler d'un site à l'autre ;
- un moindre risque d'accidents de trajets pour les soignants.

Ces regroupements obéissent cependant à une logique essentiellement économique, avantageuse pour l'hôpital, mais ne prenant pas en compte les besoins de soins de proximité pour les patients. Par ailleurs, la dépense totale pour l'assurance maladie mériterait d'être évaluée, car on peut s'attendre à des dépenses en transports sanitaires plus élevées (cas de secteurs ou d'inter-secteurs étendus géographiquement, où des patients sont très éloignés du centre de soins extrahospitalier s'ils devaient emprunter les transports en commun pour le rejoindre et qui se voient prescrire un transport en VSL pour se rendre au CMP, à l'hôpital de jour, au CATTP) ;

- *le regroupement de toutes les structures extrahospitalières risque de concentrer toutes les activités sur un même site hospitalier, et de limiter le développement d'activités de soins au sein de la communauté, au plus proche des patients. En quelque sorte, le dispositif extrahospitalier risque d'être captif de la construction fonctionnelle et pratique qui l'héberge, ne se déployant pas dans des formes d'accès toujours plus facile pour les patients. Cependant, les équipes qui travaillent sur ces structures extra hospitalières continuent d'effectuer des visites à domicile sur le secteur desservi.*

## 2 LES MOYENS ET LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT

Les moyens en personnels soignants de l'établissement<sup>203</sup> ont augmenté entre 2013 et 2016.

- *Le personnel médical* est passé de 180,35 ETP en 2013 à 190,07 en 2016.
- *Le personnel soignant non médical* est passé environ de 1774 ETP à 1906 ETP.

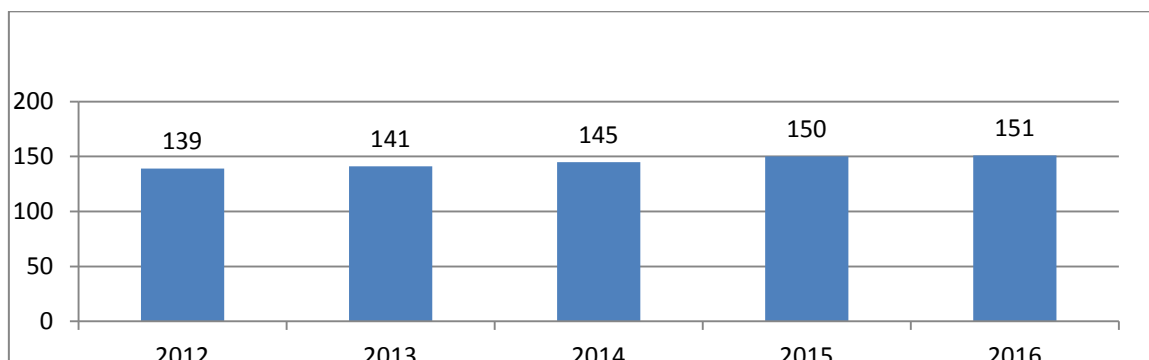
En 2010, 24,7 % des effectifs infirmiers, en ETP, étaient affectés exclusivement en extrahospitalier. Ce pourcentage était de 33 % en 2016. Il est de 63 % pour les psychologues.

Sur le plan budgétaire, la dotation annuelle de financement (DAF) a augmenté de 8,8 % entre 2012 et 2016 et la masse salariale de 12 % :

---

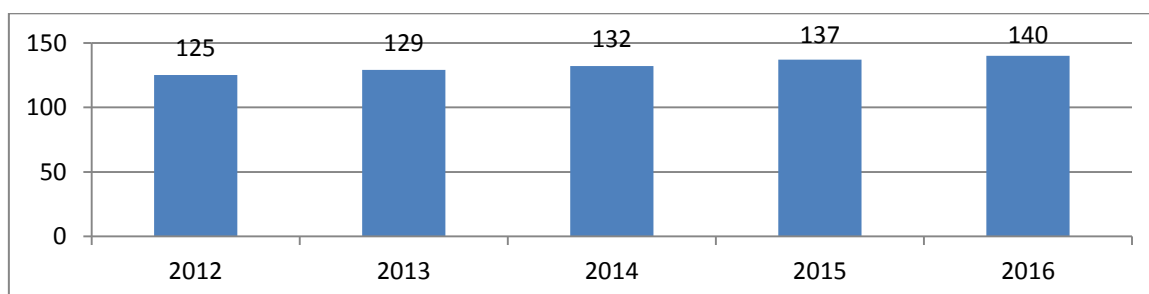
<sup>203</sup> Données figurant dans la plaquette de présentation de l'établissement remise à la mission.

Graphique 48 : Evolution de la DAF en millions d'Euros



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 49 : Evolution de la masse salariale (total des charges du titre 1 dépenses) en millions d'Euros



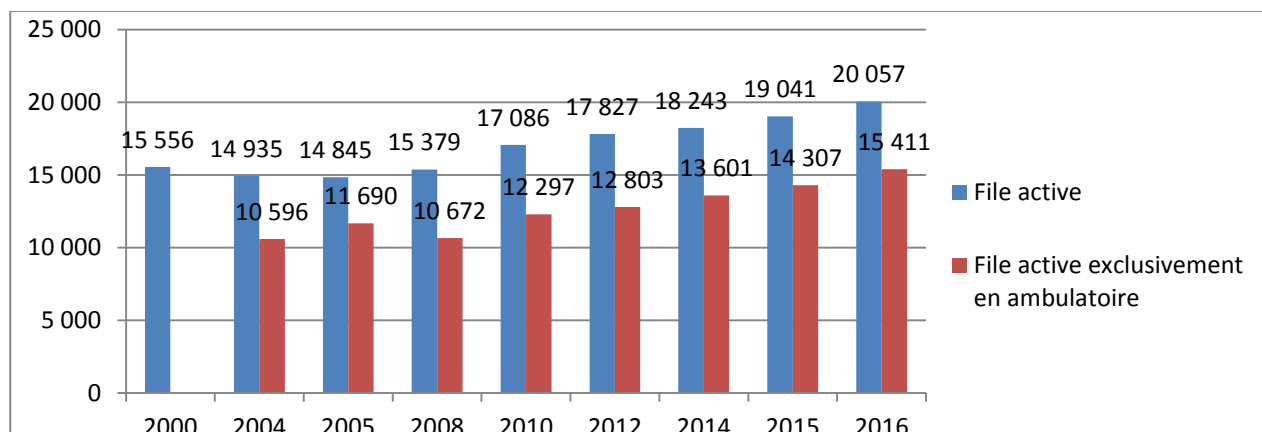
Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Les activités de soins somatiques et de suite et de rééducation (SSR) sont également financées par la DAF. L'établissement avait fait l'expérience de les financer par la T2A mais il est apparu que l'équilibre financier était inatteignable du fait des spécificités liées à la prise en charge de malades mentaux dans ces services.

➤ **L'évolution générale des activités**

En psychiatrie générale, entre 2000 et 2016, la file active de l'établissement a augmenté de 29 %.

Graphique 50 : Evolution de la file active en psychiatrie générale entre 2000 et 2016



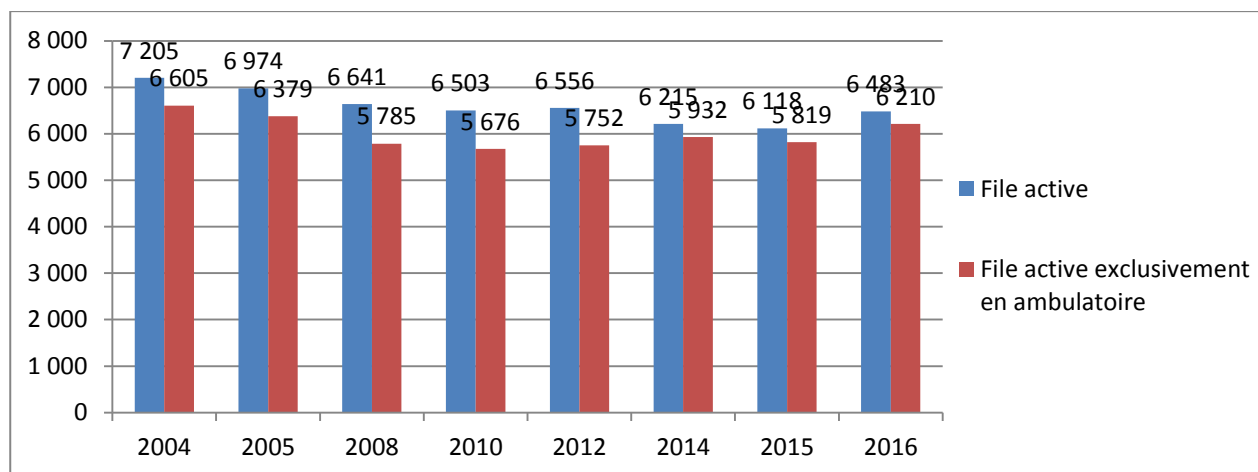
Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

La place d'un séjour en hospitalisation dans le parcours d'un patient s'adressant au Vinatier est allée en diminuant au cours des 12 dernières années. Elle représentait 29 % de la file active en 2004 et 23 % en 2016.

Entre 2000 et 2016, la population générale des secteurs du Vinatier a augmenté de 11 %. Dans cette même période, le taux de recours<sup>204</sup> a augmenté de 19 %, passant de 2,6 % à 3,1 %.

En psychiatrie infanto-juvénile, la file active a diminué de 10 % entre 2004 et 2016.

Graphique 51 : Evolution de la file active en psychiatrie infanto-juvénile entre 2004 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

La place d'un séjour en hospitalisation dans le parcours d'un patient s'adressant au Vinatier a diminué de moitié en 12 ans. Elle représentait 8,3 % de la file active en 2004 et 4,2 % en 2016.

Entre 2004 et 2016, la population des moins de 18 ans au sein des secteurs du Vinatier a augmenté de 23 %. Dans cette même période, le taux de recours a diminué de 27 % entre 2004 et 2016, passant de 4,7 % à 3,4 %.

On peut se demander si cette diminution des files actives et du taux de recours ne reflèterait pas un niveau de saturation du dispositif obligé de repousser certaines demandes. La question se pose d'autant plus que la psychiatrie infanto-juvénile n'est pas concurrencé par un dispositif privé ambulatoire ou hospitalier. Ainsi, selon une étude menée par le pôle pédopsychiatrique en 2013, sur 3 055 nouvelles demandes, seules 69 % ont bénéficié d'un rendez-vous dans l'année. Selon les pédopsychiatres, la densité de la prise en charge a augmenté, les cas à traiter étant plus complexes.

### ➤ Les financements de l'ARS

Au-delà de la DAF, l'ARS soutient financièrement, de façon ponctuelle et parfois limitée dans le temps diverses activités spécifiques :

- le « CORESO », dispositif conçu pour développer des liens avec la médecine générale ;
- les trois coordonnateurs de CLSM ;
- le centre expert ;

<sup>204</sup> Calculé en rapportant la file active à la population générale des secteurs du Vinatier.

- la future unité « Copernic » dépendant du Pôle Phaseddia. Deux lits seraient destinés aux adolescents difficiles, communs aux trois établissements psychiatriques de la métropole.

### 3 LE POSITIONNEMENT DE L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT

Le Vinatier a sollicité et obtenu de l'ARS, en 2016, une dérogation pour 5 ans à l'obligation d'être partie à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), afin de pouvoir continuer à développer de nombreuses coopérations dans et au-delà de son territoire.

L'établissement se trouve situé en milieu urbain et la majeure partie du territoire couvert par l'établissement est dense, il est facilement accessible pour les usagers et dispose d'une proximité géographique avec nombre de partenaires.

#### 3.1 Les relations de l'établissement dans le domaine des soins

L'établissement a signé une soixantaine de conventions avec plusieurs établissements de santé de son proche environnement ou de la région : les hospices civils de Lyon (HCL) ; l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Desgenettes ; les centres hospitaliers Saint Jean de Dieu et Saint Cyr dans plusieurs champs notamment les urgences psychiatriques ; 11 établissements de Rhône Alpes concernant l'électro convulsivothérapie (ECT) ; la MGEN (prise en charge des adolescents) ; la clinique NATECIA pour l'unité de psychopathologie périnatale ; les centres hospitaliers de Saint Egrève et de Saint Etienne - GCS CRIAVS ; le centre hospitalier de Roanne.

***Le Vinatier a constitué avec Saint Jean de Dieu (un ESPIC) et Saint Cyr au Mont d'or une communauté psychiatrique de territoire (CPT).*** La CPT est co-animée par les trois établissements associés. Il n'est pas exclu qu'elle puisse s'ouvrir à des établissements médico-sociaux ou à des cliniques privées. La CPT est conçue comme une instance « politique », destinée à déterminer des convergences stratégiques entre les établissements. Ce n'est pas une instance gestionnaire. C'est en s'appuyant sur la CPT qu'est envisagé de préparer le futur projet territorial de santé mentale prévu par la loi du 26 janvier 2016.

Les liens avec Saint Jean de Dieu sont, sur certains domaines d'activité, très étroits, notamment en psychiatrie infanto-juvénile. Le chef de service d'hospitalisation intersectorielle du Vinatier exerce une fonction de coordinateur, afin que le dispositif d'hospitalisation du Vinatier fonctionne de façon harmonieuse avec l'unité d'hospitalisation de Saint Jean de Dieu.

***Le Vinatier va accueillir dans son enceinte une clinique privée psychiatrique*** (120 lits) avec laquelle des partenariats nombreux vont pouvoir se développer ou s'engager. Par exemple, les activités de stimulation cérébrale pourraient bénéficier de cette proximité de la clinique. Des activités complémentaires pourraient se développer entre les deux établissements (la clinique est compétente dans le traitement des troubles du comportement alimentaire, l'hôpital dans celui des addictions). La clinique serait installée dans un bâtiment rénové du Vinatier et bénéficierait d'un bail de location de 50 ans.

***Pour les soins somatiques en ambulatoire,*** un pôle de psychiatrie générale a organisé un dispositif de consultation et de mise en réseau avec les médecins généralistes, appelé « CORESO ». Il permet de faire un bilan des problèmes de santé somatiques des patients et de les accompagner vers une prise en charge à terme par la médecine générale libérale. Ce dispositif pourrait être étendu aux autres pôles.

L'établissement souligne qu'il est difficile de nouer des relations avec les généralistes.

### 3.2 Les relations avec les établissements et services médico-sociaux

L'établissement n'a pas constitué de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec des établissements médico-sociaux. Mais il dispose de plusieurs structures relevant du secteur médico-social, structures ressources ou de prise en charge : Maison Accueil Spécialisé (MAS), SESSAD, Equipe Mobile Autisme, Centre d'accompagnement et de prévention en Addictologie (CSAPA). Ces quatre structures font l'objet chacune d'un budget annexe. A noter que la gestion par l'établissement de structures médico-sociales ne facilite pas pour autant des transferts de moyens vers celles-ci. Mais, si la présence de structures médico-sociales au sein de l'établissement rend difficile pour celles-ci de se construire une véritable identité, cela simplifie les interventions médicales en cas de besoin et la gestion des parcours des patients (places plus aisément accessibles aux patients de l'établissement notamment).

Par ailleurs, des conventions ont été signées dans plusieurs domaines de l'action sociale et médico-sociale avec des structures ou des associations :

- sur le handicap psychique : association coordination handicap psychique, APAJH, centre hospitalier d'Aiguilles, GEM Iceberg, MAS Bosphore, FAM Les Cabornes, associations UNAFAM, Le Pas, Firmament, SMC ;
- sur les personnes âgées : EHPAD Atlantis Hermès, Crémieu, Villette d'Anthon... ;
- sur le logement/hébergement : ADOMA – ALYNEA – GRIM – Intermed – Orloges et bien sur Grand Lyon Habitat avec lequel le Vinatier a développé un partenariat spécifique en 2013 ;
- sur le travail : L'ADAPT – Messidor – La Roche ;
- enfin, 11 conventions ont été passées dans le cadre de la maison des usagers implanté dans l'enceinte de l'établissement.

Toutefois, les interlocuteurs de la mission ont souligné que ce n'est pas forcément avec les établissements médico-sociaux avec lesquels une convention a été signée que les relations de travail sont les meilleures.

Lorsqu'un service place un patient dans un établissement médico-social, il se charge de son suivi. Plusieurs équipes sont donc susceptibles d'intervenir dans un même établissement médico-social. Cependant, l'établissement a indiqué qu'une association avait opéré une « sectorisation » de ses établissements médico-sociaux. Ainsi, elle réalise des admissions préférentielles pour les patients du secteur concerné<sup>205</sup>. Naturellement une telle organisation ne saurait créer aucune obligation pour les établissements médico-sociaux qui ne sont pas soumis à des règles de sectorisation.

Le dispositif de soins de psychiatrie générale comme de pédopsychiatrie est confronté à des demandes d'intervention des structures médico-sociales souvent jugées excessives. Les secteurs de psychiatrie sont pressés d'intervenir dès que ces établissements ne parviennent plus à jouer leur rôle de contention, et – selon les interlocuteurs de la mission – leur seuil de tolérance semble aller en s'abaissant.

---

<sup>205</sup> Les patients venant de l'hôpital psychiatrique sont en « compétition » avec d'autres personnes désirant être admises en EHPAD et ne sont pas retenus en général en priorité.

Dans un pôle vu par la mission, les infirmiers passent une journée par mois dans chaque EHPAD pour faire le point sur leurs patients en résidence. Tous les deux ou trois mois, une réunion est organisée avec tous les EHPAD du secteur (20 établissements) pour faire le point sur les difficultés rencontrées. Des visites de pré-admissions dans les ESMS sont réalisés par le médecin avant que le patient n'y soit résident.

Un projet intéressant va voir le jour au sein de la structure intersectorielle PHASEDDIA. Une structure (Copernic) va ouvrir avec un financement ARS/département.

### 3.3 La participation à des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Il y a 9 CLSM dans le Rhône auxquels Le Vinatier participe. 3 postes de coordonnateurs de CLSM sont financés par l'ARS, le centre hospitalier Le Vinatier et les communes. Ces CLSM sont devenus des lieux indispensables pour développer des actions de partenariats dans les secteurs. Une commission logement existe dans tous. Un CLSM est intercommunal.

Une fois par an est organisée une réunion des 9 CLSM.

## 4 L'ACCES AUX SOINS

### 4.1 Les soins en urgence

Le Vinatier a organisé un service d'urgence psychiatrique, en lien avec le SAU d'Edouard Herriot géré par les Hospices civils de Lyon<sup>206</sup>. Sept infirmiers du Vinatier sont intégrés aux équipes du SAU Edouard Herriot.

Ce modèle d'un service d'urgence psychiatrique n'est sans doute pas adapté partout. Il se justifie ici par la taille de la métropole et l'importance des activités d'urgence (6300 passages). Adossées au service d'urgence du Vinatier, deux unités d'hospitalisation de courte durée, 3 jours pour l'une (UHTCD : unité d'hospitalisation de très courte durée) et 6 jours pour l'autre (UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée), permettent de prendre le temps de définir l'orientation la plus pertinente pour le patient, voire d'éviter une hospitalisation. Il est constaté un faible taux de ré-hospitalisation des patients passés par ces unités adossées au service d'urgence (moins de 90 % des patients sortant de l'UHCD sont hospitalisés).

Un « tour » a été organisé pour les patients sans domicile fixe (6 mois par an c'est le Vinatier qui les accueille, 4 mois par an c'est Saint-Jean-de-Dieu, 2 mois par an c'est Saint Cyr au Mont d'Or).

Il n'y a pas d'organisation formalisée réglant les interventions à domicile des équipes des secteurs devant être réalisées sans délai, sauf dans les cas de rupture de programme de soins (là une équipe de l'établissement intervient). En cas d'urgence, c'est le SAMU qui intervient avec les pompiers et la police. Le secteur n'est pas impliqué, sauf pour donner éventuellement des conseils par téléphone.

---

<sup>206</sup> Sur les 6 000 passages par an de ce service, 1 000 sont adressés par le SAU.



## 4.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

**En psychiatrie générale, les CMP** sont ouverts de 9h30 à 17h30, du lundi au vendredi. Il arrive que des professionnels consultent cependant jusqu'à 19h, mais le CMP est fermé alors (seuls les patients déjà connus du service peuvent être reçus à cet horaire).

L'attente pour une première évaluation par un infirmier dans un des CMP vu par la mission est toujours inférieure à 15 jours, voire à une semaine. La consultation médicale, sauf urgence, peut avoir lieu ensuite moins d'un mois après.

**Dans les services hospitaliers**, les taux élevés d'occupation (94 % environ) entraînent forcément des difficultés ponctuelles pour hospitaliser un patient. Cette difficulté se manifeste au travers de la décision de déssectoriser les ESPI (espace de soins psychiatriques intensifs) qui se sont substitués aux chambres d'isolement.

**L'accès à certains soins peut se faire avec retard.** La liste d'attente pour bénéficier d'une électroconvulsivo-thérapie (ECT) est de 40 à 45 patients. L'attente peut se compter en mois, les urgences étant prises en priorité<sup>207</sup>.

**En psychiatrie infanto-juvénile**, les délais d'attente pour obtenir une consultation peuvent être supérieurs à un an. Un ordre de priorité et une procédure de tri ont donc été définis par les soignants pour pouvoir recevoir les cas les plus urgents. Cet ordre de priorité et cette procédure de tri n'ont fait l'objet d'aucune discussion avec les représentants des usagers qui, de leur côté, ne se sont pas saisis de la question. Le sujet n'a pas été abordé non plus au sein de la commission d'éthique de l'hôpital. Face à la nécessité, les soignants se sont trouvés seuls à déterminer ces règles, ne bénéficiant d'aucun soutien, alors que les contraintes auxquelles ils doivent faire face sont connues de tous. Il s'en suit un certain malaise parmi eux, même si les critères de priorité choisis par eux obéissent à des principes pouvant se justifier (retenir les problèmes de santé les plus graves d'abord, accueillir les enfants les plus jeunes...)<sup>208</sup>.

En 2012, la pédopsychiatrie n'a pas pu répondre à 20 % des demandes qui lui ont été adressées. Ce pourcentage est passé à 28 % en 2014<sup>209</sup>. Ainsi, si les files actives stagnent ce n'est pas parce que les demandes diminueraient mais parce que se produit un effet de saturation. Les pédopsychiatres ont par ailleurs le sentiment que le nombre d'actes par enfant augmente, parce que les cas sont plus complexes, les situations familiales plus dégradées, la contenance sociale moins présente.

---

<sup>207</sup> Cette attente est due à l'indisponibilité des anesthésistes. Il n'est possible d'assurer que trois matinées par semaine d'ECT.

<sup>208</sup> Une Evaluation des pratiques professionnelles en 2015/2016 avait permis de mesurer pour chaque CMP sa file d'attente et de proposer des indications d'améliorations (réunion d'admission par exemple). Une seconde mesure de cette file d'attente devait avoir lieu en 2017 mais a été repoussée.

<sup>209</sup> Etude réalisée par le pôle de pédo-psychiatrie

## 5 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

### 5.1 Un dispositif hospitalier en psychiatrie générale identique pour chaque pôle dont les capacités sont globalement en diminution en 12 ans

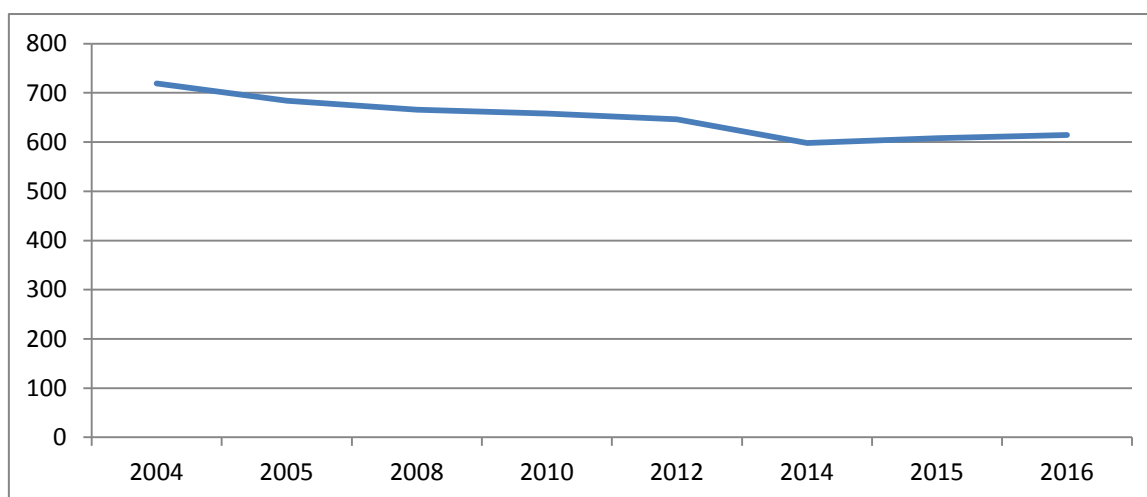
Le dispositif intra-hospitalier est conçu sur le même modèle pour chacun des trois pôles :

- deux unités de première ligne dans chacun des deux secteurs constituant un pôle (chaque unité fait 24 lits environ) ;
- une à deux unités et/ou foyer<sup>210</sup> de seconde ligne, intersectoriels, dans chaque pôle, accueillant des patients déficitaires ou de longue évolution, dont une part pourraient relever du secteur médico-social.

Cette organisation en pôle a fait globalement diminuer la part des patients hospitalisés hors secteur pour un pôle dans son ensemble<sup>211</sup>. Avant cette organisation en pôle, un patient sur deux était hospitalisé hors de son secteur.

- ***Les capacités d'hospitalisation du Vinatier ont régulièrement diminué ces 12 dernières années et se sont stabilisées depuis trois ans***

Graphique 52 : Evolution du nombre de lits installés



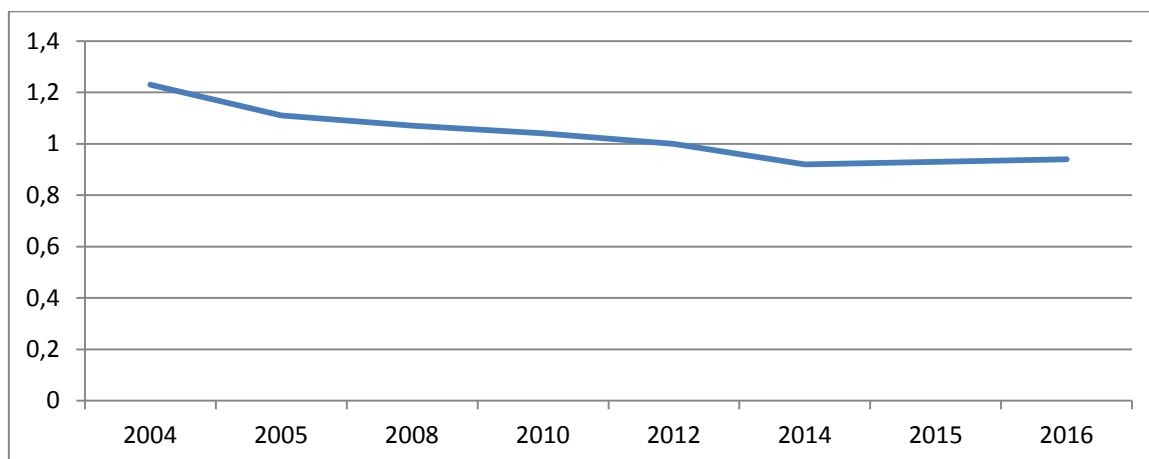
Source : Données communiquées par l'établissement à la mission. Il s'agit des lits installés, comprenant les chambres d'isolement et les chambres d'apaisement, ne comprenant pas les lits du SMPR et de l'UHSA.

Cette diminution des lits installés entre 2004 et 2016 a été de 14 % environ. Mais elle est plus importante en proportion si on rapporte le nombre de lits à la population générale et à son évolution. Le taux d'équipement en effet a diminué de 23 % dans la même période de temps.

<sup>210</sup> Un foyer est une structure avec peu de lits, environ une dizaine, avec une présence soignante allégée (pas de soignant le soir), destiné à développer les capacités d'autonomie du patient, afin de lui permettre de sortir de l'hôpital. Le patient paie un loyer pour résider dans ces foyers.

<sup>211</sup> 5 à 10% des patients d'un pôle ne seraient pas d'un des secteurs du pôle, en moyenne.

Graphique 53 : Evolution du nombre de lits installés pour 1 000 habitants

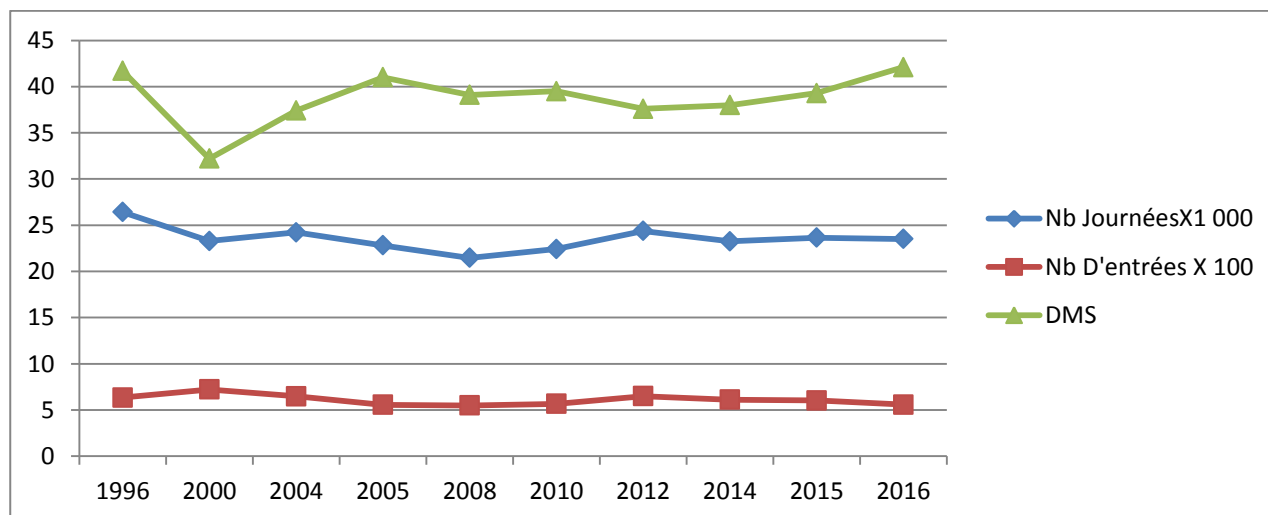


Source : Données communiquées par l'établissement à la mission. Il s'agit des lits installés, comprenant les chambres d'isolement et les chambres d'apaisement, ne comprenant pas les lits du SMPR et de l'UHSA.

➤ **Les journées d'hospitalisation ont diminué en 20 ans, ainsi que le nombre des entrées, mais l'augmentation de la DMS explique de forts taux d'occupation**

En 20 ans, les journées d'hospitalisation ont diminué de 11 % et le nombre des entrées de presque autant (12 %). Cela a permis la diminution du nombre des lits constatée plus haut. Cependant, la DMS est revenue en 2016 à ce qu'elle était il y a 20 ans (41,7 jours en 1996 et 42,1 jours en 2016). Ainsi, l'important taux d'occupation constaté depuis 2012 (autour de 94,6 %) s'explique par une augmentation de la DMS sur la même période, alors que le nombre d'entrées a régulièrement diminué (6 490 en 2012 et 5 585 en 2016).

Graphique 54 : Evolution du nombre de journées, du nombre d'entrées et de la DMS



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission

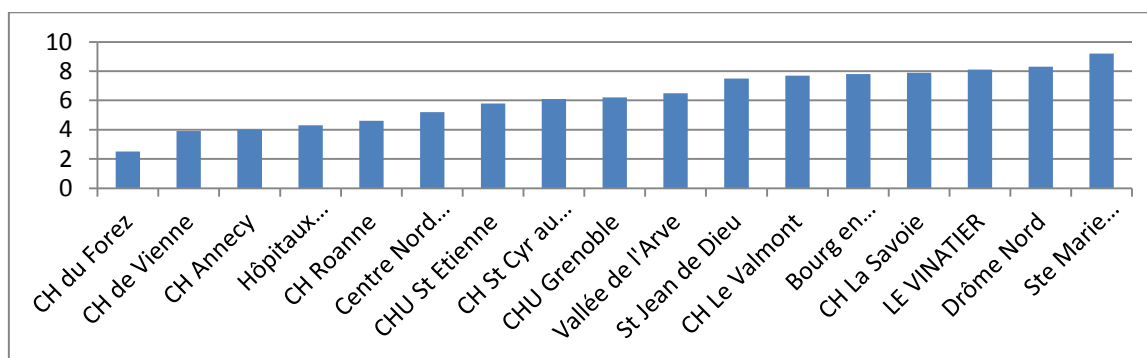
- **La proportion de malades hospitalisés « au long court » représente près du quart des malades hospitalisés un jour donné, proche de la moyenne constatée dans les établissements publics et ESPIC de la région**

En 2015, selon une enquête réalisée un jour donné par l'ARS de Rhône-Alpes, le pourcentage de malades hospitalisés depuis plus de 292 jours dans l'année, de façon continue ou pas, était de 27 % au Vinatier, un pourcentage très proche de celui constaté pour l'ensemble des établissements publics et ESPIC de la région (28 %).

- **Le taux d'équipements en lits rapporté à la population est élevé comparativement à la situation des autres établissements constatée dans la région Rhône-Alpes**

Les écarts en taux d'équipements entre établissements de la région Rhône-Alpes vont de 1 à 3,5 environ. Sur 17 établissements sectorisés, le Vinatier fait partie des trois qui ont un nombre de lits rapportés à la population (hors UMD et UHSA) le plus élevé.

Graphique 55 : Nombre de lits pour 1 000 habitants de plus de 18 ans en 2015 en Rhône Alpes



Source : Enquête du Dr Sylvie YNESTA et de Mme Anne-Sophie DANGUIN. Octobre 2016. ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette étude faite en octobre 2016 par l'ARS, pour les établissements de la région Rhône-Alpes, montre par ailleurs une corrélation entre le taux d'équipement en lits et nombre des hospitalisations « au long cours ».

## 5.2 L'organisation intra-hospitalière et les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

- **L'organisation intra-hospitalière**

Selon les pôles l'organisation intra-hospitalière peut être différente mais est conçue sur deux lignes :

- *en première ligne* : une hospitalisation pour soins aigus. Ce sont deux unités d'hospitalisation par secteur, soit 4 pour un pôle. Elles sont indifférenciées.
- *en seconde ligne* : une hospitalisation de plus longue durée pour des patients pour lesquels est engagé un travail de réhabilitation psychosociale. Ces unités, au maximum au nombre de deux par pôle, sont intersectorielles, c'est-à-dire communes aux deux secteurs du pôle.

Il peut y avoir des exceptions. Ainsi, dans le pôle ouest, une des deux unités intersectorielle est au contraire positionnée en première ligne (unité Fanon). Elle accueille des patients en crise, venant des urgences ou programmés.

Les unités de seconde ligne ont des capacités qui s'expliquent en grande partie par le manque de places dans des établissements médico-sociaux, selon l'établissement<sup>212</sup>. Ce serait ainsi le cas par exemple pour l'unité Tosquelles dans le pôle Ouest qui accueille des patients stabilisés, sans espace d'isolement, pour préparer la sortie des patients, avec des durées de séjour qui peuvent dépasser une année.

Plusieurs foyers thérapeutiques sont implantés dans l'enceinte de l'hôpital. Le personnel soignant y est présent de 9h à 19h (sauf le dimanche). Les patients versent un petit loyer.

➤ ***L'exercice de la contention***

Le pourcentage des journées d'hospitalisation réalisées pour des malades hospitalisés sans leur consentement n'a cessé d'augmenter au niveau de l'établissement. Il représentait 43,2 % en 2015, alors qu'il était de 28 % il y a 20 ans.

Malgré ce nombre de malades hospitalisés sans leur consentement, les unités d'hospitalisation des trois pôles sont ouvertes. Cela est permis par un suivi attentif par les infirmiers des patients hospitalisés sans leur consentement.

L'établissement a voulu distinguer plusieurs formes d'isolement en organisant trois types de lieux au sein de chaque service d'hospitalisation :

- le salon d'apaisement : le malade y séjourne quelques heures dans une journée. Il peut être ouvert ;
- la chambre d'apaisement : seuls des malades du service peuvent y être admis, sans possibilité de contention et ils peuvent être accompagnés d'un soignant ;
- l'espace de soins psychiatriques intensifs (ESPI) : ces chambres peuvent permettre l'exercice d'une contention. Elles sont désectorisées afin de pouvoir répondre aux besoins de tous les patients de l'établissement en relevant. Elles sont occupées à 100 % pratiquement toute l'année. Il peut donc arriver qu'un patient soit attaché sur son lit, le temps qu'une chambre d'apaisement ou un ESPI soit disponible.

Dans les unités d'hospitalisation reconstruites, les 6 qui dépendent des trois pôles, les locaux des ESPI sont relativement spacieux (3 pièces), et un espace extérieur propre à ces pièces a été aménagé. Le lit répond à des normes de sécurité.

Au sein du service d'urgence il y a 2 ESPI et une chambre d'apaisement. En cas d'occupation de ces chambres, une chambre ordinaire est transformée en ESPI. Il arrive régulièrement que 6 ou 7 chambres ordinaires soient transformées en ESPI.

Au total, il y a 26 ESPI et 15 chambres d'apaisement<sup>213</sup>, ce qui représente environ 6 % des capacités en lits de l'établissement.

Depuis le 11 juillet 2016 a été mis en place un registre des mesures d'isolement et de contention, tel que prévu par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016.

---

<sup>212</sup> L'établissement estime que les patients qui relèveraient d'une structure médico-sociale occupent environ une centaine de lits actifs.

<sup>213</sup> Il y a 32 ESPI et 24 CA si l'on inclut les urgences, l'UHSA, l'USIP et l'UMD. C'est-à-dire l'ensemble des unités de soins intra de tous les pôles cliniques.

➤ **Les conditions d'hospitalisation**

Les unités d'hospitalisation des trois pôles de psychiatrie générale sont regroupées dans un bâtiment de construction récente, mis à part quelques unités d'hospitalisation pour patients hospitalisés sur de plus longues durées (ces autres unités sont en cours d'emménagement dans des locaux entièrement réhabilités).

Dans le bâtiment neuf les unités, conçues sur le même modèle, comportent en général 20 chambres individuelles et deux chambres doubles seulement au pôle Ouest, auxquelles s'ajoutent le salon d'apaisement, la chambre d'apaisement et l'ESPI. Il existe un espace extérieur pour chaque unité d'hospitalisation.

L'administration des médicaments se fait dans les chambres. Dans chaque chambre, une tablette électronique permet à l'infirmier de noter le traitement prescrit, des éléments cliniques éventuels.

➤ **La prise en charge de problèmes de santé somatique**

L'établissement dispose également d'un service de médecine, appelé « Revol » et d'un service de soins de suite et de réadaptation polyvalents, appelé « Semmelweis ». Ces deux services accueillent également des patients en provenance d'autres établissements que le Vinatier.

Dans chaque pôle des médecins généralistes sont affectés et suivent les patients hospitalisés sur le plan de leur santé somatique (1,5 ETP environ par pôle). Il existe une coordination de tous les médecins somaticiens intervenant au Vinatier.

### 5.3 L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile

Le dispositif d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile dans le Rhône comprend trois unités d'hospitalisation intersectorielles, dont le fonctionnement est coordonné par un chef de service du Vinatier :

- une unité pour adolescents au centre hospitalier Saint-Jean-de Dieu (un ESPIC) ;
- deux unités au Vinatier (adolescents et 6-13 ans).

Des enfants peuvent être hospitalisés dans les services de pédiatrie où interviendront les soignants du Vinatier.

Le dispositif intra-hospitalier permet de répondre aux besoins, grâce à une gestion étroitement coordonnée de ces trois unités réparties sur deux établissements.

## 6 LE DISPOSITIF DE SOINS HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

Le modèle d'organisation qui se met progressivement en place<sup>214</sup> regroupe, au sein d'un même bâtiment en général faisant l'objet d'une construction neuve :

- un CMP et un CATTP de psychiatrie générale correspondant à un secteur ;
- un hôpital de jour de psychiatrie générale pour un secteur ;

---

<sup>214</sup> Ce modèle est presque généralisé pour tous les pôles. La psychiatrie infanto-juvénile n'est pas encore totalement concernée par lui.

- un CMP, un CATTP et un hôpital de jour pour la prise en charge des personnes âgées du pôle, donc intersectoriels.

Ce modèle, qui ne répartit plus les sites de consultations sur le territoire mais les rassemble, aurait selon l'établissement l'avantage d'être plus lisible pour les patients, permettrait de mutualiser des locaux et des moyens en personnels plus facilement, faciliterait la constitution d'équipes pluridisciplinaires (présence d'ergothérapeutes, de psychomotriciens...); et limiterait les déplacements des professionnels.

A la tête de chacune de ces unités extrahospitalières rassemblées dans un même lieu il y a un responsable médical. Les secrétariats des deux CMP installés dans les mêmes locaux ne sont pas toujours communs, cela pouvant être justifié par une raison théorique (la secrétaire connaîtrait les patients du secteur dont dépend un des deux CMP et pourrait plus facilement détecter les premiers signes d'une dégradation de leur état lors du contact téléphonique afin de les orienter plus rapidement vers une consultation).

Les patients du secteur et ceux qui relèvent de l'unité intersectorielle personnes âgées ne participent pas à des activités communes, les CATTP et hôpitaux de jour présents sur le même site restent dédiés à une population de patients, même si des synergies peuvent être recherchées.

Il existe donc au sein de ce dispositif rassemblant dans un même lieu plusieurs unités de soins extrahospitaliers des cloisonnements qui paraissent parfois un peu superficiels, et dont on peut penser qu'ils ne seront pas durables, des formes d'entraide entre les équipes s'organisant tout naturellement. Pour l'heure ils rendent un peu compliquée son organisation.

Les repas pour les patients en hôpital de jour sont livrés par le Vinatier.

#### ➤ **Les CMP**

A partir des CMP, des visites à domicile faites par des infirmiers peuvent avoir lieu, notamment au profit des personnes âgées entre autres.

Le nombre de CMP en psychiatrie générale a diminué, du fait de la stratégie retenue par l'établissement de regrouper sur un même site les structures hors hospitalisation des secteurs d'un même pôle. Ainsi, il y avait 24 CMP en 2004. Il n'y en a plus que 17 en 2016 et ce nombre est appelé à diminuer encore, sachant qu'il peut y avoir deux CMP implantés dans un même site

.

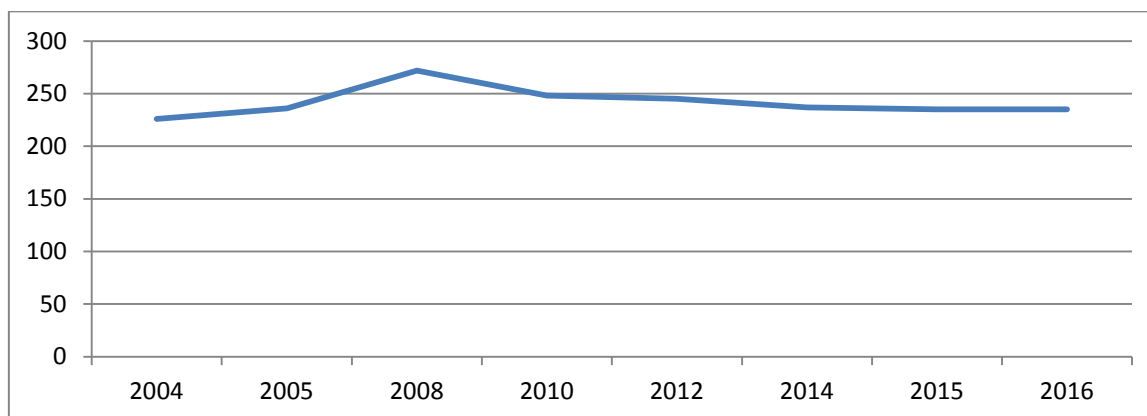
En pédopsychiatrie le nombre des CMP était de 19. Il sera de 12 en septembre 2017.

Le nombre des consultations a augmenté de 39 % en psychiatrie générale entre 2000 et 2016. Dans la même période, il a augmenté de 62 % en psychiatrie infanto-juvénile.

#### ➤ **Les hôpitaux de jour et les CATTP**

Le nombre de places d'hospitalisation de jour, après avoir un peu augmenté en 2008, s'est stabilisé à un niveau à peu près équivalent à celui qui existait en 2004.

Graphique 56 : Evolution du nombre de places en hôpitaux de jour



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission.

Le nombre des CATTP, dont les places ne sont pas comptées, est de 15 en 2016.

La différence entre hôpital de jour et CATTP ne porte pas tant sur le contenu des soins que sur l'état des patients et la durée hebdomadaire de leur accueil.

#### ➤ **Les appartements thérapeutiques**

L'établissement dispose d'appartements thérapeutiques.

#### ➤ **Les équipes mobiles**

Des équipes mobiles rattachées aux différents pôles peuvent intervenir au domicile des patients ou pour favoriser leur réinsertion réadaptation. Certaines de ces équipes mobiles sont spécialisées (gérontopsychiatrie, autisme). Ces équipes ont vocation à établir le lien avec le médecin traitant mais beaucoup de patients n'en disposent pas.

## 7 LE DEVELOPPEMENT DE L'INTER-SECTORIALITE

L'inter-sectorialité est très développée au Vinatier. Les dispositifs intersectoriels portent donc sur l'hospitalisation temps plein comme sur des activités hors hospitalisation temps plein.

Il y a 20 ans, il y avait 6 dispositifs intersectoriels en psychiatrie générale au Vinatier. Il y en a aujourd'hui trois fois plus (17).

En revanche, le nombre de dispositifs intersectoriels en psychiatrie infanto-juvénile est allé en diminuant, passant de 3 en 2004 à 1 aujourd'hui. Seule l'hospitalisation et l'accueil familial thérapeutique sont intersectoriels.

#### ➤ **Les dispositifs intersectoriels**

Chacun des trois pôles dispose d'un service intersectoriel accueillant des personnes présentant en général des pathologies déficitaires.

Certains pôles ont une vocation entièrement intersectorielle :

- le pôle « psychiatrie du sujet âgé »,



- le pôle UP MOPHA (urgences psychiatriques, médecine, SSR, PASS, consultations spécialisées, odontologie, pharmacie),
- PHASEDDIA (patients souffrant de troubles déficitaires avec des troubles du comportement),
- le SMD-PL (psychiatrie des détenus) et l'USIP-UMD ;

Des unités intersectorielles à vocation départementale ou régionale :

- Centre référent lyonnais en réhabilitation et remédiation cognitive (CL3R, Professeur Franck)
- l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile est entièrement intersectorielle (unité pour adolescent de Flavigny et unité pour les 6-13 ans) ;
- certaines activités de soins (stimulation cérébrale, centre expert, évaluation de l'autisme...

## 8 LA GESTION DU PARCOURS DU PATIENT

Le patient peut être pris en charge par plusieurs équipes tout au long de son parcours : unité d'hospitalisation dans la phase aigüe, séjour de réhabilitation, foyer thérapeutique, hospitalisation de jour, CATTP, visites à domicile...Il peut parfois être en contact avec plusieurs équipes dans un même temps : CMP et hôpital de jour, équipe mobile, médecin généraliste, travailleurs sociaux...La question du croisement des informations recueillies par chacune de ces équipes, relevant de l'hôpital mais aussi extérieures, demande une coordination qui devient de plus en plus délicate à organiser au fur et à mesure que le dispositif de prise en charge se diversifie. L'organisation de réunions régulières, qui se font (réunions de synthèse, réunions parcours...), ne suffit pas toujours. Toutefois, l'informatisation du dossier de soins facilite très largement ce travail.

## 9 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE

### ➤ *Les psychiatres*

Les effectifs médicaux ont augmenté au Vinatier ces quatre dernières années. Au cours des dernières années, il y a cependant eu des postes vacants en psychiatrie infanto-juvénile davantage qu'en psychiatrie générale. De plus, dans cette discipline, il y a peu d'appétence pour travailler en hospitalisation. Les préférences des jeunes médecins, souvent des femmes, vont plutôt vers un exercice en extrahospitalier.

Il y a peu de pédopsychiatres installés en libéral. Il faut donc compter essentiellement sur les pédopsychiatres exerçant dans le secteur public pour répondre aux besoins de la population.

### ➤ *Les psychologues*

Selon les pôles, les psychologues n'exercent pas tout à fait la même activité. Ils peuvent surtout procéder à des approches exploratoires des capacités intellectuelles et cognitives ou bien pratiquer principalement des psychothérapies.

➤ **Les infirmiers**

Les jeunes infirmiers sortant de l'école sont plus volontiers affectés au sein des unités d'hospitalisation temps plein, là où la présence de personnels très expérimentés est souvent très nécessaire, là où le travail est parfois peu gratifiant. Le risque est que ces jeunes professionnels se retrouvent dans des situations professionnelles difficiles ou finissent par se décourager et renoncent à continuer à exercer en psychiatrie.

Le dispositif de tutorat pour accompagner les jeunes infirmiers est plutôt considéré comme une bonne disposition qui serait à poursuivre.

Le manque d'infirmier homme peut poser parfois des difficultés quand il s'agit de contenir un patient.

➤ **Les orthophonistes**

Les orthophonistes sont précieux en psychiatrie infanto-juvénile. Or leurs recrutements sont difficiles, non pas par manque de poste mais parce que les rémunérations offertes ne sont pas attractives, comparativement à celles qui peuvent être obtenues dans un exercice privé. Les secteurs peuvent travailler en adressant leurs patients vers des orthophonistes privés, mais deux types de problèmes se posent :

- de nombreuses familles appartenant à des catégories sociales défavorisées ne sont pas en mesure de prendre en charge les dépenses qui leur reviendraient en s'adressant à des orthophonistes privées ;
- la CPAM refuse de rembourser les séances d'orthophonie effectuées en libéral pour des enfants du CMP, considérant qu'il s'agirait là d'une double prise en charge puisque l'établissement bénéficie d'une dotation incluant ces prestations d'orthophonie. La CPAM estime donc que c'est à l'établissement hospitalier de financer ces activités réalisées dans le secteur libéral<sup>215</sup>. Cette situation est très symptomatique des problèmes générés par l'existence de deux financeurs publics qui fixent leurs tarifs sans se coordonner entre eux. Les rémunérations offertes par l'hôpital sont trop basses par rapport à celle permise par une activité libérale compte tenu des tarifs fixés par l'assurance maladie, ce qui explique les difficultés de recrutement d'orthophonistes dans le public et la nécessité de recourir à des orthophonistes privés. Seule une approche commune de cette question, entre les deux financeurs publics, permettrait de réduire des disparités de rémunération qui sinon ne peuvent que perdurer.

➤ **L'équipe de sûreté.** Le Vinatier a constitué une équipe de sécurité, composée de 19 agents formés à contenir un patient (2500 interventions par an). Cette équipe intervient dans les services à la demande des soignants, veille aux risques de trafic de drogues, assure les relations avec les forces de police extérieures. Elle est composée de contractuels ou d'agents statutaires sur des grades de la filière ouvrière. Elle n'intervient qu'en intra-hospitalier. Deux questions se posent au sujet de cette équipe :

- les personnels ne sont pas des soignants, mais l'équipe de sûreté opèrent toujours en lien avec l'équipe soignante ;
- l'exercice de la contention d'un malade agité n'est en général plus exercé par des professionnels soignants ;

---

<sup>215</sup> A noter que les positions ne sont pas identiques selon les CPAM.

- ayant perdu ce domaine d'expérience, les professionnels en extrahospitalier confrontés à des situations difficiles risquent de ne pas savoir adopter les bons réflexes. Il est vrai que l'établissement a développé des formations à ce sujet.

Le dispositif mis en place par le Vinatier a cependant l'avantage de faire courir moins de risques de blessures aux professionnels et, sans doute, au malade. Cette formule demanderait cependant à être expertisée, d'autres établissements se posant la question de développer ce type d'organisation.

## 10 LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA REINSERTION-READAPTATION

- **La prévention.** Il s'agit là d'une des missions des secteurs. Force est de constater qu'elle donne lieu à pratiquement aucune action, même en psychiatrie infanto-juvénile accaparée par les soins.
- **La réinsertion réadaptation.** Les secteurs développent des actions dans ce domaine à partir de leurs structures de prises en charge intra et extrahospitalières

## 11 ORGANISATION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

En 2009, a été mise en place la Maison des Usagers dédiée aux patients et à leurs proches, ainsi qu'à toute personne intéressée.

Plusieurs conventions ont été conclues dans le cadre de la maison des usagers (CEFRA, Firmament, ADAPT, Association l'Enfant Bleu, Association Alcool assistance, UNAFAM, OSE, Les amis du Pas, GEM Arlequin, Messidor, GEM Lac'olade, GRIM).

Il existe au sein de l'établissement une Commission des Usagers.

Un GEM a été ouvert à Villeurbanne.

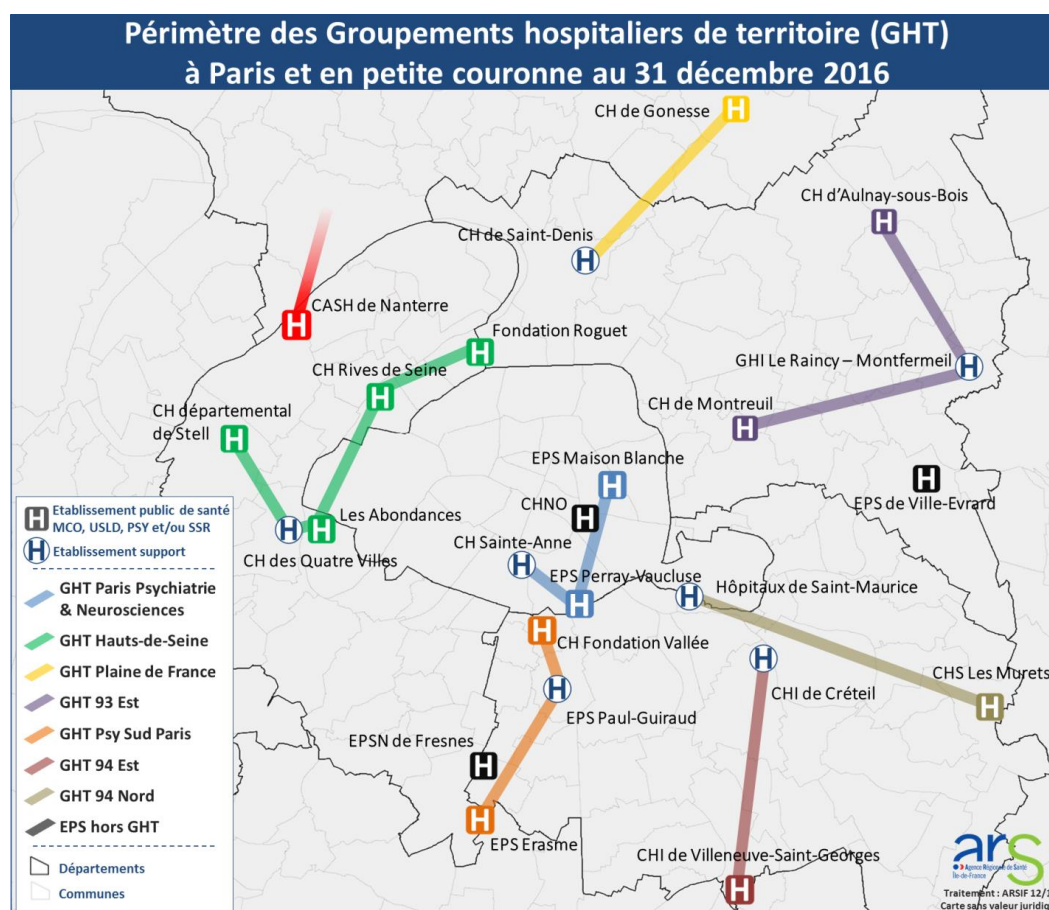
## MONOGRAPHIE 3 :

# SECTEURS PARISIENS DES HOPITAUX DE SAINT-MAURICE, ASSOCIES AU GHT PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES (75)

L'objet d'étude de la présente monographie est le dispositif de soins correspondant aux secteurs parisiens qui dépendent des hôpitaux de Saint-Maurice (3 pôles adulte et 1 inter-secteur de pédopsychiatrie). D'autres secteurs sont rattachés à cet établissement (secteurs et inter-secteurs du Val-de-Marne) qui n'ont pas été étudiés par la mission.

Les hôpitaux de Saint-Maurice sont associé, pour ses secteurs parisiens, au GHT Paris psychiatrie & neurosciences, et fait partie à part entière d'un autre GHT (GHT Saint-Maurice-Les Murets, dont la création a été décidée en juin 2016).

Schéma 21 : Carte des GHT Paris et petite couronne



Source : ARS

La monographie présente ainsi d'abord de manière détaillée le fonctionnement du GHT et la place qu'y prend Saint-Maurice, avant de présenter le fonctionnement interne des secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice.

Les hôpitaux de Saint-Maurice a une forte composante psychiatrique (en plus des pôles parisiens : un secteur et deux inter-secteurs val-de-marnais) mais également une activité de rééducation, de dialyse et une maternité. Il est issu de la fusion entre deux établissements voisins : l'hôpital national de Saint-Maurice, spécialisé en rééducation et dialyse, et l'hôpital Esquirol établissement psychiatrique qui s'était doté d'une maternité à l'époque où il était un asile de femmes.

Les hôpitaux de Saint-Maurice n'ont plus de projet d'établissement depuis une dizaine d'années mais un CPOM a été conclu avec l'ARS. Un projet médical et soignant partagé est en cours d'élaboration.

## 1 L'ORGANISATION DU GHT PARIS PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

### 1.1 Principes de construction

Le GHT Paris psychiatrie & neurosciences est, comme son nom l'indique, un GHT spécialisé. Il regroupe les hôpitaux de Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse, hôpitaux spécialisés en psychiatrie (Sainte-Anne a aussi une activité de neurosciences).

Tous les sites d'hospitalisation localisés à Paris ont pour fondement de leur activité la responsabilité de secteurs parisiens (autre site en dehors de Paris non sectorisé) :

- Sainte Anne : 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup> et 16<sup>ème</sup> arrondissements ;
- Maison blanche : 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements.

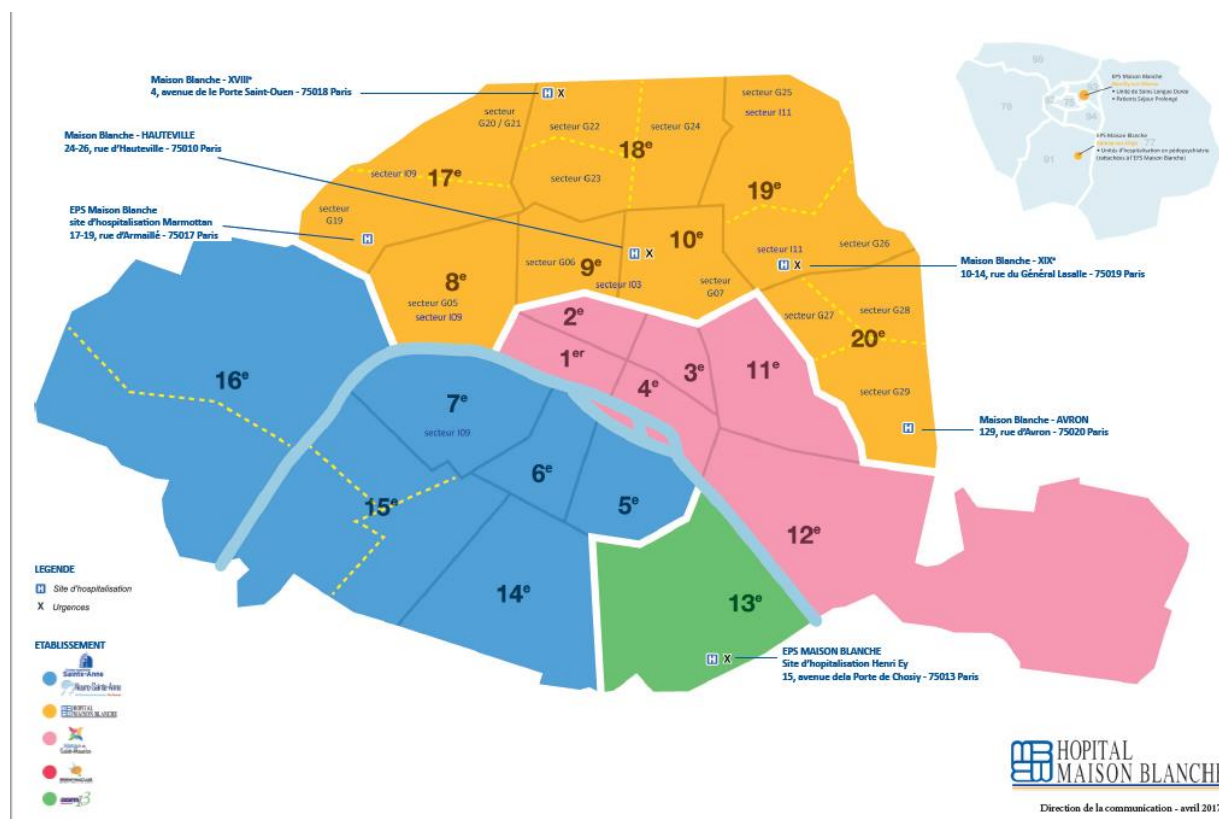
La création d'un GHT centré sur la psychiatrie s'explique d'abord par l'absence d'autres partenaires hospitaliers publics sur le territoire. En effet, l'établissement public du territoire est l'APHP qui – disposant à elle seule d'une taille critique – est dispensée de participer à un GHT.

Le GHT regroupe ainsi la psychiatrie parisienne sectorisée, à l'exception :

- des secteurs (1, 2, 3, 4, 11 et 12<sup>ème</sup> arrondissements) et de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à Saint-Maurice ;
- des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile du 13<sup>ème</sup> arrondissement confiés à un ESPIC (ASM 13)
- de 4 secteurs de pédopsychiatrie rattachés à l'APHP(12<sup>ème</sup> au GH Pitié-Salpêtrière, 15<sup>ème</sup> à l'hôpital Necker, 18<sup>ème</sup> à l'hôpital Bichat-Claude Bernard et 20<sup>ème</sup> à l'hôpital Robert Debré)
- du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'Institut Montsouris (5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> arrondissements).

La cohérence d'activité et de territoire est donc forte mais incomplète.

Schéma 22 : Carte de rattachement des secteurs de psychiatrie adulte de Paris



Source : communication GHT – avril 2017

La cohérence territoriale à l'échelon de Paris était déjà recherchée par la communauté médicale depuis longtemps<sup>216</sup> et le développement de structures communes a commencé il y a une dizaine d'années :

- le Psycom, qui a pour objet l'information, la formation et la lutte contre la stigmatisation en santé mentale (il y a 25 ans) ;
- la réunion des équipes mobiles précarité en 2008 (qui est devenu un pôle inter-établissements, incluant même Saint Maurice, constitué avec des moyens venus de tous les hôpitaux concernés) ;
- la communauté hospitalière de territoire (CHT), qui avait donné lieu à l'élaboration d'un projet médical partagé (2012). La CHT était constituée par cinq acteurs : Sainte-Anne, Maison Blanche, Perray-Vaucluse, l'association du 13<sup>ème</sup> arrondissement, Saint Maurice.

Le GHT, au périmètre plus réduit que la CHT dont il est issu, est doté d'une direction commune et est déjà fortement intégré. Y préexistait un groupement de coopération sanitaire (GCS) pour les fonctions supports qui a ainsi permis de faire des économies (3 millions d'euros sur 3 ans). Des

<sup>216</sup> Le rattachement des structures extrahospitalières à des établissements hospitaliers, en 1984, avait suscité un mécontentement de certains médecins qui, pour organiser leur résistance au pouvoir hospitalier, avaient recherché une unité territoriale.

redéploiements budgétaires ont ainsi pu être opérés, au profit de Sainte Anne en investissement, mais aussi de Maison Blanche en fonctionnement.

Une communauté psychiatrique de territoire (CPT) associant les 5 établissements est en projet. Elle couvrira un territoire plus large que celui du GHT.

Les communautés médicales des trois établissements composant la CHT d'abord, le GHT ensuite, ont posé deux conditions qui ont été respectées pour s'engager dans cette démarche :

- la préservation des budgets consacrés aux soins, quelles que soient les restructurations à venir entre les trois établissements ;
- un équilibre entre pouvoir médical et pouvoir administratif au sein des instances de gouvernance du GHT.

L'ambition est de constituer avec ce GHT un grand ensemble hospitalier psychiatrique sur Paris, capable d'étendre sa surface universitaire déjà présente à Saint-Anne. La question du positionnement du GHT par rapport à l'APHP est un sujet sensible et la convention entre le GHT et l'APHP, prévue par la loi, n'a pas encore été signée. Elle devrait cependant l'être prochainement.

Pour l'instant, c'est dans le cadre de la CPT à constituer que devraient se travailler les liens entre les membres du GHT, l'APHP et Saint-Maurice.

## 1.2 Place des secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice dans le GHT

Saint Maurice est associé au GHT Paris pour les seuls secteurs parisiens. L'établissement dans son ensemble appartient à un autre GHT (réunissant les hôpitaux de Saint-Maurice et des Murets sous une direction commune) qui a également une forte composante psychiatrique (5 secteurs aux Murets) et de rééducation (SSR). Les établissements ont donc une forte proximité d'activité et des liens forts dus aux mouvements de personnel (de nombreux médecins de Saint-Maurice ont déjà exercé aux Murets). Des projets de prise en charge communs sont ainsi mis en place : il existe par exemple une unité de soins somatiques pour tous les patients du GHT.

Le rattachement de l'ensemble de Saint-Maurice au GHT parisien n'a pas été envisagé, au moins officiellement. Face à l'ARS qui souhaitait un GHT plus large (incluant les centres hospitaliers intercommunaux de Créteil et de Villeneuve-St-Georges), les hôpitaux de Saint-Maurice ont souhaité la création d'un GHT les associant aux Murets sans que l'hypothèse d'un rattachement au GHT parisien ne soit semble-t-il débattue.

Ainsi, il a été décidé que Saint-Maurice serait associé au GHT Paris pour ses secteurs parisiens. Du point de vue de l'ARS, la formule de l'association était cohérente avec le principe du rapprochement des lieux de vie et des lieux de soins. Pour assurer la cohérence du dispositif, il a été demandé au GHT parisien d'élaborer un PMP concernant tout le territoire parisien et au GHT 94 Nord d'élaborer un PMP ne couvrant, pour sa partie psychiatrique, que le Val-de-Marne.

Cette solution a aussi été retenue en raison des liens qui préexistaient entre les établissements. Dès avant l'association au GHT, les secteurs parisiens de Saint-Maurice – comme l'ASM13 – faisaient partie de l'équipe mobile précarité et ils étaient tous les deux membres associés de la CHT.

La CPT viendra s'articuler avec ce dispositif.

Si on voit bien l'intérêt qu'il y a à associer les secteurs parisiens de Saint Maurice au GHT Paris, les services concernés se trouvent dans une position de double appartenance pouvant ainsi construire des projets, des complémentarités au sein de leur GHT ou au sein de celui auquel ils sont associés, avec des risques potentiels de contradictions.

L'association au GHT Paris repose sur une participation étroite à l'élaboration du projet médical<sup>217</sup>, sans pour autant avoir de pouvoir de décision dans son adoption. Cela permet, *in fine*, aux secteurs parisiens d'être informés des projets du GHT Paris et de participer à certains d'entre eux (sans obligation juridique de le faire). Si Saint-Maurice n'a pas de pouvoir décisionnel dans le GHT Paris, il ne peut pas non plus être contraint d'adapter son organisation et son fonctionnement aux attentes de ce GHT. Cela lui permet aussi de ne pas être concerné par la direction commune mise en place au sein du GHT Paris.

### 1.3 Les objectifs du GHT

Le projet médical partagé (présenté le 1<sup>er</sup> juillet 2017 à l'ARS) présente les objectifs du GHT.

Ils sont d'abord de permettre **un rééquilibrage et une gradation de l'offre de soins**. Le GHT envisage le territoire parisien en 2 zones, la zone nord et la zone sud. L'objectif est de proposer une offre graduée : pour le secteur, pour l'« arrondissement » (zone de 200 000 habitants), pour toute la ville et même pour la région voire l'ensemble de la France.

Pour les soins de proximité, le GHT n'apporte pas de plus-value particulière pour leur organisation, mais il peut permettre d'équilibrer plus facilement les moyens entre secteurs. Ainsi, le GHT a recruté une épidémiologiste à qui il a été demandé de réaliser des travaux pour essayer d'adapter les organisations et les moyens en fonction des besoins de la population.

Pour les soins de recours, le GHT est utile pour proposer des soins spécialisés intersectoriels sur tout le territoire parisien (par exemple, un hôpital de jour de remédiation cognitive) et structurer des filières de soins. Ainsi, huit filières ont été définies dans le projet médical :

- Personnes âgées ;
- Périnatalité ;
- Autisme ;
- Adolescents ;
- Addictologie ;
- Précarité ;
- Médecine somatique ;
- Patients au long cours.

Les établissements ont élaboré une cartographie des soins existant sur le territoire parisien qui a pour but d'améliorer la lisibilité de l'offre mais également de réfléchir à l'adaptation de l'offre existante. Déjà un pôle somatique inter-établissement a pu être créé (rattaché à l'établissement support mais dont la gestion est déléguée à Maison Blanche).

---

<sup>217</sup> Notamment par l'invitation permanente des représentants des hôpitaux de Saint-Maurice et de l'ASM13 à la commission médicale de groupement (CMG).



**Le GHT est aussi conçu comme étant le moyen d'obtenir une universitarisation** à venir des établissements qu'il rassemble. Des discussions ont été engagées avec les universités de Paris 5 et Paris 7 pour obtenir des postes d'universitaires (Paris 6 – à laquelle est rattaché Saint-Maurice pourrait éventuellement être concerné par ce mouvement, mais avec moins de certitude du fait de sa position d'associé).

**Enfin, la création du GHT doit permettre d'améliorer les relations des établissements avec leur environnement** : proposer une offre plus lisible aux patients et développer des relations plus solides et plus cohérentes avec les partenaires politiques, sociaux ou médico-sociaux qui sont, pour beaucoup, organisés à l'échelon de la ville-département. Les établissements parisiens ont déjà des relations étroites avec la Ville de Paris qui a un chargé de mission santé mentale. Pour les concepteurs du GHT, la taille de celui-ci lui permet également d'avoir un dialogue plus équilibré et pertinent avec l'APHP<sup>218</sup>.

#### Encadré 14 : Spécificité de la psychiatrie à Paris

Les services de psychiatrie parisiens ont pour caractéristique de prendre en charge un grand nombre de patients qui n'appartiennent pas à leur secteur (l'hôpital Ste Anne avance le chiffre de 50 % de patients hors secteur) :

- Patients « navetteurs » : qui n'habitent pas dans les secteurs mais y travaillent ou les traversent quotidiennement ;
- Patients en voyage pathologique (cf. présence des gares) ;
- Patients sans domicile fixe ;
- Patients venus pour recevoir des soins spécialisés qui ne sont pas accessibles dans leur secteur.

La part de patients précaires – en errance, migrants, sans domicile fixe, désinsérés – serait également plus forte que dans les autres territoires.

Source : *Entretiens mission*

**Le GHT entend définir une « gradation des soins »** qui est conçue ainsi :

- 1<sup>er</sup> niveau : le secteur, c'est le niveau des soins de proximité ;
- 2<sup>ème</sup> niveau : la coordination de territoire ou le pôle desservant un bassin d'environ 200 000 habitants (correspondant le plus souvent à un arrondissement ou à défaut à un regroupement d'arrondissements), pour développer des soins plus spécifiques, impossibles à concevoir à l'échelle d'un secteur ;
- 3<sup>ème</sup> niveau : Paris tout entier, pour des soins encore plus spécifiques ;
- 4<sup>ème</sup> niveau : la région pour des activités de référence.

Il faut noter que cette gradation n'est pas tout à fait comparable à celle qui est préconisée pour les soins somatiques. Elle n'est pas en relation avec la gravité de la situation médicale des patients. Elle organise la réalisation d'actes techniques différents, à des échelles territoriales de dimension plus ou moins grande, afin de tenir compte des compétences rares nécessaires et d'un certain niveau d'activité à atteindre pour assurer l'efficacité du dispositif.

<sup>218</sup> Les relations étant parfois compliquées, par exemple sur la participation à la prise en charge des urgences.

## 1.4 L'avenir des contours du GHT

**La solution actuelle (GHT à 3 établissements avec l'association des Hôpitaux de Saint-Maurice et le partenariat de l'ASM13) n'est pas une solution pérenne** pour beaucoup des interlocuteurs de la mission. Pour certains, la structuration des GHT avait même été comprise comme étant une solution transitoire.

Si la formule d'association de l'ASM13 est bien comprise du fait de l'impossibilité d'intégrer un ESPIC au GHT, l'idée de rattacher les secteurs parisiens de Saint-Maurice à un des établissements du GHT est envisagée par certains.

**Les arguments avancés pour le regroupement** s'articulent principalement autour de la fluidification des parcours de soins (identifiant unique, accès aux soins spécialisés) et des parcours sociaux ou médico-sociaux (partenariats à l'échelon de Paris : par exemple, convention avec les EHPAD de la Ville de Paris). Si la position actuelle de Saint Maurice ne pose pas de difficulté particulière pour organiser et mettre en œuvre les soins de proximité, en revanche dès que sont envisagées des structures intersectorielles à l'échelon de Paris, le périmètre actuel du GHT rend les opérations plus complexes à mettre en œuvre. Surtout, le dispositif psychiatrique, au total, paraît moins lisible.

Il existe des projets de déménagement des unités d'hospitalisation de Saint-Maurice en direction du site de Sainte-Anne qui pourraient permettre un rapprochement des unités d'hospitalisation des lieux de vie des patients<sup>219</sup>. Sainte-Anne ne pourrait pas cependant héberger l'ensemble des unités d'hospitalisation et certains ont également imaginé d'intégrer juridiquement les secteurs, tout en maintenant leur implantation géographique au sein des hôpitaux de Saint-Maurice (implantation qui pourrait alors donner lieu au paiement d'un loyer). Cette solution permet d'ailleurs, pour les secteurs du 12<sup>ème</sup> arrondissement, le maintien de la proximité géographique existante.

Toutefois, un tel regroupement pourrait fragiliser le fonctionnement de l'hôpital Saint-Maurice en réduisant fortement la dimension de l'établissement et ainsi sa possibilité d'amortir des coûts fixes.

Enfin, la question de la cohérence territoriale pourrait être moins aigüe avec la création du Grand Paris.

Saint Maurice de son côté fait valoir qu'un regroupement au sein du GHT risquerait de se faire au détriment de la spécificité des SSR qu'il gère, noyés dans un ensemble où la psychiatrie serait dominante. Il est à noter que cet argument reprend celui des services de psychiatrie qui redoutent, dans d'autres sites où ils sont regroupés dans un GHT généraliste, d'être moins bien traités que les disciplines MCO occupant une place plus importante. Toutefois, le rattachement des hôpitaux de Saint-Maurice dans leur ensemble au GHT Paris n'a jamais été à l'ordre du jour.

---

<sup>219</sup> L'opération se déroulerait sur plusieurs années : accueil sur le site des services de l'ASM13 et des secteurs du 17<sup>ème</sup> arrondissement qui déménageraient ensuite sur le site de Bichat permettant d'accueillir certaines unités de Saint-Maurice.

**Une question particulière se pose s’agissant de la pédopsychiatrie.** Dans l’un des hôpitaux du GHT (Sainte-Anne), les pôles mêlent psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale, ce qui n’est pas le cas dans les deux autres. La généralisation du modèle de Sainte-Anne inquiète les pédopsychiatres de Saint-Maurice qui craignent l’exclusion de la pédopsychiatrie de la gouvernance des pôles (aucun pédopsychiatre n’étant chef de pôle à Sainte-Anne, ni d’ailleurs à l’APHP)<sup>220</sup>.

## 2 LE MODELE D’ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES DE SAINT MAURICE

### 2.1 Organisation en pôles

Les secteurs parisiens de Saint Maurice sont organisés en 4 pôles : 3 de psychiatrie générale qui regroupent chacun deux secteurs et un de psychiatrie infanto-juvénile également issu de la fusion de deux secteurs :

- Pôle Paris Centre : 1, 2, 3 et 4<sup>ème</sup> arrondissement (105 000 habitants)
- Pôle Paris 11 : 11<sup>ème</sup> arrondissement (165 000 habitants)
- Pôle Paris 12 : 12<sup>ème</sup> arrondissement (140 000 habitants)
- Pôle Paris Centre Est enfant : 1, 2, 3, 4 et 11<sup>ème</sup> arrondissements (220 000 habitants dont 40 000 de moins de 18 ans).

Dans l’établissement, il y a également un autre pôle de psychiatrie générale (secteur des communes de Saint-Maurice, St-Mandé et Alfortville, soit environ 90 000 habitants) et deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile (2 inter-secteurs).

La création des pôles réunissant 2 secteurs en psychiatrie générale, en 2010<sup>221</sup>, a conduit à la fusion des deux secteurs dans leur mode de fonctionnement même si des cultures différentes persistent parfois au sein des pôles. De manière générale et dans une certaine mesure, cela a permis à la fois d’harmoniser les pratiques et de rééquilibrer les moyens au sein du pôle. L’homogénéisation des pratiques n’est pas incompatible avec une diversification des soins proposés à chaque patient à l’échelon du secteur : un pôle au sein duquel un secteur était particulièrement investi sur la psychanalyse et l’autre sur la remédiation cognitive permettra aux patients des deux secteurs de bénéficier plus facilement des deux types de soins.

Le regroupement des secteurs dans un pôle s’est accompagné d’une mutualisation de certains moyens (cadres, secrétariat) qui aurait, selon les interlocuteurs de la mission, permis de développer l’activité extrahospitalière.

Il y a un chef de pôle mais pas de chefs de service ou de secteur en son sein.

D’une certaine manière, on peut dire qu’un pôle est devenu un secteur, gardant la trace des découpages plus anciens.

---

<sup>220</sup> Néanmoins, ce fut le cas du pôle du 16<sup>ème</sup> arrondissement du CH de Sainte-Anne d’août 2008 à 2010 et une telle situation pourrait se reproduire à l’avenir au sein du GHT Paris.

<sup>221</sup> La fusion en pédopsychiatrie a eu lieu en 2002 et est donc davantage assimilée.

## 2.2 Gradation de l'offre de soins

Les hôpitaux de Saint-Maurice ont pour objectif de mettre en place une offre de soins graduée allant des soins de proximité à des soins hyperspécialisés. La mise en place de cette offre de soins spécialisée est cependant difficile : l'allocation des moyens par pôle (et non par secteur) a permis de dégager des moyens pour développer des soins plus spécialisés au sein d'un pôle comme la thérapie familiale ou l'hypnose par exemple.

Cependant, il n'existe presque pas de structures « inter-polaires ». Alors que, pour la partie SSR de l'établissement, il existe un pôle « ressources » comportant la HAD, les équipes mobiles, le laboratoire du mouvement, il n'existe pas de tels regroupements pour la psychiatrie. Il y a deux unités « inter-polaires », au sein d'un pôle, dont le fonctionnement semble difficilement généralisable :

- *le service somatique* est rattaché à un pôle mais fonctionne de manière relativement indépendante. Pour l'établissement ce modèle est difficile à étendre car la création de structures « inter-polaires » au sein d'un pôle ne semble pas pouvoir fonctionner correctement : d'abord car les moyens spécifiques à cette activité risqueraient d'être absorbés par l'activité de secteur du pôle considéré, qui est souvent sous tension, ensuite car il y aurait un fort risque de recruter principalement des patients de ce pôle.
- *l'unité d'hospitalisation des adolescents* qui doit accueillir les patients des 3 inter-secteurs. Elle est portée par un pôle mais dispose d'un budget individualisé qui doit rester à l'équilibre. Chaque inter-secteur finance l'unité au prorata des patients qu'il y a adressé. Ce modèle est fragile et conduit les inter-secteurs à limiter l'adressage pour éviter d'y consacrer une trop grande part de leurs moyens. Cette organisation n'a donc pas vocation à se développer.

L'établissement souhaiterait développer davantage ses structures « inter-polaires ». Par exemple développer une activité de thérapie familiale dans ce cadre. D'une certaine façon ces structures « inter-polaires » se substituent aux structures intersectorielles. Le pôle a mis fin aux structures intersectorielles qui posaient un certain nombre de difficultés, notamment pour déterminer les contributions en moyens de chaque secteur, en fonction des patients pris en charge et relevant de zones géographiques différentes. Par ailleurs, les unités intersectorielles étaient placées sous une double autorité médicale. Elles pouvaient faire craindre, en étant rattachées à un secteur particulier, de répondre surtout aux besoins de ce secteur. Ces questions se retrouveront avec des structures « inter-polaires ».

Manifestement l'établissement est confronté maintenant à la question suivante : comment porter un éventail plus large de solutions thérapeutiques, après avoir franchi une première étape allant dans ce sens en créant des pôles ?

La création des GHT pourrait permettre la mise en place de soins hyperspécialisés nécessitant une expertise plus qualifiée que celle existant dans chaque secteur ou même chaque pôle. Toutefois, l'appartenance à deux GHT risque de ralentir de tels projets.

Il y a le projet d'établir au sein du GHT Paris psychiatrie & neurosciences une cartographie des différents soins mis en œuvre par les uns et les autres. Il ne semble pas avoir été prévu de réaliser cette cartographie de façon à ce qu'elle soit lisible par les patients, leur permettant de se diriger eux-mêmes au sein du dispositif.

## 2.3 Développement d'innovations

L'établissement a voulu développer une activité de télé-médecine il y a cinq ans. Cette activité aurait pu permettre de renforcer les liens avec les EHPAD. L'hôpital a obtenu une aide de l'ARS dans le cadre d'un appel à projet. L'expérience n'a pas abouti. Elle a semble-t-il buté sur des difficultés à organiser techniquement le dispositif.

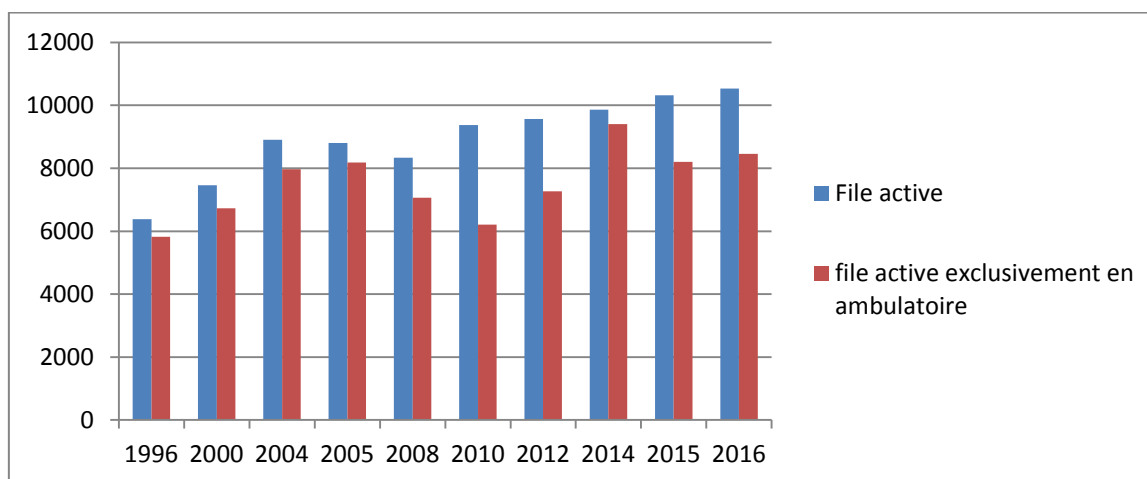
## 3 LES MOYENS ET LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT

### 3.1 L'évolution générale des activités

#### 3.1.1 En psychiatrie générale

La file active a augmenté de 65 % en 20 ans. La file active exclusivement ambulatoire a augmenté de 45 %.

Graphique 57 : Evolution de la file active en psychiatrie générale pour les hôpitaux de Saint-Maurice



Source : Missions d'après les données transmises par l'établissement

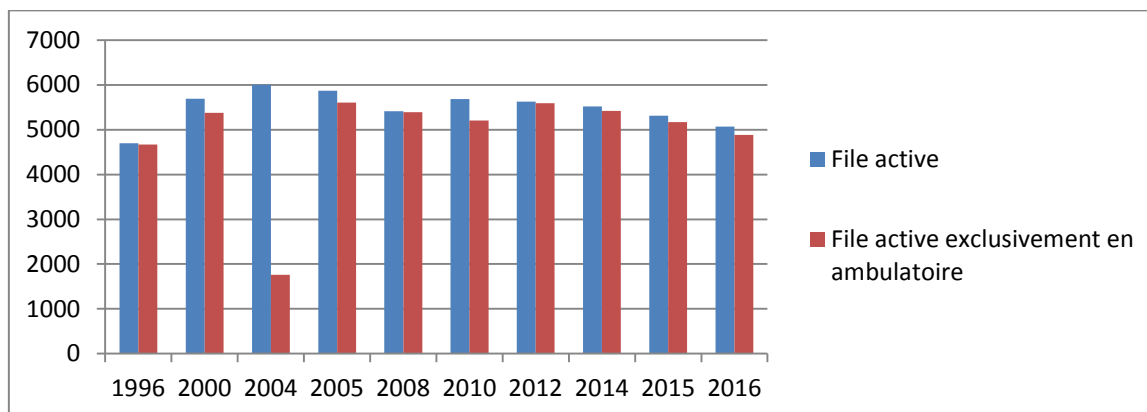
Le nombre de journées d'hospitalisation a peu baissé (passé de 141 000 à 132 000 – alors que sur la même période le nombre de lits est passé de 360 à 260).

Le nombre de consultations a presque doublé passant de 134 000 à 254 000 consultations par an. Il semble donc que la part de l'ambulatoire ait cru plus en raison d'une grande intensivité ou durée de la prise en charge que d'un accroissement de la demande.

### 3.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

En psychiatrie infanto-juvénile, après un pic atteint en 2004, la file active est en baisse régulière depuis 2010. Elle reste cependant supérieure de 8 % au niveau constaté il y a 20 ans.

Graphique 58 : Evolution de la file active en psychiatrie infanto-juvénile pour les hôpitaux de Saint-Maurice



Source : Mission d'après les données transmises par l'établissement

Le nombre de journées d'hospitalisation a baissé (de 11 000 à 9000 entre 1996 et 2016) et le nombre de consultations a augmenté passant de 67 800 à 96 800. La file active baisse, mais, selon les explications données par les professionnels à la mission, dans le même temps les prises en charge seraient plus longues et plus intensives.

## 3.2 Evolution des moyens

### ► Moyens humains

A l'échelon de l'établissement, les moyens médicaux et soignants ont connu des évolutions différenciées, de même que la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie :

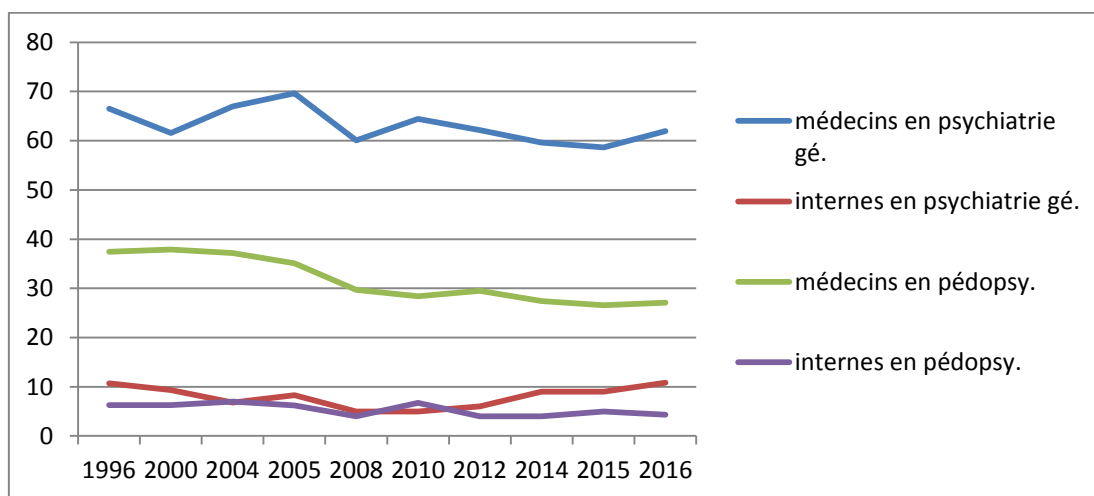
- En psychiatrie générale, l'effectif médical a faiblement baissé en 20 ans : -7 % pour les médecins, stabilité pour les internes (62 ETP de médecins et 11 internes en 2016) ; et l'effectif infirmier a diminué de 30 % (de 466 à 323 ETP)
- En pédopsychiatrie, l'effectif médical est en baisse de 30 % (27 ETP de médecins et 4 internes en 2016) ; et l'effectif soignant global (infirmier, psychologue, éducateur) est en augmentation de près de 20 % : ce qui recouvre une baisse du nombre d'infirmier au profit d'une augmentation du nombre de psychologues et d'éducateurs (60, 31 et 39 ETP respectivement en 2016).

Ces évolutions ne peuvent pas être directement reliées à l'activité, même si la fermeture de lits explique probablement la baisse de l'effectif infirmier.

La proportion des infirmiers affectés exclusivement en extrahospitalier est de 59 % en 2016. Elle était de 48 % en 2012 et de 30 % il y a 20 ans.

Les psychologues, dont le nombre a augmenté de près de 50 % en 20 ans, sont surtout affectés en extrahospitalier (3,5 %).

Graphique 59 : Evolution des moyens médicaux en psychiatrie générale et pédopsychiatrie aux hôpitaux de Saint-Maurice

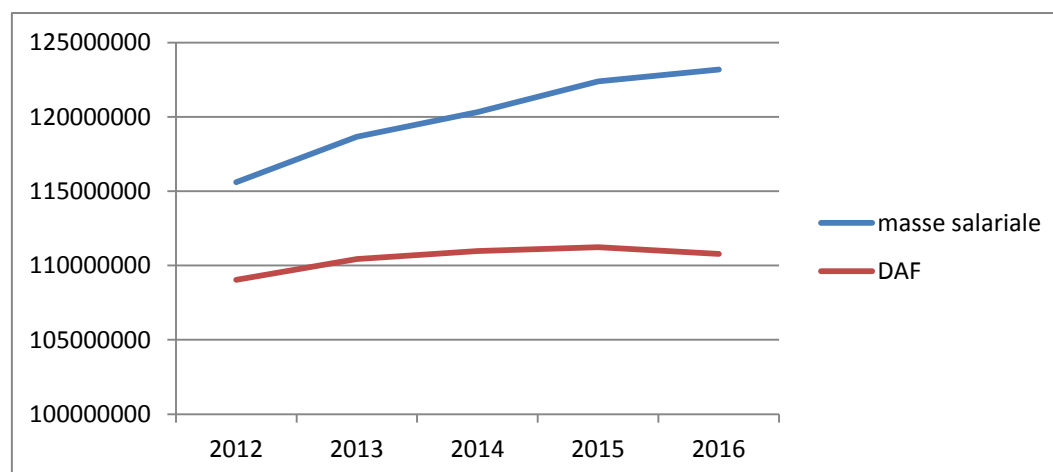


Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

### ► Moyens financiers

La DAF a très faiblement augmenté en valeur nominale entre 2012 et 2016 (1,6 %), alors que la masse salariale a cru de 6,5 % sur cette période. Cette situation fait courir des risques importants de déséquilibre budgétaire à l'établissement. Il conviendrait d'expliquer cette augmentation de la masse salariale alors que les effectifs soignants et médicaux sont globalement restés stables sur cette période. La mission se demande si ce n'est pas un effet particulièrement important du GVT qui serait à incriminer, dans un établissement qui, comme tous les hôpitaux psychiatriques, a une forte part de son budget consacré aux dépenses en personnels.

Graphique 60 : Evolution de la DAF et de la masse salariale des activités de psychiatrie des hôpitaux Saint-Maurice



Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

## 4 LE POSITIONNEMENT DES HOPITAUX DANS LEUR ENVIRONNEMENT

### 4.1 Les relations de l'établissement dans le domaine des soins

#### ➤ Médecine libérale

Les relations avec les médecins généralistes sont souvent difficiles et peu structurées. Elles dépendent beaucoup de l'interconnaissance entre médecins et se fondent sur des appels ou courriers. Certains pôles ont cherché à organiser des réunions mais les généralistes ne s'y rendaient pas. Les médecins peuvent s'adresser au CMP ou au centre d'accueil et de crise (CAC).

La baisse du nombre de médecins généralistes est ressentie par les services de psychiatrie qui ont parfois du mal à trouver des interlocuteurs disponibles pour leurs patients. Certains centres de santé ont recruté des psychiatres qui pourraient être un relai pour le CMP. A ce stade, aucune collaboration n'a été mise en place mais des contacts devraient être pris prochainement.

#### ➤ Etablissements de santé

Dans le champ MCO, les relations avec les établissements de l'APHP sont parfois compliquées. Ainsi, le pôle Paris 11 avait pour projet d'implanter son CAC au sein des locaux de l'hôpital Saint-Antoine mais les discussions sont bloquées autour de la question de la reprise de la garde de psychiatrie par le CAC (Saint-Antoine dispose d'un service de psychiatrie qui l'assure actuellement). De même, le pôle de psychiatrie infanto-juvénile a des difficultés à travailler avec les maternités de l'APHP (qui ne sont pas localisées sur son secteur) : les patientes des maternités relèvent de secteurs et d'inter-secteurs différents et les maternités voient mal l'intérêt d'établir des relations avec un inter-secteur en particulier. Les psychologues des maternités adressent peu à la psychiatrie sectorisée mais davantage à des professionnels qu'ils connaissent en secteur libéral. Du fait de ces relations difficiles, les situations à risque sont davantage repérées et adressées par les services de PMI que par les services hospitaliers. Les relations avec les services de pédiatrie sont également difficiles.

En revanche, sur certains segments et avec d'autres établissements, des relations fortes ont été nouées. Ainsi, s'agissant de la géronto-psychiatrie, les équipes du pôle Paris 12 interviennent dans plusieurs établissements sanitaires et au domicile des patients.

Dans le champ de la pédopsychiatrie, où l'APHP a également une activité de secteur, les relations ne sont pas plus simples. Pour l'inter-secteur de l'hôpital Saint-Maurice, les services de l'APHP sont davantage centrés sur l'hospitalisation et la recherche, ce qui rend difficile le travail en commun même si des partenariats peuvent exister ponctuellement (par exemple, participation à des recherches sur l'autisme et l'adoption). Si certains services de l'APHP ont une activité de consultation non sectorisée importante, il est difficile de faire hospitaliser les enfants de l'inter-secteur de Saint-Maurice dans les services de l'APHP, il y a plusieurs mois d'attente bien souvent (4 à 5 mois par exemple pour une hospitalisation à la Pitié Salpêtrière).



### ➤ **Recours aux centres experts**

Les hôpitaux de Saint-Maurice ne disposent pas de centre expert. Ils font ponctuellement appel à certains centres (pour la schizophrénie résistante (à Sainte-Anne) ou les troubles bipolaires (à Créteil)). Les centres experts sont utilisés par les équipes comme un tiers leur permettant de porter un nouveau regard sur un patient qu'ils ne parviennent pas à aider. Cela permet à la fois de renouveler leur réflexion et de leur permettre une respiration. Ils sont utilisés comme un ultime recours quand les autres stratégies thérapeutiques ne fonctionnent pas, et, de ce fait, assez rarement (1 ou 2 patients par an et par secteur sont adressés).

En dehors de ces cas, les autres établissements sont assez peu utilisés en recours pour des cas complexes.

## **4.2 Les relations avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux**

Les relations sont souvent difficiles. Pour les interlocuteurs de la mission, les établissements sociaux et médico-sociaux ont des attentes vis-à-vis de la psychiatrie à laquelle celle-ci n'est pas en mesure de répondre. Les partenaires souhaiteraient des interventions de la psychiatrie auprès des personnes qui leur posent problème et des hospitalisations, ce qui n'est pas toujours possible ou pertinent.

Les patients hébergés dans des ESSMS sont suivis par l'équipe du CMP du pôle (parfois même si l'hébergement se fait sur le territoire d'un autre pôle, parfois le suivi est transféré à l'équipe du secteur d'implantation de l'ESSMS).

Pour autant, les pôles développent des relations avec les structures qui sont sur leur territoire. Si les changements de dirigeants ont pu poser des difficultés, les relations sont parfois formalisées avec des réunions régulières. Il existe certains modèles plus intégrés : ainsi, le pôle Paris centre dispose d'un partenariat avec la cité St Martin (CHRS du secours catholique) qui a permis la création d'une équipe composée de travailleurs sociaux (3 éducateurs du secours catholique) et d'infirmiers (du pôle) qui prennent en charge les personnes hébergées dans cette structure.

## **4.3 La participation à des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**

Chaque arrondissement de Paris est doté d'un CLSM. Dans certains arrondissements, la mairie de Paris dispose d'un agent chargé de son animation ce qui permet son bon fonctionnement mais le fonctionnement dépend beaucoup de l'implication ou du positionnement des élus.

Dans le 11<sup>ème</sup> arrondissement, le CLSM fonctionne bien, il y a ainsi deux groupes de travail actuellement : un sur la communication (semaine de santé mentale, soirée thématique sur les pairs-aidants) ou un sur l'hébergement (rencontre autour des cas complexes, formation des gardiens d'immeubles).

## 5 L'ACCES AUX SOINS

### 5.1 Les soins en urgence

#### 5.1.1 En psychiatrie générale

Il existe deux CAC (centre d'accueil et de crise) : un pour les 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissements, un autre pour le pôle Paris centre. Ils sont ouverts 24h/24 et ont une triple activité : de consultation, d'accueil et d'hospitalisation courte. Les services d'urgence, les médecins libéraux ou les CMP orientent facilement leurs patients vers cette structure. Les patients viennent aussi souvent d'eux-mêmes.

Des travaux sont en cours avec l'hôpital Saint-Antoine pour implanter le CAC en son sein mais les discussions ont pris beaucoup de temps et sont désormais bloquées.

#### 5.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

Il existe un centre d'accueil et de crise pour adolescents, communs aux trois inter-secteurs, qui est également ouvert 24h/24.

### 5.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

#### 5.2.1.1 En psychiatrie générale

A Paris, l'accessibilité géographique des soins ambulatoires est forte compte tenu des courtes distances et du réseau de transports en communs dense. Il existe aujourd'hui souvent 2 CMP par pôle (un par secteur). La question du regroupement se pose différemment selon les pôles. Pour certains, s'ils étaient regroupés, cela ne poserait pas de difficulté d'accès et permettrait éventuellement de dégager du temps pour mettre en place des consultations délocalisées. Mais pour d'autres, le maintien de deux CMP offre une plus grande proximité aux patients et le regroupement n'est pas envisagé comme pouvant permettre des gains.

Les horaires d'ouverture permettent également un accès facilité (dans le 11<sup>ème</sup> arrondissement : un CMP ferme à 20h trois soirs par semaine, l'autre à 19h quatre soirs par semaine).

Par ailleurs, les CAC jouent un rôle d'accueil 24h/24. Ils ont une triple activité : de consultation, d'accueil et d'hospitalisation courte.

Les délais de prise en charge sont relativement courts (1 mois).

### 5.2.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

L'accès géographique et en termes d'horaires est également satisfaisant.

Les délais sont variables, trois mois en moyenne, mais dépendent de la situation :

- Pour les moins de 6 ans : les enfants sont reçus par un psychologue ou un pédopsychiatre sous deux mois mais certains enfants peuvent être vus en urgence (sous 24h). Pour les plus petits, l'attente est même souvent moindre : ils sont pris en charge sous 2 à 4 semaines ;
- Pour les plus grands, les délais sont compris entre 3 mois et 1 an selon les situations. Le pôle est néanmoins en mesure de recevoir les situations urgentes sous 24h.

Les délais varient également au cours de l'année : il y a un afflux de demandes en octobre-novembre puis en fin d'année (ce sont les adressages par l'école) et il n'y a quasiment pas de demandes l'été, ce qui permet au pôle de résorber les délais.

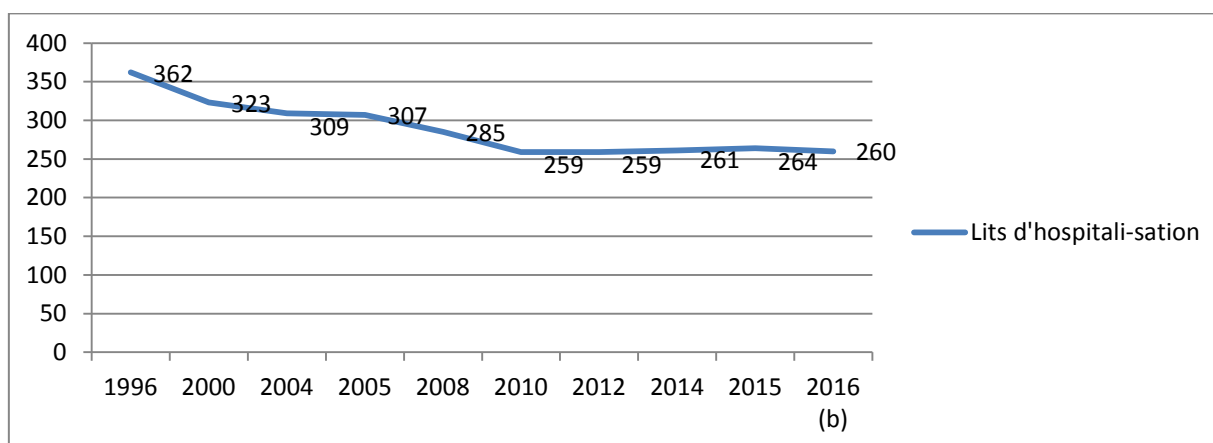
Le pôle a l'impression d'un accroissement des délais d'année en année, du fait d'une augmentation des demandes qui semblent toutes justifiées. Certaines pourraient être ré-adressées vers d'autres acteurs (pédopsychiatrie libérale, CMPP) mais les délais de prise en charge n'y sont pas forcément meilleurs compte tenu de la faiblesse de l'offre.

## 6 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

### 6.1 Un dispositif hospitalier en psychiatrie générale

Le nombre de lits, à l'échelon de l'établissement, a baissé de manière continue entre 1996 et 2010. Il s'est depuis stabilisé.

Graphique 61 : Evolution du nombre de lits en psychiatrie générale aux hôpitaux de Saint-Maurice



Source : Missions à partir des données transmises par l'établissement

A l'échelon de l'établissement toujours, on peut noter que :

- la baisse du nombre de lits ne se traduit pas par une baisse du nombre de journées d'hospitalisation aussi nette (de 141 000 à 132 000 sur 20 ans) ;
- le nombre d'entrées en hospitalisation baisse de manière non régulière (5 400 en 1996 à 3600 en 2016) et la DMS augmente, elle aussi irrégulièrement (de 26 à 37 jours) ;
- le taux d'occupation est très variable d'une année à l'autre : ainsi le minimum est atteint pour 2015 (75 %) et le maximum pour 2000 (95 %). En 2016 le taux était également très élevé (94 %) alors qu'il était de 83 % en 1996. Cette situation ne s'explique pas par plus d'entrées mais par une DMS plus élevée.

Chaque pôle dispose d'unités qui lui sont propres (elles sont sectorisées dans la mesure où le pôle est devenu un macro-secteur). Il n'existe en revanche pas d'unités intersectorielles (sauf celle de soins somatiques).

Le pôle Paris centre (105 000 habitants) dispose de 35 lits répartis en deux unités d'hospitalisation (16 et 19 lits). Le taux d'occupation y est élevé (90 %) mais le nombre de lits est considéré comme suffisant par le pôle.

Le pôle Paris 11 (165 000 habitants) dispose de 65 lits répartis en 4 unités, elles sont toutes fermées. Les unités ont le même rôle, la répartition des patients entre unités vise d'abord à équilibrer la charge de travail entre les équipes. Le pôle a pour projet d'évoluer vers 3 unités : 16 lits dans une unité fermée, 26 lits dans une unité ouverte de court séjour, 21 lits dans une unité ouverte de réhabilitation (de transition vers le médico-social). Cependant, ce projet ne pourra être mis en place que lorsque le pôle pourra changer de locaux (d'ici 2 à 3 ans).

Le pôle Paris 12 (140 500 habitants) dispose de 3 unités (62 lits). Il s'agit de deux unités d'entrants fermées et une de réhabilitation. Il porte également l'unité de soins somatiques inter-polaire (10 lits).

Au cours des dernières années, une unité intersectorielle de patients polyhandicapés a été fermée et les patients accueillis dans une structure médico-sociale plus adaptée.

## 6.2 Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

### ➤ *Hospitalisation hors secteur*

Il y a peu d'hospitalisation de patients dépendant d'un autre pôle. Seule une raison clinique impérieuse permet l'hospitalisation hors secteur, en effet le refus des patients hors-secteurs est conçu comme un moyen de maintenir une charge de travail équitable entre les unités d'hospitalisation. Ainsi, lorsqu'un patient déménage, le secteur d'origine demande parfois à ce qu'il soit pris en charge par le secteur de sa nouvelle résidence. Ces changements seraient parfois demandés y compris lorsque le patient ne dispose que d'un hébergement temporaire.

Les patients « en voyage pathologique », ou sans domicile fixe sont hospitalisés selon un tour de rôle<sup>222</sup>.

---

<sup>222</sup> En ambulatoire, l'accueil de patients hors secteur serait en revanche beaucoup plus fréquent.

### ➤ **L'exercice de la contention et de l'isolement**

Il y a 9 chambres d'isolement dans l'établissement. Elles nécessitent l'intervention de renforts infirmiers : les infirmiers hommes sont ainsi souvent mobilisés.

Il existe une forte disparité entre les pôles :

- Le pôle Paris 11 disposait de 4 chambres d'isolement mais en a fermé une. Elles sont occupées à 50 % et un tiers de leur occupation est dû à des patients d'autres pôles : ils y sont accueillis quand les autres pôles n'ont plus de chambre disponible. Le pôle souhaiterait, dans ses futurs locaux, fermer une autre chambre et disposer de salons d'apaisement (environnement calme avec des stimulations sensorielles apaisantes, en présence d'un soignant). De même, ce pôle essaie d'éviter le recours à la contention ;
- Le pôle Paris 12 utilise davantage ses chambres d'isolement. La spécificité des patients qu'il prend en charge (consommation d'alcool et de drogues, errance, non prise du traitement) fait que l'isolement est souvent nécessaire – notamment lorsque des patients agités sont admis la nuit et que le personnel présent n'est pas suffisant pour prendre en charge individuellement la personne agitée.

Une étude sur l'usage de la contention et de l'isolement est prévue au sein du GHT Paris psychiatrie & neurosciences.

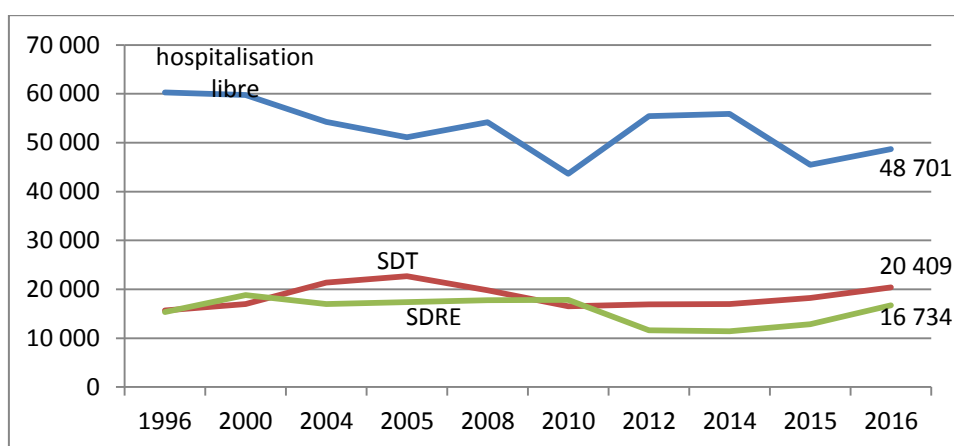
### ➤ **L'hospitalisation sans consentement**

L'hospitalisation libre représente la majorité des journées d'hospitalisation (57 %), alors que l'hospitalisation à la demande d'un tiers en représente un quart (24 %) et celles à la demande du représentant de l'Etat moins d'un cinquième (19 %).

En nombre d'entrées, l'hospitalisation libre occupe une part bien plus importante (80 %) que l'hospitalisation à la demande d'un tiers (9 %) et celle à la demande du représentant de l'Etat (11 %), ce qui traduit de plus courtes durées de séjour en hospitalisation libre.

La part de l'hospitalisation libre a baissé sur les vingt dernières années.

Graphique 62 : Evolution des journées d'hospitalisation selon les modes d'hospitalisation



Source : Mission d'après les données transmises par l'établissement

➤ **Les conditions d'hospitalisation**

Au sein d'un même site, les conditions d'hospitalisation sont inégales. Si certains bâtiments sont bien entretenus, d'autres sont en très mauvais état : fuites récurrentes des salles de douche (draps au sol pour éponger), chambre d'isolement sans sanitaires.

➤ **La place de l'hospitalisation**

Pour certains interlocuteurs de la mission, le développement de l'ambulatoire – par ailleurs justifié – fait peser un risque sur l'hospitalisation. En effet, l'hospitalisation étant de moins en moins centrale et valorisée, il existe un risque que l'extrahospitalier concentre les compétences spécifiques et les innovations alors qu'elles sont tout autant utiles en intra-hospitalier.

➤ **La prise en charge de problèmes somatiques**

Les hôpitaux de Saint-Maurice ont mis en place des consultations somatiques (3 médecins) et des consultations spécialisées (2,8 ETP rémunérés en 2014) où les patients peuvent être adressés par le médecin somatique ou le psychiatre.

Il existe au sein du pôle Paris 12 une unité de 10 lits de prise en charge psychiatrique et somatique (équipe qui assure les consultations somatiques).

Par ailleurs, un médecin senior est présent 24h/24.

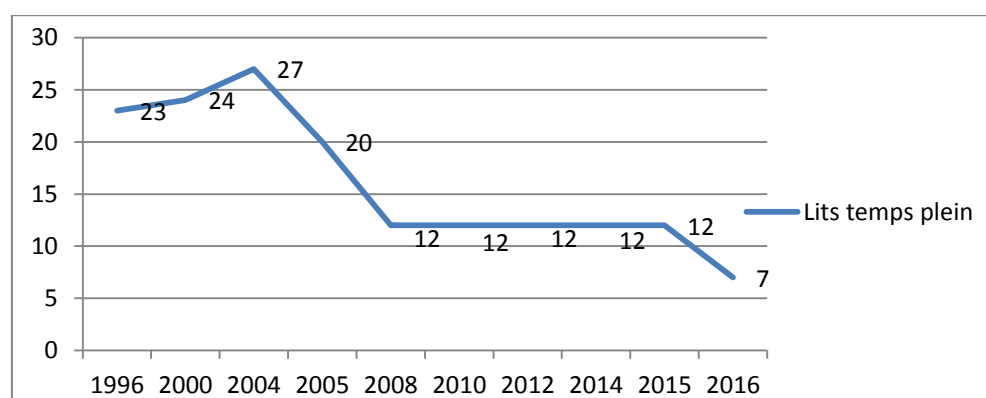
### 6.3 L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile

L'inter-secteur ne comporte pas d'unité d'hospitalisation mais dispose d'une unité d'accueil et de crise pour adolescents qui est portée par l'un des autres inter-secteurs des hôpitaux de Saint-Maurice mais est dédiée à l'ensemble de l'établissement (avec un financement de chaque inter-secteur).

Il est également possible de faire hospitaliser les adolescents dans le centre d'accueil et de crise de Maison Blanche. En revanche, les hospitalisations dans les services de pédopsychiatrie de l'APHP sont très difficiles, les délais d'attente sont longs. Ainsi, de nombreux jeunes peuvent être hospitalisés dans des services adultes ou dans des cliniques.

Pour les trois inter-secteurs de l'établissement : le nombre de lits a été divisé par 4 en 20 ans.

Graphique 63 : Evolution du nombre de lits en psychiatrie infanto-juvénile pour les hôpitaux de Saint-Maurice



Source : Missions à partir des données transmises par l'établissement ; depuis 2015 : Ouverture progressive de l'HDJ Choisy (10 lits) du Pôle 94103/04 ; en 2016 : fermeture définitive AFT du Pôle Paris Centre Est Enfants.

Pour ces lits, on note :

- une baisse du nombre de journées d'hospitalisation beaucoup moins rapide que la baisse du nombre de lits (-20 %) alors même que le taux d'occupation baisse (92 % en 1996, 67 % en 2016 avec un point bas en 2014 à 50 %) ;
- une baisse de la DMS dans les années 2000 et puis une nette remontée depuis 2010 (46 jours en 2016).

## 7 LE DISPOSITIF DE SOINS HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

Les hôpitaux de Saint-Maurice avaient pour objectif de développer les lieux de prise en charge extrahospitaliers (40 sites), mais la diminution de la DAF et la volonté de développer des prises en charge plus spécialisées ont conduit à mettre en œuvre une politique de regroupement des CMP.

### 7.1 En psychiatrie générale

#### ➤ Structures

Les structures extrahospitalières ont une activité à l'échelon du pôle mais ne sont pas, sauf exception, spécialisées. Elles fonctionnent en ayant chacune une activité de secteur.

- Pôle Paris centre : 2 CMP couvrant chacun des 2 arrondissements, un CATTP et un hôpital de jour ;
- Pôle Paris 11 : 2 CMP et 2 CATTP ;
- Pôle Paris 12 : 1 CMP et 2 CATTP et 3 hôpitaux de jour. Un des hôpitaux n'est pas sur le territoire du secteur mais à l'hôpital pour permettre notamment l'accès aux personnes qui résident à proximité dans les hébergements associatifs. L'autre hôpital de jour est spécialisé dans l'accueil des jeunes, des personnes qui travaillent, sur la remédiation cognitive.

Il existe cependant des projets de regroupement géographique des CMP et CATTP (dans le 11<sup>ème</sup> arrondissement par exemple). Ce regroupement ne nuirait pas à l'accessibilité pour les patients : outre que les distances sont limitées et les transports en commun fournis, le regroupement permettrait de dégager du temps pour des consultations délocalisées qui ne sont pas possibles aujourd'hui pour respecter l'exigence de permanence médicale dans la structure. Cela permettrait également de développer des activités plus spécialisées.

Il existe des structures communes à deux pôles (ceux du 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissement) : l'équipe mobile et le centre d'accueil et de crise (cf. partie sur les urgences). Il n'existe pas de structure ayant une vocation plus large que la réponse aux besoins des populations couvertes par les secteurs de l'établissement.

#### ➤ Les interventions à domicile

Elles se développent : entre 2011 et 2014, pour l'ensemble de l'établissement, la file active a progressé de 16 % et le nombre d'intervention de 9 %.

Tous les secteurs disposent d'une équipe mobile qui intervient au domicile des patients à la demande de leur famille, du CMP ou des services d'urgence. Elle peut ensuite prendre en charge les patients à domicile pendant une durée pouvant aller d'une semaine à un mois avant d'orienter les patients vers un mode de prise en charge plus pérenne.

### ➤ Réinsertion-réadaptation

Des logements accompagnés ont été développés par certains pôles : 70 logements pour le pôle Paris centre (foyers, places réservées dans des appartements associatifs, une résidence d'accueil), appartements associatifs dans le pôle Paris 12 (33 places d'appartements thérapeutiques gérées par une association et 5 places en familles d'accueil).

Des programmes d'éducation thérapeutique ont été expérimentés par le pôle Paris 11 : psychoéducation des patients atteints de troubles bipolaires de l'humeur, « psychoéducation : apprendre à connaître ses troubles » pour les patients atteints de schizophrénie.

### ➤ Actions à destination des familles

Les pôles Paris Centre et Paris 12 ont respectivement mis en place des consultations et des groupes de parole à destination des familles.

## 7.2 Infanto-juvénile

### ➤ Activité de secteur

Le pôle dispose de plusieurs structures généralistes : CMP et hôpitaux de jours qui sont répartis sur les arrondissements. Certains ont une activité généralistes, d'autres une activité plus spécialisée. Ainsi, deux structures sont dédiées à la petite enfance : un CMP et un CATTP, un CATTP est dédié aux enfants autistes et psychotiques de 8 à 12 ans. Il existe aussi un accueil familial thérapeutique.

Le pôle dispose aussi de deux unités d'enseignement, en partenariat avec l'Education nationale, pour les enfants souffrant de troubles du spectre autistique.

### ➤ Activité inter et trans-sectorielle

Le pôle dispose de structures spécialisées qui ont vocation à prendre en charge des enfants en dehors du secteur :

- Equipe mobile ASE : le pôle a créé en 2013 une équipe mobile qui travaille spécifiquement avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) : elle intervient auprès des adolescents accueillis dans des foyers et auprès des jeunes mères en difficultés psychosociales admises avec leurs enfants en foyers d'urgence ou d'hébergement.
- Espace Bastille : consultation dédiée aux problèmes psychologiques liés au cancer de l'enfant et de l'adolescent. Il dispose d'un financement de l'ARS et travaille en réseau et avec tous les centres en cancérologie de Paris (et dans une moindre mesure de la petite couronne).
- Centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sourd : ce centre est à la fois un CMP et un lieu de recherche : il est spécialisé sur les problèmes psychiatriques engendrés par la surdité (mais reçoit aussi des enfants dont les parents sont sourds). Le centre a une vocation régionale, voire nationale, et dispose d'un financement identifié de l'ARS depuis plusieurs années ;
- Consultation adoption qui a une vocation régionale, voire nationale, accueille les parents et leurs enfants.

### ➤ Périnatalité

Le pôle de psychiatrie infanto-juvénile s'est organisé pour mieux intervenir dans le champ de la périnatalité :

- il a développé un partenariat avec les services de PMI pour mieux repérer les bébés à risque ;



- il dispose d'une plage d'accueil ouvert (sans rendez-vous) où les mères et leurs enfants peuvent venir accompagnées d'un partenaire ;
- il a mis en place un groupe d'observation qui fonctionne sur une durée de 6 semaines ;
- il a développé les visites à domicile ou en maternité (même si les relations avec les maternités peuvent être difficiles à établir).

➤ **Les interventions à domicile**

Elles se développent : entre 2011 et 2014, pour l'ensemble de l'établissement, le nombre d'intervention a cru de 160 % (alors que la file active est restée stable).

## 8 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE

➤ **Les psychologues**

Ils travaillent principalement en extrahospitalier. Dans le pôle Paris 11, où ils sont 8 ETP, ils font peu de bilans et ont davantage une activité de psychothérapie ou de réhabilitation. Ils ont également un rôle de partenariat avec les autres institutions.

➤ **Parcours professionnels**

Les professionnels préfèrent majoritairement travailler en extrahospitalier, qui est perçu comme plus valorisant (plus d'autonomie, travail plus diversifié, cœur de la prise en charge) et plus confortable (horaires notamment). Ainsi, les personnels – notamment infirmiers – commencent généralement leur carrière en intra-hospitalier puis, lorsqu'ils le peuvent, passent en extrahospitalier dont ils ne partent pas. Si cela peut correspondre à une logique de formation en milieu hospitalier, ce type de parcours pose deux difficultés : d'abord les équipes intra-hospitalières sont parfois trop peu expérimentées, ensuite les équipes extrahospitalières sont parfois en poste depuis de longues années (une vingtaine) ce qui rend difficile les changements d'organisations et de pratiques.

Il n'y a pas de politique d'établissement à ce sujet, il revient aux chefs de pôle d'inciter les agents à construire des parcours professionnels qui correspondent à la fois à leurs attentes et aux exigences de fonctionnement des unités.

Par exemple, le pôle Paris centre, a choisi d'imposer notamment aux personnels médicaux d'exercer dans au moins deux unités mais l'exercice à la fois en intra et en extra est rendu difficile par l'éloignement des unités d'hospitalisation du territoire des secteurs. Par ailleurs, chaque unité extrahospitalière participe à l'organisation d'une activité en intra hospitalier : il peut s'agir d'animer un atelier, de se rendre à une réunion d'équipe. L'équipe mobile par exemple se rend auprès du patient hospitalisé pour préparer sa sortie.

## MONOGRAPHIE 4 : ETABLISSEMENTS D’EURE-ET-LOIR (28)

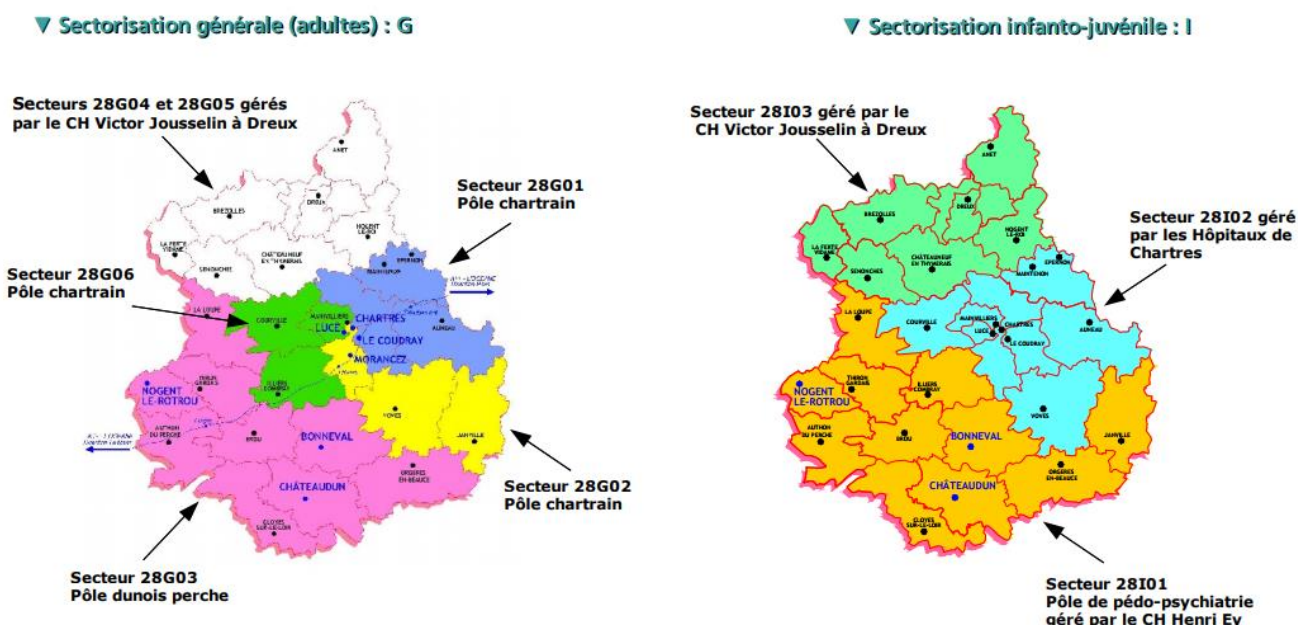
Dans le département de l’Eure et Loir, le dispositif de soins psychiatriques est organisé à l’échelon du département, notamment du fait de l’existence d’un GHT qui couvre ce territoire.

Participent au dispositif de soins psychiatriques, 3 établissements publics :

- le centre hospitalier Henri Ey, implanté historiquement à Bonneval, Châteaudun, Nogent le Rotrou, s’est développé depuis 1998, au Coudray (à proximité de Chartres et du CH de Chartres, et qui dispose également d’un site à Morancez) : il a la charge de 4 secteurs de psychiatrie générale (304 000 personnes) et d’un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;
- le centre hospitalier de Dreux qui a la charge de deux secteurs de psychiatrie générale (environ 152 000 habitants) et d’un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile ;
- le centre hospitalier Louis Pasteur de Chartres qui est responsable d’un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile et héberge dans ses locaux un dispositif d’urgences psychiatriques du CH de Bonneval.

L’offre privée (de ville ou clinique) étant très limitée (cf. *infra*), le dispositif de soins psychiatriques de l’ensemble du département sera abordé au travers de l’offre publique organisée par les trois établissements.

Graphique 64 : Organisation de la sectorisation en Eure-et-Loir



Source : CH Henri Ey, brochure de présentation, mars 2017

Les interlocuteurs de la mission mettent en avant la précarité de la population de leur territoire d'intervention et la diversification des demandes de prise en charge psychiatriques qui leur sont adressées. Celles-ci relèvent parfois, selon eux, davantage de la santé mentale que des soins psychiatriques : troubles liés à des difficultés professionnelles, conjugales, et à l'absence d'activité (retraite, chômage), en lien avec la précarité ou un parcours de migration ou encore dans le cadre de la dé-radicalisation.

Face à ces demandes, le département connaît, selon la formulation de l'ARS, une « crise atypique en matière de démographie médicale ». Cela concerne la psychiatrie (qui n'existe quasiment pas en ville) mais aussi la médecine générale qui est sinistrée, ce qui complique ainsi la prise en charge des soins psychiatriques.

## 1 L'ORGANISATION DEPARTEMENTALE ET LE GHT

Les 3 hôpitaux du département font partie du même GHT, qui compte 6 établissements : les centres hospitaliers de Chartres, Dreux, Nogent le Rotrou, La Loupe, Châteaudun et Bonneval. L'établissement support est le CH de Chartres. La convention constitutive a été approuvée le 31 août 2016. Toute l'activité psychiatrique publique du département est donc regroupée dans le même GHT.

Sa constitution a suscité des craintes du côté de l'établissement Henri Ey (spécialisé en psychiatrie) qui avait souhaité obtenir une dérogation pour ne pas entrer dans le GHT. Il a d'abord obtenu un délai (4 mois) qui lui a permis que soit signé un avenant au GHT. Dans l'avenant, l'autonomie de l'ensemble de l'activité en psychiatrie est réaffirmée à la fois au plan financier (au travers de la DAF), patrimonial, de recherche et de formation ainsi que sur le plan de l'informatique médicale.

Les équipes de psychiatrie du département travaillent actuellement à l'élaboration d'un « plan psychiatrique de territoire » qui semblerait être le projet territorial de santé mentale ou le volet psychiatrique du projet médical du GHT<sup>223</sup>. Le plan est élaboré conjointement par les équipes psychiatriques des trois établissements et, sur certains sujets (addictologie notamment), les partenaires extérieurs ont été associés aux travaux. Dans un second temps, il est prévu d'élargir la liste des structures participant aux travaux, notamment aux partenaires médico-sociaux. S'agissant de la pédopsychiatrie, l'organisation est déjà relativement structurée et s'appuie depuis 2013 sur un GCS de moyens qui associe les 3 inter-secteurs.

Projet médical du GHT, volet psychiatrique du projet médical du GHT, plan psychiatrique de territoire, GCS de pédopsychiatrie, projets de pôles de psychiatrie au sein d'un même établissement, communauté psychiatrique de territoire, s'entrelacent au point de rendre assez confuse la stratégie retenue, la gouvernance du dispositif qui à terme sera mise en place, et les associations qui seront organisées avec les partenaires du secteur médico-social notamment. Au milieu de cette complexité, les acteurs de la psychiatrie cherchent un chemin conciliant leur appartenance à un établissement donné et les exigences propres à leur discipline. Pour l'heure, la manière dont sont menés ces travaux interroge sur leur inscription dans le GHT. Leur élaboration laisse penser qu'est recherchée une forme d'autonomie de la psychiatrie au sein du GHT. Elle est clairement envisagée par une part des parties prenantes qui semblent avoir pour perspective d'étendre à toute la

---

<sup>223</sup> Le projet médical du GHT avance plus lentement, d'autant que la construction du GHT a été ralentie par la détérioration des relations entre le CH de Chartres et trois autres établissements (Châteaudun, Nogent, La Loupe) qui sont sortis de la direction commune qui avait été mise en place et ne partagent pas les mêmes orientations concernant la structuration de l'offre sur le territoire.

psychiatrie du département les dispositions de l'avenant dont bénéficie aujourd'hui Bonneval. Il est bien sûr souhaitable que la psychiatrie du département, toute entière incluse dans le GHT, travaille la cohérence d'ensemble de son organisation et de son fonctionnement. Mais cette cohérence devrait être conçue de façon à prendre place au sein du projet médical du GHT et de son dispositif de gouvernance. Elle ne devrait pas *in fine* apparaître comme une entité indépendante. La création d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT), justifiée par la possibilité qu'elle offre d'intégrer les structures médico-sociales, complique le jeu institutionnel. Cette situation n'est pas propre à l'Eure-et-Loir mais pourrait être source de confusion. En effet, elle paraît être envisagée comme étant un moyen de formaliser un ensemble psychiatrique ayant son autonomie de gestion, à côté du GHT dont l'établissement support est le CH de Chartres. La situation de la pédopsychiatrie montre la complexité et la difficile articulation de tous ces outils proposés aux acteurs. La pédopsychiatrie du département, répartie sur trois établissements, a constitué un GHT avant la lettre, sous la forme d'un GCS qui était cependant un outil de coordination plus que de gestion. Les acteurs de la pédopsychiatrie redoutent de voir leur organisation se dissoudre au sein du GHT et de ne plus pouvoir conserver et développer la cohérence de leur fonctionnement actuel. Chaque secteur de pédopsychiatrie est tiraillé entre une logique d'appartenance à un établissement donné, qui pousse à les inclure dans un pôle de psychiatrie avec la psychiatrie générale comme à Dreux, et une dynamique départementale qui pourrait prendre la forme d'une intégration dans un pôle inter-établissement au niveau du GHT. Jugeant que l'avenir est bien incertain, les acteurs de la pédopsychiatrie entendent conserver le GCS et le font cohabiter avec le GHT, en attendant que la situation se clarifie.

## 2 LE MODELE D'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES

L'organisation diffère fortement entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile. Les dispositifs sont différents entre établissements pour la première alors qu'ils sont unifiés sur les trois établissements pour la seconde.

### 2.1 L'organisation des services cliniques en psychiatrie générale

#### 2.1.1 Au CH de Bonneval

Les services cliniques ont les caractéristiques suivantes :

- une organisation en pôles :
  - un pôle de psychiatrie générale, qui vient d'être créé (2017), qui recouvre l'activité de 4 secteurs et des activités à vocation départementale ;
  - un pôle addictologie à vocation départementale ;
  - un pôle gérontologie qui n'est pas psychiatrique (EHPAD et USLD) ;
  - un pôle psychiatrie infanto-juvénile et autisme qui comporte des unités à destination des enfants et des adultes.
- s'agissant de l'activité de secteur,
  - une organisation de l'intra-hospitalier en plusieurs lignes successives : urgences, court séjour, moyen séjour pour les deux implantations (Chartres / Bonneval)
  - une organisation des soins extrahospitaliers qui vise une forte proximité territoriale, notamment dans le sud du département dont le territoire est étendu ;

- il y a un chef de pôle et des chefs d'unités (sauf dans les CMP) mais pas de chefs de services. De fait, le pôle est un service regroupant les 4 secteurs de psychiatrie générale.

**Le pôle de psychiatrie générale** est récent (créé en 2017). Il regroupe l'activité de 4 secteurs : 7 unités d'hospitalisation et 3 sites extrahospitaliers. Historiquement, il y avait 3 secteurs au nord dont les unités d'hospitalisations sont situées au Coudray (couvrant 210 000 habitants) et un secteur au sud dont les unités d'hospitalisation sont situées à Bonneval (90 000 habitants). Les secteurs disposaient historiquement de moyens disparates (les moyens alloués à chaque site en structures intra-hospitalière, étaient équivalents alors que la population couverte était bien inférieure pour le secteur de Bonneval). La création du pôle devrait permettre de concevoir l'organisation entre deux zones (zone nord pour Chartres et la zone urbaine, zone sud pour la zone rurale), en redécoupant les zones correspondant à chaque site plutôt qu'en redistribuant les moyens entre secteurs. Les files actives seraient alors équivalentes entre les deux zones nord et sud (le projet en attente de validation des instances).

Chaque zone dispose d'unités « sectorisées » : une unité d'admission de 20 lits, une unité de suite et de réadaptation de 20 lits, des structures extrahospitalières et d'unités intersectorielles :

- un centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP), au Coudray ;
- une unité de gérontopsychiatrie, située à Bonneval : elle a théoriquement une vocation départementale mais recrute peu de patients des secteurs autres que ceux rattachés au CH Henri Ey (5 patients de Dreux en 1 an et demi) ;
- une unité de psychologie médicale, située à Morancez, de 15 lits et 3 places d'hôpital de jour qui prend principalement en charge des personnes présentant des troubles des comportements alimentaires (historiquement, elle prenait surtout en charge des personnes souffrant de pathologies anxio-dépressives). Elle a théoriquement une vocation départementale mais certains praticiens ont l'impression que l'hospitalisation des patients de Chartres est prioritaire sur celle des patients de Dreux.

Des structures non sanitaires sont également rattachées à ce pôle : des maisons d'aide à la réinsertion (M.A.R.), intégralement financées par le CH de Bonneval, situées sur le site de l'établissement (Coudray et Bonneval) : les équipes hospitalières peuvent éventuellement y intervenir mais le traitement est assuré par des infirmiers libéraux. Au quotidien, des CESF interviennent pour accompagner les résidents qui vivent en autonomie et un encadrement est assuré par les cadres de santé dirigeant eux même les unités des réinsertion-réadaptation.

Les contrats de pôle sont existants depuis 3 ans et la direction s'attèle actuellement à la formalisation des prochains contrats de pôle. Lors de la visite de la mission, il a été constaté qu'il n'y avait pas de cadre administratif de pôle, faute de moyens financiers. La structuration de ce pôle est en cours de finalisation.

L'organisation médicale est fragile. Les recrutements de psychiatre sont difficiles dans ce département pourtant pas très éloigné de Paris. Par ailleurs, certains médecins semblent se montrer réticents à se plier aux impératifs d'un fonctionnement qui doit être solidaire, compte tenu des problèmes d'effectifs qui se posent.

**Le pôle addictologie** comporte une unité d'hospitalisation de 16 lits, un hôpital de jour et un CMP, tous implantés sur le même site à Morancez. Ce pôle dispose d'un contrat de pôle. Son activité est départementale pour l'hospitalisation, intersectorielle pour le CMP (l'hôpital de Dreux disposant également de consultations d'addictologie). Il s'appuie sur un réseau mais certains médecins de Dreux ressentent des difficultés à y faire hospitaliser leurs patients et ont le sentiment que les patients des autres secteurs sont prioritaires. Pour autant, le CH de Bonneval a déclaré avoir pris en

charge 46 patients des secteurs drouais depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Ce pôle a également une activité de liaison avec le CH Louis Pasteur (infirmiers des deux établissements qui se déplacent ; un lit réservé).

Enfin, le **pôle psychiatrie infanto-juvénile et autisme** comporte des structures extrahospitalières et une unité pour les adultes autistes (25 lits). Elle a une vocation régionale. Sont également rattachés à ce pôle un ESAT et un FAM.

**S'y ajoute un pôle gériatrie qui n'a pas d'activité psychiatrique.** Il regroupe un EHPAD autonome et une USLD (175 lits). Il n'y a pas de chef de pôle, ni de médecin coordonnateur compte tenu de la pénurie médicale. Et au niveau fonctionnel, la coordination du pôle gériatrie est assurée par un cadre supérieur de santé en lien avec la direction de l'établissement.

L'éclatement géographique, tant des unités d'hospitalisation (3 sites) que des structures extrahospitalières est un facteur de complexité pour l'encadrement et est chronophage. Cela est problématique à la fois :

- pour la direction et l'encadrement qui sont amenés à se déplacer ;
- pour les médecins qui exercent sur des sites multiples et peuvent difficilement organiser une suppléance ;
- pour les équipes soignantes au sein desquels les médecins peuvent être absents à certains moments de la semaine, du fait de leur intervention dans une autre structure
- d'un point de vue logistique : la plupart des approvisionnements est assurée par le site de Bonneval pour l'ensemble des sites du CH Henri Ey : repas, blanchisserie (sauf les blouses et draps lavés par un GIP constitué avec le CH Louis Pasteur à Chartres), médicaments. Il va de même pour les interventions techniques.

### 2.1.2 Au CH de Dreux

L'activité de psychiatrie générale est organisée en un service qui couvre les deux secteurs. Le service comporte 8 unités fonctionnelles, il est dirigé par un seul médecin et un cadre de pôle. Il semble que les moyens entre les deux secteurs n'aient jamais été distingués.

Le service est intégré à un pôle « santé plus » incluant des soins somatiques (médecine physique et de réadaptation et SSR) dans une logique de développement d'un parcours en lien avec le handicap. Cette organisation est cependant questionnée (SSR devant intégrer le pôle personnes âgées en juillet 2017 et idée d'un rapprochement avec la psychiatrie infanto-juvénile).

Toute l'offre adulte est regroupée sur le site de l'hôpital : aussi bien les services d'hospitalisation (dont une unité d'hospitalisation pour les adolescents) que l'extrahospitalier (CMP, hôpital de jour, CSAPA).

Le positionnement de la psychiatrie au sein de l'hôpital général conduit le service à intervenir dans des cas où les complications somatiques sont fortes. Il est également sollicité par les autres professionnels pour gérer des situations difficiles en interne ou avec les patients qui ne relèvent pas des soins psychiatriques.

### 2.1.3 L'organisation envisagée dans le cadre du GHT

Les travaux en cours dans le cadre du GHT consistent en l'élaboration de filières de prise en charge à l'échelon du département. Ils ont les objectifs suivants :

- rendre la filière gérontopsychiatrique réellement départementale, notamment en renforçant l'équipe mobile qui, par manque de moyens, ne parvient pas à couvrir tout le territoire ;
- créer une consultation sur le psycho-traumatisme ;
- renforcer le projet de territoire en addictologie en associant davantage le médico-social et le privé.

Ces travaux semblent avancer difficilement du fait d'une méfiance réciproque. Le CH de Bonneval craint que ses moyens ne soient mutualisés à son désavantage (car c'est ainsi qu'a été perçue la mise en place de filières en pédopsychiatrie), et le CH de Dreux s'inquiète de devoir supporter une organisation territoriale peu rationalisée alors même que la sienne l'est fortement. Ainsi, l'idée de mettre en place des équipes mobiles se heurte à la crainte que la création de structures départementales se fasse au détriment des moyens du secteur et que ces structures aient une activité ou un recrutement privilégiant un territoire sur un autre.

## 2.2 L'organisation des services cliniques en psychiatrie infanto-juvénile

L'organisation est unifiée sur l'ensemble du département depuis plusieurs années. Le modèle associe une offre de proximité, organisée à l'échelon de chaque inter-secteur, et des filières de soins plus spécialisés sur trois axes : autisme, périnatalité et adolescents.

Cette organisation a été structurée au moment du départ de plusieurs pédopsychiatres qui a entraîné une forte pénurie, en 2006, le nombre de pédopsychiatres du département serait passé de 6 à 1 sur le bassin chartrain. Un praticien de Dreux a alors partagé son temps entre Chartres et Dreux. Déjà auparavant des relations existaient à l'échelon du département : depuis 2002, les praticiens se réunissaient tous les trois mois au sujet de la prise en charge des adolescents en grande difficulté. L'organisation a été formalisée en 2009, après l'intervention de la mission nationale d'appui en santé mentale.

Les travaux de structuration des filières ont débouché sur la **création d'un GCS de moyens**. En réalité, peu de moyens sont mis en commun (un poste de psychologue et un poste d'encadrement supérieur pour la filière autisme) mais cela a permis de formaliser l'organisation en filières et de définir un projet médical partagé. Pour les acteurs concernés, le GCS est davantage un outil de coordination que de gestion (les effectifs restant affectés à chaque établissement). Ainsi, les services restent gérés par leur établissement de rattachement et font partie de pôles distincts. Il existe un projet de création de pôle inter-établissements.

**Les structures de proximité** sont localisées dans 4 bassins : Chartres, Dreux, Nogent et Châteaudun (les deux derniers appartenant au même secteur). Chaque secteur dispose d'un CMP, d'un hôpital de jour et d'un CATTP.

**Les filières** ont pour but d'organiser la prise en charge à l'échelon du département et de la rendre lisible aux usagers. En réalité, celles-ci fonctionneraient inégalement.

- La filière autisme est bien structurée et fonctionne effectivement. Sa structuration a été facilitée par le soutien apporté par l'ARS (moyens supplémentaires). Elle dispose d'une structure dédiée : la maison départementale des personnes autistes (MDPA)<sup>224</sup> qui a un rôle de diagnostic (c'est une antenne du centre de ressources autisme de Tours) et de coordination du dépistage précoce et de coordination de la prise en charge entre l'éducation nationale, les soins, la prise en charge médico-sociale ou l'aide sociale à l'enfance. Elle comporte également des structures médico-sociales : un SESSAD de 61 places et un IME de 12 places pour les 6-24 ans (dont 30 places de SESSAD dédiées aux 6-14 ans). Une fois diagnostiqués, les enfants peuvent être pris en charge par le sanitaire (hôpital de jour) ou le médico-social (SESSAD). Elle compte également des hôpitaux de jour spécialisés.
- La filière périnatalité est incomplète, elle consiste principalement en des réunions avec les partenaires une fois par an (notamment avec la PMI) et en l'intervention de praticiens dans les maternités de Chartres et de Dreux. Cependant, aucun médecin n'intervient à la maternité de Châteaudun.
- La filière adolescents est seulement pour partie structurée : les lits d'hospitalisations sont mutualisés : il existe deux unités d'hospitalisation : une unité d'hospitalisation de 5 lits, à Chartres, pour les moins de 16 ans ; et une unité d'hospitalisation pour les grands adolescents (qui dépend de la psychiatrie générale au CH de Dreux). Pourtant, certains ont pu avoir l'impression que la priorité était donnée aux patients du secteur. Le fait de devoir gérer des situations d'urgence et de crise peut aussi expliquer une part des difficultés entre les partenaires. S'agissant de l'intervention de 1<sup>er</sup> recours, il existe une maison des adolescents (MDA). Si elle est théoriquement ouverte à tous les jeunes du département, sa localisation à Dreux conduit à ce que 80 % des adolescents qui s'y adressent viennent de cette partie du département. Des antennes de proximité seraient nécessaires pour les adolescents de Chartres et plus encore du sud du département.

Le fait que le secteur sud, rattaché au CH Henri Ey, ne bénéficie pas de l'intervention de pédopsychiatre dans la maternité de Châteaudun qui est située sur le territoire de son secteur et que les adolescents ne se rendent pas dans la MDA explique que cet établissement ait l'impression que la structuration en filière ne fonctionne pas. Elle est de fait largement incomplète. Par ailleurs, la filière autisme ayant été portée par un médecin du CH Henri Ey, l'établissement a l'impression d'avoir moins bénéficié que les deux autres de cette organisation.

### 3 LES MOYENS ET LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 Evolution des moyens

##### ➤ Moyens humains

**Ils sont relativement équilibrés entre établissements.** En psychiatrie générale, le CH de Bonneval à 2 fois plus de médecins et 3 fois plus d'infirmiers mais ses secteurs ont une population qui fait le double du CH de Dreux et comportent des unités à vocation départementale. En pédopsychiatrie, les effectifs infirmiers sont supérieurs pour l'inter-secteur de Chartres mais il faut noter qu'il s'agit du seul à compter une unité d'hospitalisation.

---

<sup>224</sup> La MDPA est une structure médico-sociale qui appartient à l'hôpital, elle dispose d'un budget annexe.



Au CH Henri Ey, en psychiatrie générale, il y a 17 ETP de médecins. Ce nombre a baissé après avoir atteint un pic à 23 en 2010, notamment du fait de difficultés de recrutement (au moins 8 postes vacants de PH). Le nombre d'infirmiers a baissé entre 1996 et 2016 de près de 15 % (172 à 148) mais la part exerçant uniquement en ambulatoire s'est maintenue (39 ETP en 2016). Le nombre de psychologues a lui été multiplié par 2 (de 7 à 14 ETP dont les 2/3 exercent en ambulatoire exclusivement).

Au CH de Dreux, en psychiatrie générale, il y a 7,7 ETP de médecins (au 1<sup>er</sup> septembre 2017) ; l'effectif théorique est de 8,9 ETP, 2 postes sont vacants dont un est occupé. Ce nombre est en baisse par rapport aux deux années précédentes (9,1 et 9,2 ETP) mais en augmentation par rapport au point bas atteint en 2000 (5 ETP de PH + 4 postes médicaux non PH). Le nombre d'infirmiers s'élève à 46,4 ETP. Il est globalement stable depuis 2010.

En pédopsychiatrie, à Chartres : 3,6 ETP de médecins, 24 d'infirmiers. Ces chiffres sont relativement stables depuis 2010 pour les infirmiers (27 ETP cette année là) alors que l'effectif médical était au plus bas (1,5 ETP).

En pédopsychiatrie à Bonneval : les moyens médicaux sont équivalents (3,6 ETP) après avoir connus des évolutions contrastées (2 en 1996 4,8 en 2008). Les moyens infirmiers sont stables (18 ETP) mais les effectifs de psychologues ont doublé en 20 ans (de 2,7 à 6,1 ETP entre 1996 et 2016).

En pédopsychiatrie à Dreux : là encore, les moyens sont équivalents à ceux des autres inter-secteurs (3,5 ETP de médecins) ils sont en baisse par rapport à 2008 (5,8 ETP). Il y a 9 infirmiers, 8 psychologues et 13 éducateurs. Ces moyens augmentent depuis 2010 (+10 à +30 %).

**Le CH de Bonneval fait état de grandes difficultés de recrutement médical.** Au-delà de la problématique des postes vacants, la pénurie médicale entraîne une forte instabilité des organisations et ne permet pas à l'hôpital de mettre en place l'organisation qui lui semblerait la plus pertinente (médecins qui refusent d'intervenir au sein des unités intra-hospitalières, demandent des aménagements horaires). Par ailleurs, la direction de l'hôpital se trouve placée dans une position de négociation permanente voire une sorte de situation de chantage exercé par certains médecins (présents ou candidats) qui n'hésitent pas à demander des primes ou des avantages en nature (logement ou véhicule de fonction) pour accepter d'exercer dans cet établissement. Il y a également beaucoup d'arrêts maladie longs (plusieurs mois) parmi le personnel médical, ce qui complique d'autant plus l'organisation de l'établissement.

En revanche, les équipes soignantes sont plus solides : le recrutement ne pose pas de difficulté particulière et l'absentéisme n'est pas problématique. Chaque unité dispose d'un cadre de santé. Les cadres supérieurs ont eux la responsabilité d'un pôle sur plusieurs sites. Les équipes soignantes souffrent cependant de la « désorganisation médicale » (refus d'effectuer des consultations à certains moments, congés posés sans préavis), ce qui a entraîné une grève du personnel infirmier d'un CMP au mois de juin 2017.

Les autres établissements ont également des difficultés de recrutement médical, mais dont les conséquences semblent être moins fortes ou mieux maîtrisées sur l'organisation médicale et soignante.

## ► Moyens financiers

D'après l'ARS, la région centre est celle qui a la plus faible DAF par habitant. L'Eure-et-Loir est plutôt moins doté que les autres départements de la région. Depuis deux ans, il n'existe plus de péréquation interrégionale. A ce stade, l'ARS ne souhaite pas opérer de péréquation infrarégionale, car elle se fonderait sur des critères d'activité qui ne feraient que renforcer les inégalités d'accès aux soins.

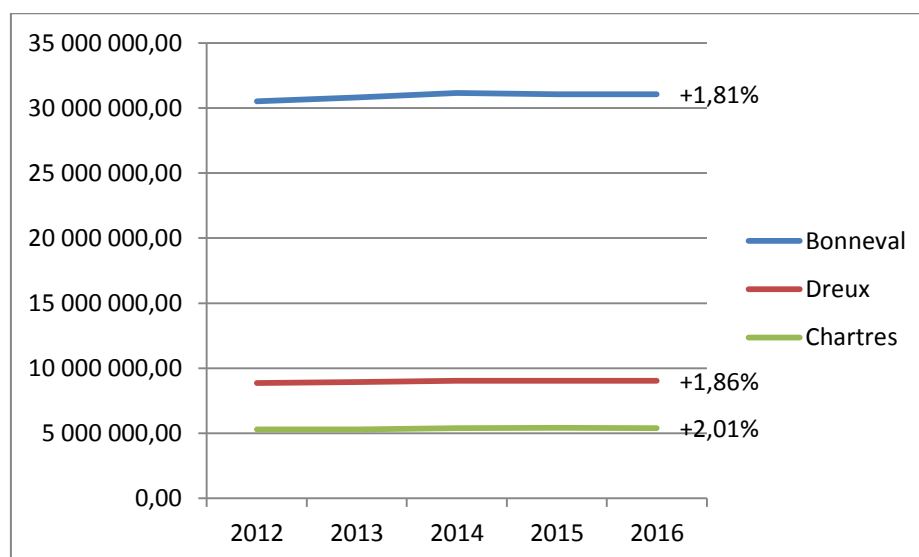
Les dotations sont très différentes d'un établissement à l'autre, ce qui s'explique en grande partie par la différence entre les secteurs couverts. On note que l'évolution de la DAF entre les secteurs a été similaire sur la période 2012-2016 et qu'elle a été légèrement plus favorable pour les deux hôpitaux généraux.

Tableau 37 : Moyens et activités des établissements

Etablissement	DAF 2016	secteurs couverts
CH de Bonneval (Henri Ey)	31 061 001,23€	4 secteurs adultes (300 000 habitants) + 1 inter-secteur infanto-juvénile
CH de Dreux	9 030 965,00 €	2 secteurs adultes (152 000) + 1 inter-secteur infanto-juvénile
CH de Chartres	5 404 439,00 €	1 inter-secteur infanto-juvénile

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Graphique 65 : Evolution des DAF des trois établissements



Source : Mission, à partir des données transmises par les établissements.

En région Centre-Val-de-Loire, la psychiatrie ne reçoit pas de fonds complémentaires, le FIR étant davantage utilisé pour la médecine générale de premier recours.

## 3.2 L'évolution générale des activités

### 3.2.1 En psychiatrie générale

L'activité a augmenté plus fortement pour les secteurs de Bonneval que ceux de Dreux sur les 20 dernières années. L'activité a fortement changé à Bonneval (tourné davantage vers l'ambulatoire) mais peu à Dreux.

A Bonneval, la file active a presque été multipliée par 2 (de 3 800 à 7 000 patients) entre 1996 et 2016. Le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 20 % (de 67 000 à 53 000 par an) alors que le nombre consultations a lui un peu plus que doublé (de 22 000 à 49 000) traduisant une prise en charge davantage tournée vers l'ambulatoire.

A Dreux, la file active a augmenté de plus de 50 % en 20 ans (de 1 960 en 1996 à 3 029 en 2016). Le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté plus lentement (+25 % de 12 000 à 15 000). A partir de 2000, le nombre d'entrées en hospitalisation et la DMS sont relativement stables. En revanche, le nombre d'hospitalisation et la DMS ont connu une évolution plus rapide (respectivement +50 % ; -25 %) entre 1996 et 2000. Le nombre de consultations a augmenté de 20 % (de 9000 à 12 000) sur 20 ans.

### 3.2.2 En psychiatrie infanto juvénile

Selon les inter-secteurs, l'activité a évolué de façon très différenciée (file active et nombre de consultations).

Pour l'inter-secteur de Chartres, depuis 2008, **la file active a augmenté d'environ 40 %**. L'augmentation provient principalement de l'augmentation de la prise en charge exclusivement ambulatoire (quasi-doublement) alors que la prise en charge mixte est relativement stable (et la prise en charge uniquement hospitalière quasi-inexistante). **Le nombre de consultations/actes ambulatoires** est de 6 200 en 2016, il **diminue** et a atteint en 2016 le point le plus bas depuis 20 ans (-13 % par rapport à 1996 ; -5 % par rapport à 2015 ; -10 % par rapport à 2016).

Pour l'inter-secteur de Bonneval, **la file active à presque triplé** en 20 ans (de 572 à 1 590 patients). Elle consiste principalement en une prise en charge exclusivement ambulatoire (85 %) mais le nombre de consultations a augmenté dans des proportions beaucoup plus faibles (cf. graphique).

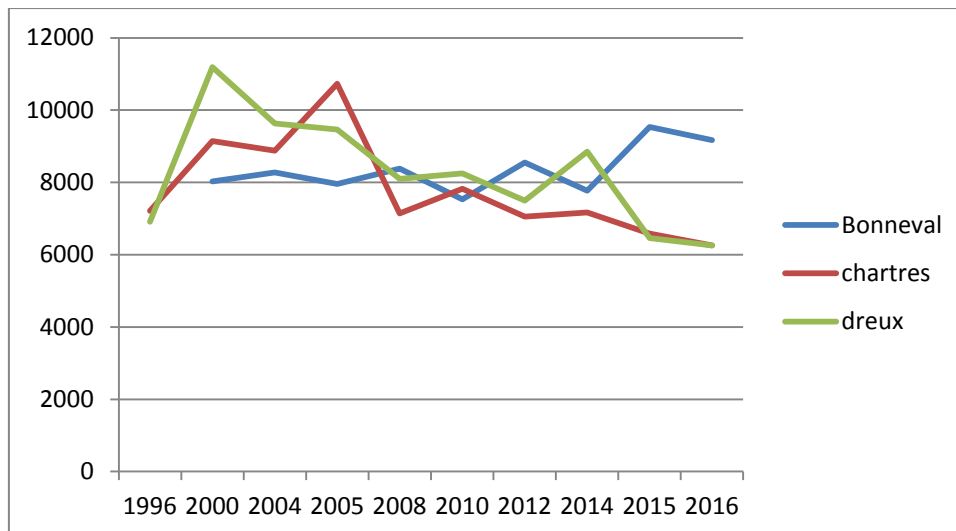
Pour l'inter-secteur de Dreux, **la file active est demeurée stable**. Le **nombre de consultations** est globalement **en baisse** (cf. graphique ci-dessous).

Tableau 38 : Evolution de l'activité en pédopsychiatrie

	Inter-secteur Chartres		Inter-secteur Bonneval		Inter-secteur Dreux	
	File active	File active en ambulatoire exclusif	File active	File active en ambulatoire exclusif	File active	File active en ambulatoire exclusif
1996	156		572	406	1 068	974
2000			710	446	1 431	1 221
2004			921	603	1 323	1 180
2005			953	667	1 436	1 215
2008	598	283	1 098	807	1 074	1 023
2010	624	327	1 120	759	861	791
2012	792	425	1 246	874	769	625
2014	804	476	1 143	994	1 069	915
2015	767	449	1 445	1 296	1 040	944
2016	844	548	1 590	1 350	1 010	871

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements.

Graphique 66 : Evolution du nombre de consultation par inter-secteur



Source : Mission à partir des données transmises par les établissements.

## 4 LE POSITIONNEMENT DES HOPITAUX DANS LEUR ENVIRONNEMENT

### 4.1 Les relations de l'établissement dans le domaine des soins

#### ➤ Médecine libérale

Les établissements peinent à développer des relations avec la médecine libérale.

La question des relations avec les **psychiatres libéraux** se pose peu, dans la mesure où il n'y a que peu de psychiatres qui exercent dans le département (3 ou 4 à Chartres selon les établissements ; 11 selon l'ARS dont 9 ont plus de 60 ans).

En revanche, pour l'établissement, de bonnes relations avec les **médecins généralistes** est considéré comme étant essentiel.

A Dreux, les psychiatres ont le sentiment d'avoir de bonnes relations avec les médecins généralistes : il existe deux réseaux de généralistes qui organisent des réunions mensuelles et sollicitent les psychiatres pour les former (formations auxquelles un nombre non négligeable de médecins libéraux assiste). L'interconnaissance entre praticiens est plutôt bonne. De plus, les numéros du CAC (centre d'accueil et de crise) et du CMP semblent bien connus. Tous les appels émanant de médecins reçoivent d'ailleurs la réponse d'un médecin. Un compte-rendu d'hospitalisation est envoyé au médecin traitant lors de toute hospitalisation (mais pas de compte-rendu d'hospitalisation) ou une fiche de transmission lorsqu'un médecin a orienté son patient en consultation vers le CAC.

Ces relations comportent cependant des limites. Ainsi, les médecins, comme les pharmaciens d'ailleurs, sont souvent inquiets des prescriptions faites par les psychiatres et ne souhaitent pas les renouveler eux-mêmes.

Les relations du CH de Bonneval avec la médecine libérale semblent plus distendues. Les médecins reçoivent le journal interne de l'établissement et sont invités à certains événements.

**Toutefois, la difficulté principale réside dans le fait qu'environ 1/3 des patients (des secteurs de Dreux) n'ont pas de médecin traitant**, compte tenu du manque de médecins dans le département. Ainsi, les psychiatres ne trouvent pas de relais à leur intervention et sont même parfois amenés à prescrire des médicaments somatiques pour des patients qui, sans cela, renonceraient à se soigner.

#### ➤ Etablissements de santé

Les services de psychiatrie n'ont pas beaucoup de liens avec d'autres établissements sanitaires puisqu'ils constituent la quasi-totalité de l'offre du département. L'offre privée en psychiatrie est en effet très réduite et les deux hôpitaux généraux concernés ont une offre somatique étendue. Seul le champ de l'addictologie fait exception, du fait de l'existence d'un réseau structuré auquel appartient une clinique qui propose une prise en charge psycho-analytique des patients souffrant d'addictions.

Le CH de Dreux est situé à la frontière nord du département, l'hôpital a donc un recrutement sur un bassin qui dépasse les frontières du département. Des patients résidant dans les Yvelines, dans l'Eure ou dans l'Orne sollicitent fréquemment l'hôpital de Dreux qui est plus proche de chez eux ou est leur lieu de travail ou de scolarisation. Cela est d'autant plus vrai que le CH est un hôpital général et que, pour les soins somatiques, le lieu d'habitation des patients n'entraîne pas de problématique particulière. Pour le service de psychiatrie, cela signifie qu'il soigne régulièrement

des patients hors-secteur, en particulier des patients dépendant de secteurs d'autres départements. Pour ces derniers, les interlocuteurs de la mission ont signalé qu'il était parfois difficile d'obtenir l'hospitalisation de ces patients dans leur propre secteur, les établissements refusant les transferts vers leurs services invoquant souvent une absence de disponibilité (allant ainsi à l'encontre du droit). Alors qu'il existe une commission des cas complexes organisée par la délégation territoriale de l'ARS, il n'existe pas d'espace pour traiter des situations des patients venant d'autres départements.

## 4.2 Les relations avec les établissements et services médico-sociaux

Les établissements ont développé des conventions avec le secteur médico-social. Les unités d'hospitalisation du CH Henri Ey n'ont pas de réunions institutionnelles avec ces acteurs mais uniquement des échanges autour du cas d'un patient. En revanche, le CH de Dreux, en plus des nombreuses conventions dont il dispose, organise tous les ans des journées médico-psychologiques avec ses partenaires, dont les ESSMS.

Les praticiens des hôpitaux disent être davantage sollicités depuis quelques années du fait du départ des psychiatres et psychologues qui travaillaient dans ces établissements. Le sanitaire est donc plus fréquemment sollicité, notamment pour hospitaliser des résidents.

Les établissements de santé essaient de développer des liens avec une prise en charge sociale (logement, travail, accès à la culture ou à activité physique) mais manquent de personnels disposant des compétences adéquates. Les deux centres hospitaliers ont même créé une offre sociale ou médico-sociale. Le CH de Dreux ne dispose pas d'appartements thérapeutiques mais d'une association qui développe des appartements associatifs (deux actuellement). Le CH de Bonneval des foyers, un EHPAD, un ESAT et un FAM (cf. *supra*).

Le CH de Dreux est situé à la frontière nord du département, l'hôpital a donc un recrutement « hors-secteur » qui dépasse les frontières du département. Cela complique considérablement les relations avec le secteur médico-social qui est organisé sur le plan départemental. Concrètement, cela signifie que l'équipe doit travailler avec plusieurs MDPH et des établissements médico-sociaux qu'elle ne connaît pas car ils sont en dehors de son département. Non seulement, cela multiplie le nombre d'interlocuteurs et la charge de travail qui y est liée mais le travail avec d'autres départements peut également être plus compliqué.

## 4.3 Relations avec d'autres partenaires

L'unité de psychologie médicale du CH Henri Ey accueillant fréquemment des adolescents a des liens avec l'Education nationale. Des enseignants bénévoles de plusieurs lycées peuvent intervenir pour éviter la déscolarisation des jeunes hospitalisés.

La pédopsychiatrie a également des relations avec l'Education nationale.

## 4.4 La participation à des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Il n'existe aucun CLSM actif dans le département.

A Dreux et Vernouillet, un CLSM a été installé en février 2016, il ne s'est pas réuni depuis. La mise en sommeil du conseil s'explique en grande partie par le départ de la coordinatrice chargée des relations avec la ville et du contrat local de santé en particulier. Le poste de coordination était à

l'hôpital, puis les élus ont souhaité reprendre l'initiative sans que cela ne soit bien compris par certains médecins, ce qui explique certainement l'absence actuelle d'impulsion.

La création de CLSM est en projet, par exemple à Châteaudun où des contacts ont été pris avec la mairie.

## 5 L'ACCES AUX SOINS

### 5.1 Les soins en urgence

#### 5.1.1 En psychiatrie générale

Le CH Henri Ey dispose d'un CEDAP (centre et dispositif d'accueil permanent) qui regroupe à la fois l'intervention d'une équipe de psychiatrie aux urgences CH de Chartres et une unité d'hospitalisation qui a vocation à accueillir les patients sur de très courtes durées (pour 3 jours renouvelable une fois).

Au sein des urgences du CH Louis Pasteur (Chartres), le CEDAP dispose de locaux dédiés au sein desquels travaille une équipe composée d'un médecin et de 5 infirmiers (tous les jours entre 9h et 17h40 ou 18h30, 2 infirmiers sont présents, un médecin est disponible la journée et il y a une astreinte opérationnelle la nuit qui est la même que celle du Coudray – le psychiatre est d'ailleurs présent jusqu'à 1h). Ils interviennent auprès des patients admis aux urgences sur le modèle de la psychiatrie de liaison : en moyenne 6 patients par jour leur sont adressés. Leur bonne association à l'équipe des urgentistes est questionnée, les psychiatres n'étant par exemple pas invités aux staffs des urgentistes. Les patients peuvent ensuite être hospitalisés en psychiatrie, au CEDAP (site du Coudray). A l'initiative de la direction du CH de Bonneval, un projet de réorganisation des urgences est en cours d'élaboration en lien avec le CH de Chartres dans le but de dégager des moyens médicaux qui seraient regroupés sur le CEDAP Hospitalisation.

Les locaux au sein des urgences du CH Louis Pasteur accueillent également une activité de consultation. Compte tenu des délais d'accueil des CMP et de la configuration des locaux des autres unités d'hospitalisation, des patients peuvent être reçus en consultation au service des urgences. De fait, les CMP ne jouent pas un rôle d'accueil d'urgence.

Pour le CH de Dreux, les urgences sont gérées par le CAC (centre d'accueil et de crise). Elles peuvent arriver via le CMP, les urgences somatiques (qui sont sur le même site), les généralistes etc. Les infirmiers et les médecins du CAC interviennent aux urgences tous les jours 24h/24. Des consultations en urgence sont également organisées par le CAC (compte tenu des délais d'attente du CMP supérieur à un mois depuis le départ de deux psychiatres). Le CAC accueille aussi les adolescents en crise.

#### 5.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

A Chartres (inter-secteurs Bonneval et Chartres), la prise en charge en urgence repose sur une équipe mobile composée de médecins, psychologues, infirmiers et éducateurs.

Ils interviennent en liaison avec les urgences pédiatriques du CH Louis Pasteur à Chartres (12 000 passages par an) ou dans les services de pédiatrie pour les enfants qui sont hospitalisés. Ils peuvent intervenir dans la demi-journée. Etant donné qu'il n'existe que 5 lits d'hospitalisation (dédiés aux

adolescents) dans le département, une grande part du dispositif de prise en charge en urgence repose sur cette équipe.

Compte tenu des délais d'accès aux consultations, l'équipe mobile peut aussi avoir une activité de consultation : elle peut alors proposer une consultation dans la semaine.

A Dreux, la maison des adolescents joue également le rôle d'accueil, elle reçoit sans délai les jeunes (pendant ses horaires d'ouverture). La psychiatrie adulte, par l'intermédiaire du CAC, est également sollicitée pour intervenir auprès des enfants accueillis aux urgences somatiques, la psychiatrie infanto-juvénile de l'inter-secteur ne disposant pas d'un accueil 24h/24.

## 5.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

### 5.2.1.1 En psychiatrie générale

Pour le CH Henri Ey, la répartition géographique du dispositif tant intra qu'extrahospitalier favorise l'accessibilité même si les distances à parcourir peuvent demeurer importantes dans un environnement rural (3 sites hospitaliers, 4 sites de CMP et des consultations dans quelques autres lieux).

**L'accessibilité en termes de délais ou d'horaires est plus difficile.** Les structures extrahospitalières sont ouvertes du lundi au vendredi, de 9h à 17h. Il existe des délais d'attente pour accéder aux soins. C'est le cas pour l'addictologie par exemple.

**Divers types de soins sont proposés**, notamment de la RTMS (résonance magnétique transcranienne) ou des thérapies familiales (à laquelle une équipe inter-unités est formée). Par contre les ECT (électro-convulsivothérapies) ne peuvent pas être réalisés sur site malgré l'existence de l'équipement, faute de ressources médicales qualifiées. En effet, l'hôpital ne parvient pas à faire venir un anesthésiste. Cette pratique est néanmoins possible au CH de Châteaudun. De plus, un programme d'éducation thérapeutique « la bonne observance du traitement chez les patients schizophrènes », validé par l'ARS, est mis en œuvre.

Pour les secteurs de psychiatrie générale rattachés au CH de Dreux, il y a trois points d'entrée en psychiatrie : les urgences, les consultations spontanées et les consultations au CMP. Au CMP, le délai d'attente est d'un ou deux mois (depuis le départ de deux praticiens) ; ce qui explique que des consultations urgentes ou de suivi d'hospitalisation soient réalisées par le CAC.

**La télémédecine est encore peu développée dans le département.** Le CH de Bonneval essaie de mettre en place des téléconsultations. Le CH de Dreux pointe la difficulté à utiliser la télémédecine avec les établissements sociaux ou médico-sociaux liée à l'absence de professionnels de santé au sein de ces établissements. La télé-expertise et souvent la téléconsultation nécessitent en effet la présence d'un soignant des deux côtés.

### 5.2.1.2 En psychiatrie infanto-juvénile

Les délais pour obtenir un rendez-vous en CMP sont environ de 4 mois en juin 2017 à Chartres. Les interlocuteurs de la mission lui ont indiqué que le délai moyen était plutôt de 3 mois. A Bonneval, les délais étaient de 3 mois environ, et à Dreux proches de 8 mois (mais la MDA permet d'avoir des consultations sans délai pour les adolescents). Les CMP opèrent une priorisation des prises en charge.



Toutes les demandes adressées au CMP trouvent une réponse auprès de l'unité d'accueil et d'évaluation (composé de deux infirmiers et d'un psychologue) qui reçoivent les familles dans un délai de 15 jours. Les enfants peuvent ensuite être orientés vers une consultation avec un psychologue ou un médecin.

L'accessibilité géographique peut être difficile : pour le secteur de Chartres, les structures sont toutes dans cette ville. Il existait auparavant des structures dans d'autres villes (Lucé, Maintenon et Voves), mais un regroupement a été opéré lorsque la pédopsychiatrie était en situation de pénurie médicale. Si le regroupement a pu présenter des avantages en termes d'efficacité et de meilleure collaboration entre les professionnels, elle occasionne un grand nombre de déplacements en taxis.

Les horaires d'ouverture sont classiques. Le CMP de Chartres est ouvert de 9h à 18h en semaine.

## 6 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

### 6.1 Un dispositif hospitalier en psychiatrie générale

Au CH Henri Ey, les unités d'hospitalisation généralistes sont organisées selon une logique de durée d'hospitalisation comme en témoigne la DMS :

- Au centre et dispositif d'accueil permanent (CEDAP) : 4,7 jours A l'UHP (unité d'hospitalisation psychiatrique) du Coudray (20 lits) : 27 jours ; non précisé pour celle de Bonneval (20 lits) ;
- A l'UTHR (unité thérapeutique de réadaptation) du Coudray (20 lits) : 51 jours. En réalité la durée moyenne d'hospitalisation est beaucoup plus longue. Au moment de la visite de la mission, sur les 20 patients présents, 13 l'étaient depuis plus d'un an. Cependant, chaque année, près de 10 % des patients quittent le service ; dans celle de Bonneval (20 lits) les durées de séjour sont très longues (117 jours), certains patients y passant toute leur vie (au maximum 3 patients sur les 20 quittent le service chaque année).

S'y ajoutent des unités spécialisées non sectorisées : comme celle d'addictologie (16 lits ; DMS de 3 semaines environ) ou de psychologie médicale (15 lits : DMS de 20 jours) ou de gériopsychiatrie (24 lits ; DMS d'environ 1 mois).

**Les taux d'occupation sont relativement élevés : 83 % en moyenne en 2016** (au Coudray : 70 % au CEDAP ; 89 % à l'UHP et 88 % à l'UTHR), ce qui conduit à la constitution de files d'attente, notamment pour les services d'hospitalisation longue. La durée d'hospitalisation a été divisée par deux entre 2008 et 2016 (de 42 à 21 jours) concomitamment à une augmentation du nombre d'entrées en hospitalisation (+75 % entre 2004 et 2016).

De nombreux services sont ouverts : UTHR.

Le nombre de lits d'hospitalisation a baissé depuis 2000 : il est passé de 221 à 175 lits.

Pour les secteurs rattachés au CH de Dreux, l'organisation repose sur des services dédiés à des pathologies différentes. Il existe :

- un CAC de 5 lits. Le personnel du CAC assure également les consultations psychiatriques en urgence au SAU et la psychiatrie de liaison au sein des services du CH Victor Jousset.

- une unité d'hospitalisation de courte durée programmée de 11 lits qui accueille principalement des patients souffrant de troubles anxio-dépressifs, troubles addictifs, troubles du comportement alimentaire. Cette unité intervient en continuité de l'évaluation débutée au CAC ou de façon primaire programmée.
- une unité de psychiatrie générale de 32 lits (dont 5 fermés) qui accueille des patients psychotiques
- une unité de 5 lits pour les grands adolescents (16-18 ans) est également rattachée au service de psychiatrie générale. Elle a une vocation départementale

**Le taux d'occupation est de 83 % également.** La DMS (environ 14 jours) est stable depuis 2000.

## 6.2 Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

### ➤ *Présence médicale*

Au CH Henri Ey, malgré l'existence d'un référent médical par unité, la pénurie médicale (postes vacants + absentéisme) fait qu'il est rare qu'un médecin soit présent toute la journée dans l'unité. Le médecin référent est généralement le seul psychiatre de l'unité. Il réalise généralement des consultations dans d'autres unités (CMP, équipe mobile, prison etc.) et, lors de ses congés, il n'est pas remplacé. Il existe un tableau de permanence auquel se réfèrent les équipes soignantes pour savoir quel praticien est présent sur le site et peut intervenir en cas d'urgence.

Au moment du passage de la mission, pour les trois unités du Coudray (CEDAP et 2 unités de 20 lits chacune), un seul médecin était présent cette semaine là en raison de l'absence maladie d'un de ses collègues et du départ à la retraite d'un autre.

### ➤ *L'exercice de la contention et de l'isolement*

Le CH Henri Ey fait un usage limité de la contention et de l'isolement qui sont par ailleurs précisément tracés dans un registre informatisé dès avril 2017 (déploiement à partir de 2016). Ainsi, l'UHP du Coudray a indiqué à la mission qu'elle n'avait pas du tout eu recours à la contention en 2016, les taux d'occupation des chambres d'isolement communiqués à la mission sont inférieurs à 20 % dans toutes les unités.

Le CH de Dreux dispose de deux chambres d'isolement et sur l'ensemble des lits, seuls 5 sont dans une unité fermée disposant d'un espace extérieur.

### ➤ *L'hospitalisation sans consentement*

Au CH Henri Ey, la part de l'hospitalisation libre représente environ 80 % des entrées et 75 % des journées d'hospitalisation, alors que l'hospitalisation à la demande d'un tiers (SDT) représente environ 15 % des entrées (20 % des journées d'hospitalisation) et celle relevant d'une mesure SDRE moins de 5 % des entrées (idem pour les journées d'hospitalisation). Cette proportion est stable sur les 20 dernières années.

Au CH de Dreux, la part de l'hospitalisation libre représente environ 95 % des entrées et 75 % des journées d'hospitalisation alors que l'hospitalisation à la demande d'un tiers représente environ 5 % des entrées (18 % des journées d'hospitalisation) et celle relevant d'une mesure SDRE environ 1 % des entrées (7 % pour les journées d'hospitalisation). Cette proportion est stable sur les 20 dernières années.

Les audiences devant le juge des libertés et de la détention (JLD) sont toutes organisées au sein du CH Henri Ey à Chartres. Celui-ci n'accepte pas de se déplacer à Dreux, ce qui n'est pas sans poser de

difficultés à cet établissement : les déplacements sont à la fois difficiles à supporter pour les patients et coûteux pour le CH qui doit mobiliser du personnel alors que ses effectifs sont limités.

➤ ***Les conditions d'hospitalisation***

Le bâtiment du Coudray est relativement récent et fonctionnel. Les services d'hospitalisation comportent une majorité de chambres simples mais aussi un bon nombre de chambres doubles.

A Bonneval, les locaux sont situés dans l'enceinte de l'abbaye. Certains bâtiments sont relativement récents, d'autres dans des locaux anciens et réhabilités. Les bâtiments récents (de l'UHP) semblent bien conçus (circulation facile, possibilité de créer un espace fermé de 5 chambres dans un service ouvert, espace de rencontre avec les familles, salles de vie spacieuses, patio intérieur dans chaque service etc.) mais ne sont pas exempts de défaut. Ainsi, les trois chambres d'isolement de l'UHP n'étaient pas utilisables au moment de la visite de la mission (juin 2017) car, en l'absence de climatisation, la température y était très élevée. Les bâtiments anciens ont été réhabilités mais posent cependant des difficultés : par exemple le service de gérontopsychiatrie est sur plusieurs étages et les équipes soignantes ne peuvent assurer la surveillance des patients sur l'ensemble du bâtiment. Ainsi, les patients passent la journée au rez-de-chaussée, sans possibilité de retourner dans leur chambre comme ils le souhaitent. Par ailleurs, les espaces sont contraints : espaces exigus, salles de bain communes et peu fonctionnelles, salle d'isolement de l'UTHR non utilisée car éloignée du service et difficile à surveiller etc.

Le bâtiment d'hospitalisation du CH de Dreux date de 1998. Sa conception a fait l'objet d'une grande attention. Bien que distinct du bloc somatique, il y est relié par une passerelle. Le bâtiment de psychiatrie est ovale et organisé autour d'une cour centrale. Les différentes unités communiquent entre elles et beaucoup de locaux peuvent être mis en commun. L'agencement des locaux et les matériaux utilisés ont été soigneusement étudiés et semblent, au moins du point de vue du visiteur, être agréables.

La mission n'a pas eu l'occasion de visiter les locaux de l'unité d'hospitalisation infanto-juvénile à Chartres.

➤ ***La prise en charge de problèmes de santé somatique***

La question se pose de façon différente entre l'établissement psychiatrique et les hôpitaux généraux qui ont accès en interne aux autres spécialités.

Au CH Henri Ey, des médecins somaticiens interviennent dans plusieurs unités (notamment 1 médecin 2 jours par semaine au Coudray ; un gériatre tous les matins dans le service de gérontopsychiatrie de Bonneval). Les interlocuteurs de la mission regrettent que leurs patients soient souvent mal pris en charge à l'hôpital général qui ne s'adapte pas facilement aux nécessités de la relation avec des malades mentaux. Par ailleurs, le personnel de l'hôpital général imagine qu'un hôpital psychiatrique a davantage de moyens (plateau technique notamment) et ne comprend pas pourquoi il est sollicité.

➤ ***Dossier patient***

Au CH Henri Ey, le dossier patient est totalement informatisé. Il permet la traçabilité immédiate de tous les actes réalisés auprès des patients.

Au CH Victor Jouselin de Dreux, le dossier patient est informatisé, le logiciel est commun à tout le CH.

### 6.3 L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile

La psychiatrie infanto-juvénile dispose d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents. Elle comporte 5 lits, dont un lit est utilisé pour les hospitalisations séquentielles (une semaine toutes les 8 semaines). Le nombre de lits a baissé en longue période (15 lits en 1996, 8 en 2000, 3 en 2008 puis 5 depuis 2010), mais le nombre de journées d'hospitalisation est resté relativement stable (1500 en 2016, à l'exception d'une chute à moins de 1000 journées en 2008).

L'unité est fermée 3 semaines l'été. La durée d'hospitalisation dans cette unité est courte : la DMS était de 14 jours en 2016.

Le taux d'occupation est très élevé (au moins 90 %) et il y a une liste d'attente pour être hospitalisé (parfois supérieure à un mois). Par ailleurs, dans 2 autres départements, il n'y aucune unité d'hospitalisation infanto-juvénile, ce qui contribue à accentuer la pression sur l'unité du département.

Compte tenu de son petit nombre de lits, de son taux d'occupation et de sa spécificité, les enfants qui doivent être hospitalisés peuvent également l'être dans des services de pédiatrie. C'est également le cas l'été pendant les trois semaines de fermeture de l'unité pour adolescents. L'équipe mobile intervient donc auprès d'eux. Cela pose des problèmes d'organisation au service de pédiatrie, notamment parce qu'il s'agit d'une unité ouverte. Il est possible de fermer une chambre (notamment s'il y a une hospitalisation pendant les semaines de fermeture de l'unité pédopsychiatrique). La pédopsychiatrie a commencé à instituer des protocoles avec les unités de pédiatrie (à Dreux, pas encore à Chartres) pour faciliter leur travail en commun.

Il existe également une unité pour les grands adolescents (ADAJ – 16-18 ans) au CH de Dreux, elle dépend de la psychiatrie générale mais accueille uniquement de grands adolescents, sur des durées généralement longues.

## 7 LE DISPOSITIF DE SOINS HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

### 7.1 En psychiatrie générale

#### ► Structures sectorisées

Au CH de Bonneval, les structures extrahospitalières qui ont une activité de secteur sont réparties sur quatre bassins :

- hôpitaux de jours : 30 places à Chartres pour la zone nord ; 14 places à Nogent et 14 places à Châteaudun pour la zone sud ;
- CMP : un à Chartres pour la zone nord, un à Nogent, un à Châteaudun et un à Bonneval pour la zone sud.

Au CH Henri Ey, les personnels des unités d'hospitalisation (UTHR) peuvent effectuer des visites à domicile pour préparer la sortie d'hospitalisation : infirmiers, assistants sociaux ou ergothérapeute peuvent se déplacer pour vérifier que le logement correspond aux besoins du patient.

Les secteurs psychiatriques rattachés à l'hôpital de Dreux disposent d'un centre ambulatoire de psychiatrie (CAP), constitué d'un CMP et d'un hôpital de jour. Un CSAPA y est aussi implanté. Ils sont tous implantés dans l'enceinte de l'hôpital. On peut aussi noter la mise en place d'un programme d'Education thérapeutique schizophrénie au CH de Dreux en décembre 2016.

Les délais d'accès sont longs (3 mois pour les CMP du secteur de Bonneval par exemple)

➤ **Structures à vocation départementale**

En plus des hôpitaux de jours qui ont une activité de secteur, il existe, au CH Henri Ey, un hôpital de jour et un CATTP en addictologie, et 3 places d'hôpital de jour au sein de l'unité de psychologie clinique qui prend en charge principalement des troubles du comportement alimentaire. Le pôle d'addictologie propose aussi des consultations sur d'autres sites des secteurs de l'hôpital – à Châteaudun, Nogent, La Loupe, Senonches – dans les CMP ou des salles mises à disposition par les mairies.

Il existe une équipe mobile précarité pour tout le département ainsi qu'une Permanence d'Accès SS psychiatrique (au CH Henri Ey).

L'unité d'hospitalisation pour adolescents (Dreux) et les 9 places d'hôpital de jour (phobies scolaires, troubles du comportement alimentaire etc.) – qui dépendent de la psychiatrie générale – ont également une vocation départementale.

➤ **Réinsertion-réadaptation**

Les établissements ont développé des activités de réinsertion-réadaptation. Certains ont créés des structures dédiées à la réinsertion (structures MS à Bonneval).

A titre d'illustration, le CH de Bonneval :

- CATTP centré sur la réadaptation réinsertion à Chartres, Châteaudun et Nogent le Rotrou,
- activités thérapeutiques de réinsertion dans les deux UTHR (Bonneval et Coudray),
- fonctionnement d'une maison associative située à Bonneval, 4 places permettant l'autonomisation grâce au suivi des équipes soignantes du centre hospitalier,
- fonctionnement de trois appartements associatifs situés à chartres qui permettent la sortie d'hospitalisation par un accompagnement de l'équipe associative,
- deux Maisons d'aide à la réinsertion contribuent à favoriser la sortie des patients au long cours par une présence accrue des CESF
- sorties culturelles et sociales régulières organisées par l'association
- séjours thérapeutiques intersectoriels (3 ou 4 par an)
- mise en œuvre de programmes de remédiation cognitive (RECOS)
- importance du rôle du service des tutelles intégré dans l'établissement
- travail de collaboration étroit avec l'association ALVE dans le cadre de la résidence d'accueil située à Lucé et le SAMSAH

A titre d'illustration, le CH de Dreux a présenté ces actions dans ce domaine :

- activités thérapeutiques « hors murs » en lien avec la municipalité : activité musée, mise à disposition de salles, partenariat avec BATUCADA,
- séjours thérapeutiques communs entre la psychiatrie générale et l'hôpital de jour,
- projet RECOS : programme de remédiation cognitive,
- une permanence des organismes de gestion des biens : ATRD et UDAF est organisée une demi-journée par semaine au CAP,

- l'activité « Insertion » et « Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales »,
- un représentant de l'ATRD est présent en début de réunion clinique de psychiatrie générale, du CMP et de l'HDJ une fois par mois,
- collaboration avec CAP EMPLOI : permanence mensuelle au sein du Centre Ambulatoire de Psychiatrie, accompagnements individuels,
- un point trimestriel est organisé avec l'association ALVE concernant les prises en charges communes avec les intervenants du SAMSAH, les responsables du GEM et de la résidence d'Accueil de Dreux.

## 7.2 Infanto-juvénile

Il faut distinguer les structures sectorisées de celles des filières qui sont départementales.

Pour le secteur de Chartres, il existe ainsi deux hôpitaux de jour de 8 places chacun, un pour les jeunes enfants, un pour les adolescents et un CATTP de 28 places et un CMP (sur deux sites différents). Les moyens entre CMP et CATTP sont confondus, mais le CATTP joue un rôle plus important dans la mesure où le CMP n'offre que des consultations très ponctuelles (tous les trois mois). Les prises en charge à l'hôpital de jour ne s'adressent pas aux mêmes enfants que le CMP et le CATTP. Cependant, il existe une diversité de modalités de prise en charge dans les hôpitaux de jours : de 2 demi-journées à 4 journées par semaine par exemple.

Pour l'inter-secteur de Dreux, il existe deux hôpitaux de jours de 5 places chacun (un pour les enfants, l'autre pour les adolescents), un CMP et un CATTP qui partagent les mêmes locaux. Il existe aussi une unité d'accueil familial thérapeutique à vocation départementale.

Pour l'inter-secteur de Bonneval, il existe à Châteaudun et à Nogent le Rotrou un CMP, un CATTP et un hôpital de jour (29 places à Châteaudun et 16 à Nogent-le-Rotrou).

**S'agissant des filières**, il existe des hôpitaux de jour spécialisés pour l'autisme (16 places dans UNITTED unités sur troubles envahissants du développement à Chartres, 8 places à Dreux, 6 places à Châteaudun et un CMPP avec 8 places à Nogent le Rotrou). S'y ajoute la MDPA qui est en réalité une structure médico-sociale.

Pour les adolescents, il existe une MDA, située à Dreux. où 20 % seulement des jeunes sont envoyés en consultation vers le secteur. Pour les autres l'intervention de la MDA suffit

Il faut également signaler l'existence de CMPP (au moins un à Dreux). Les CMPP sont des établissements médico-sociaux – ils ne font pas formellement partie du dispositif sanitaire – mais leur offre est similaire, sinon identique, à celle des CMP. En conséquence, il convient de les mentionner dans la description du dispositif de soins psychiatriques. La question de leur articulation avec les soins « sectorisés » doit aussi être posée. A Dreux, les relations entre CMP et CMPP semblent distantes voire difficiles. Les professionnels se rencontrent peu et il n'existe pas de coordination de leur travail (la répartition de la file active dépendant de l'endroit où s'adressent les familles).

## 8 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE

### ➤ *Les psychiatres*

Comme indiqué précédemment, le territoire a des difficultés importantes à recruter des médecins.

### ➤ *Les psychologues*

En pédopsychiatrie, les psychologues ont à la fois une activité de bilan et de prise en charge psychothérapeutique.

### ➤ *Les infirmiers*

Au CH Henri Ey, comme à Dreux, la direction des soins a mis en place un système de tutorat pour les nouveaux infirmiers. Le tutorat permet une bonne intégration et une sécurisation des nouveaux infirmiers, une transmission des savoirs faire et savoirs être ainsi que les valeurs de l'établissement. Cependant selon les interlocuteurs de la mission, il ne suffit pas à l'acquisition de toutes les compétences nécessaires à la psychiatrie. Ainsi, le pôle d'addictologie participe à un MOOC (1 séance pendant 15 semaines). Ce dispositif vient en complément de la formation de consolidation des savoirs pour tous les jeunes infirmiers ou ceux n'ayant pas d'expérience en psychiatrie.

Les nouveaux arrivants sont en priorité affectés dans les services intra-hospitaliers considérés comme plus formateurs. Elle propose aussi aux infirmiers de réaliser des stages dans les autres services. Cela leur permet de découvrir un autre environnement de travail et de voir s'il les intéresse et surtout de créer des liens pour une meilleure compréhension du travail de l'autre.

Les personnels exerçant en extrahospitalier ne reviennent généralement pas exercer en intra-hospitalier (moins d'autonomie, moins de travail de partenariat). Cette politique contribue à la politique de fidélisation. Les départs concernent principalement des personnes qui ont un projet d'évolution professionnelle.

### ➤ *Pratiques avancées et délégations de tâches*

Pour faire face au manque de médecins, les équipes de pédopsychiatrie ont travaillé sur des délégations de tâches qui ont, selon eux, permis de diminuer les délais d'attente. Les soignants ont développé des compétences psycho-sociales. Par exemple, le travail de la MDA permet de ne pas « psychiatriser » 80 % des situations qui sont gérées au sein de la MDA.

La fiche de poste infirmier a ainsi été actualisée pour prévoir leur fonction d'animation d'activités et de médiations thérapeutiques, de suivi somatique et surveillance des traitements, de participation à l'information aux patients et aux familles, de participation aux premiers accueils au CMP, aux entretiens familiaux, et aux entretiens de post-crise après une hospitalisation.

Au CH de Bonneval, dans le cadre de la RTMS, 4 infirmiers intégreront un protocole.

L'ARS soutient également ces démarches considérant que les réflexions nationales actuelles sont plutôt centrées sur les maladies somatiques chroniques mais qu'elles pourraient tout à fait s'élargir à la psychiatrie. Les pratiques avancées doivent pouvoir concerner les psychologues et les infirmiers.

### ➤ *L'équipe de sécurité*

Au Coudray, il existe une équipe de sécurité qui peut être sollicitée en cas de difficulté avec un malade pour assurer une présence. Elle n'est cependant pas en contact physique avec le malade mais constitue une présence d'appui pour les soignants.

## MONOGRAPHIE 5 : L'HOPITAL SAINTE MARIE AU PUY-EN-VELAY (43)

L'hôpital Sainte-Marie au PUY est un ESPIC géré par l'association Sainte-Marie dont relèvent cinq établissements spécialisés en psychiatrie en France<sup>225</sup>. Il est le seul établissement de soins psychiatriques du département de la Haute Loire qui comprend 227 000 habitants. Il est implanté dans la ville chef-lieu du département où se trouvent aussi un centre hospitalier général et une clinique privée.

Les secteurs de psychiatrie générale ont été redécoupés, pour tenir compte des évolutions de la population, et diminués en nombre, passant il y a dix ans de 4 à 3. En 2007, une réorganisation de l'établissement a conduit à constituer trois pôles :

- un pôle psychiatrie enfant et adolescent ;
- un pôle psychiatrie adulte qui regroupe trois secteurs ;
- un pôle psychiatrie de la personne âgée.

Ces trois pôles ne correspondent pas à la définition classique des pôles. Il n'existe pas de contrat de pôle et il n'y a pas de chef de pôle pour la psychiatrie adulte. L'établissement est en fait organisé en cinq services (un service de pédopsychiatrie, trois services de psychiatrie « adulte » et un service de psychiatrie de la personne âgée).

Les pôles « *psychiatrie enfant et adolescent* » et « *psychiatrie de la personne âgée* » répondent aux besoins de la population de tout le département. L'intra-hospitalier des trois services de psychiatrie générale regroupe au total 9 unités d'hospitalisation, spécialisées et toutes intersectorielles. L'extrahospitalier de ces trois services est en revanche sectorisé, avec possibilité cependant d'accueillir des patients d'un autre secteur en hôpital de jour, selon les besoins et la proximité géographique du lieu de résidence du patient<sup>226</sup>.

Le projet d'établissement de Sainte Marie, en cours d'approbation par l'ARS, envisage de :

- réduire le nombre des unités d'hospitalisation temps plein (fermeture de trois unités) ;
- renforcer l'extrahospitalier et le rendre davantage intersectoriel ;
- créer un EHPAD pour personnes présentant des troubles psychiatriques (l'autorisation a été donnée et l'ouverture est prévue pour 2020).

Cette réorganisation projetée est dans la logique de l'évolution engagée par l'établissement il y a dix ans. Elle est contrainte par la stratégie de péréquation régionale décidée par l'ARS après

---

<sup>225</sup> Clermont-Ferrand, Rodez, Nice, Privat et Le Puy.

<sup>226</sup> Par exemple, un patient habitant à Craponne, relevant du secteur de Brioude, peut être admis à l'hôpital de jour géré par le secteur du Puy plus proche de son domicile.



concertation avec les établissements concernés<sup>227</sup>. Elle sera possible si une partie des moyens dégagés par la fermeture des unités d'hospitalisation sont réaffectés sur l'extrahospitalier.

Il sera certainement nécessaire de bien mettre en phases l'application des mesures de péréquation en cours de définition, l'ouverture de l'EHPAD et les opérations de réorganisation de la partie psychiatrique de l'établissement. La date butoir pour achever l'ensemble de ces transformations étant 2020, le calage de toutes ces dispositions dépendantes les unes aux autres est urgent et devrait s'inscrire dans le cadre d'un CPOM, l'établissement n'étant plus lié par un tel contrat avec l'ARS depuis 2011.

Le centre hospitalier Sainte-Marie est implanté au Puy depuis 1858 sur un vaste terrain en partie escarpé et comprenant par ailleurs une zone inondable. Depuis dix ans, il a regroupé autant que possible les unités de soins. De ce fait, plusieurs bâtiments se retrouvent aujourd'hui inoccupés et sont promis à une démolition. Des espaces existent donc pour construire en 2020 le futur EHPAD de 60 places qui a été autorisé.

## 1 LE MODELE D'ORGANISATION DES SERVICES CLINIQUES

L'établissement a engagé d'importantes transformations il y a dix ans.

### ➤ L'organisation du pôle psychiatrie « adulte »

Tableau 39 : Organisation de la psychiatrie « adulte » actuelle

	INTRA-HOSPITALIER spécialisé et intersectoriel		EXTRAHOSPITALIER sectorisé			
	Neuf unités d'hospitalisation		Hôpitaux de jour (HJ)	CATTP	CMP	Equipes mobiles
Secteur-Service A	UAOU (unité d'accueil et d'orientation des urgences)	3 lits	1 HJ à Monistrol (15 places)		1 (Monistrol)	
	UPA (unité pour personnes agitées)	16 lits				
	ADDICTO	23 lits				
	JEUNES ADULTES	16 lits				
Secteur-Service B	PSY Générale	22 lits	1 HJ à Brioude (15 places)	1 à Craponne 1 à Langeac	1 (Brioude)	1 (équipe mobile précarité à Brioude)
	PSY Générale	21 lits				
	TED (autisme et troubles envahissants du développement)	11 lits	3 places d'HJ liées à l'unité TED			
Secteur-Service C	ANXIETE et DEPRESSION	23 lits	5 HJ spécialisés par pathologie ou activité (dont 3 sur le site de l'hôpital)	1 CATTP (sur le site de l'hôpital)	1 (au Puy)	1 (équipe mobile précarité au Puy)
	PATHOLOGIES CHRONIQUES	20 lits				
Services A, B et C	Deux unités transversales (qui répondent aux besoins des trois pôles : « adulte », personne âgée, enfant et adolescent) : - Activités physiques et sportives adaptées - Sophrologie					

Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

<sup>227</sup> Les critères de péréquation retenus ne satisfont pas complètement l'établissement qui aurait souhaité que soient pris en compte la précarité de la population, la dimension rurale de sa situation, le faible nombre de psychiatres libéraux. L'ARS a convenu que ces critères devraient être affinés avec le temps.

La constitution en un seul pôle est ce qui a permis de dépasser la logique du secteur et de créer des unités d'hospitalisation spécialisées et inter-sectorielles.

L'établissement a pour projet d'aller plus loin et, plutôt que d'avoir 3 services qui manquent parfois de grande cohérence interne, de mettre en place des filières spécialisées et cohérentes : une consacrée à la prise en charge de la crise ou des urgences, une autre à la réhabilitation, et la dernière aux soins spécifiques (anxiété, dépression, adultes jeunes etc.).

➤ ***L'organisation du pôle psychiatrie de la personne âgée***

Le pôle psychiatrie de la personne âgée prend en charge des personnes âgées de plus de 60 ans, poly-pathologiques et/ou présentant des troubles cognitifs débutants ou importants.

Il répond aux besoins de la population de tout le département. Il comprend :

- trois unités d'hospitalisation (22 lits pour l'une et 23 lits pour chacune des deux autres) ;
- un hôpital de jour sur le site de l'hôpital du Puy ;
- deux unités transversales (activités physiques et sportives adaptées, sophrologie) ;
- une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

➤ ***L'organisation du pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent***

Le pôle psychiatrie enfant et adolescent répond aux besoins de la population de tout le département. Il comprend un dispositif d'hospitalisation et extrahospitalier. Il a, en début d'année 2017, réduit le nombre de ses lits. Il comprend :

- deux unités d'hospitalisation de quatre lits chacune :
  - une unité de courte durée pour enfants et adolescents ;
  - une unité de moyenne durée pour préadolescents et adolescents.
- quatre hôpitaux de jour (un à Brioude, un à Monistrol et deux au Puy sur le site de l'hôpital), et des CATTP ;
- trois CMP et deux antennes ;
- une équipe mobile infanto-juvénile, de création récente.

➤ ***Une organisation transversale des cadres supérieurs***

Il n'y a plus de cadre supérieur par service. Trois cadres supérieurs, placés sous l'autorité de la directrice des soins, sont chacun affecté à une fonction thématique pour tout l'établissement, transversale donc aux trois pôles :

- ressources humaines, formation ;
- qualité et gestion des risques ;
- relations avec les partenaires.

Cette organisation a l'avantage de réduire les tentations autarciques, les cloisonnements susceptibles de se développer entre les pôles. Elle oblige à concilier une logique de besoins propre à chaque service, avec celle des intérêts de l'établissement dans son ensemble.

Cependant, cette organisation transversale des cadres supérieurs, cohabitant avec une organisation verticale en cinq services, distend le lien entre cadre supérieur et médecin chef. Pour atténuer cet inconvénient, au niveau de chaque unité plus de responsabilités ont été données aux cadres de santé plus proches des médecins chefs. Par ailleurs, le nombre des cadres de santé a été diminué (un cadre pour une unité d'hospitalisation et un hôpital de jour au Puy), ce qui limite le nombre d'interlocuteurs différents pour le médecin-chef.

---

Cette organisation du dispositif de soins attire plusieurs observations :

- *la psychiatrie générale* : l'absence de chef de pôle ne permet pas l'exercice d'une fonction d'arbitrage, en cas de désaccords survenant entre les chefs de service sur les organisations, pratiques et fonctionnements des unités intra-hospitalières spécialisées et intersectorielles. La question pourrait se poser encore plus avec la mise en œuvre du projet d'établissement, qui va conduire à créer des structures inter-sectorielles également dans le champ extrahospitalier. Les médecins chefs se coordonnent entre eux et la recherche du consensus est un impératif pour veiller à la juste admission des patients dans les unités adaptées à leurs besoins et à la continuité du projet de soins. L'inconvénient est que ce modèle d'organisation et de fonctionnement oblige à des compromis constants. L'avantage est que l'implication des médecins chefs est forte dans la réussite de projets toujours collectifs. Il faut souligner par ailleurs que la mise en place d'un dossier médical partagé pour tout l'établissement facilite grandement la gestion de la continuité du projet de soins ;
- *l'implantation du dispositif de soins extrahospitalier sur le site de l'établissement* au Puy comporte un double avantage évident : les hôpitaux de jour peuvent accueillir des patients encore hospitalisés afin de préparer leur sortie, et le regroupement des structures est plus économe (pas de loyers à verser, pas de déplacement de personnels, logistique commune). Mais ce choix de lieu de prise en charge extrahospitalière sur le site hospitalier peut avoir un effet stigmatisant sur les patients, par ailleurs maintenus dans un lien fort avec l'institution qui peut rendre difficile l'intégration en milieu social ordinaire, après un séjour de plusieurs années en hospitalisation temps plein d'abord et en hôpital de jour ensuite. Bien sûr ces questions ne se posent pas quand il s'agit d'accueillir des patients dont l'état de santé s'est stabilisé sur un mode très déficitaire, et n'ayant pour toute perspective que d'être admis à termes dans un établissement médico-social, par exemple un EHPAD<sup>228</sup> ;
- *les antennes de CMP ont été progressivement fermées*. Cette organisation centrée sur trois CMP permet de concentrer les moyens en personnels, de leur éviter de longs déplacements, d'optimiser au total les moyens. Là aussi, ce dispositif est économe, quand les contraintes budgétaires s'accroissent. Mais il ne facilite pas l'accès aux soins de populations vivant en zone rurale ;

---

<sup>228</sup> C'est notamment le cas pour l'hôpital de jour « occupationnel » qui est au Puy.

- *l'hôpital Sainte Marie du Puy est pris entre deux types de contraintes : budgétaire d'un côté et géographique de l'autre, quand il doit répondre aux besoins de tout un département, sans pouvoir compter avec un secteur privé développé, alors que les médecins généralistes manquent parfois. Les moyens en personnel étant forcément limités, la dispersion des ressources sur le territoire a donc des limites. La question du recours à la télémédecine se pose de façon particulièrement aiguë. Il permettrait d'éviter des déplacements de professionnels de santé comme de patients et de mieux répondre aux demandes de consultation formulées par les hôpitaux généraux ou locaux du département. Il pourrait être une solution pour améliorer l'accès aux soins d'une population rurale éloignée et parfois peu mobile. A l'heure actuelle, l'établissement ne dispose pas des préalables nécessaires : ni en ce qui concerne les réseaux, les équipements ou les relations avec les professionnels.*

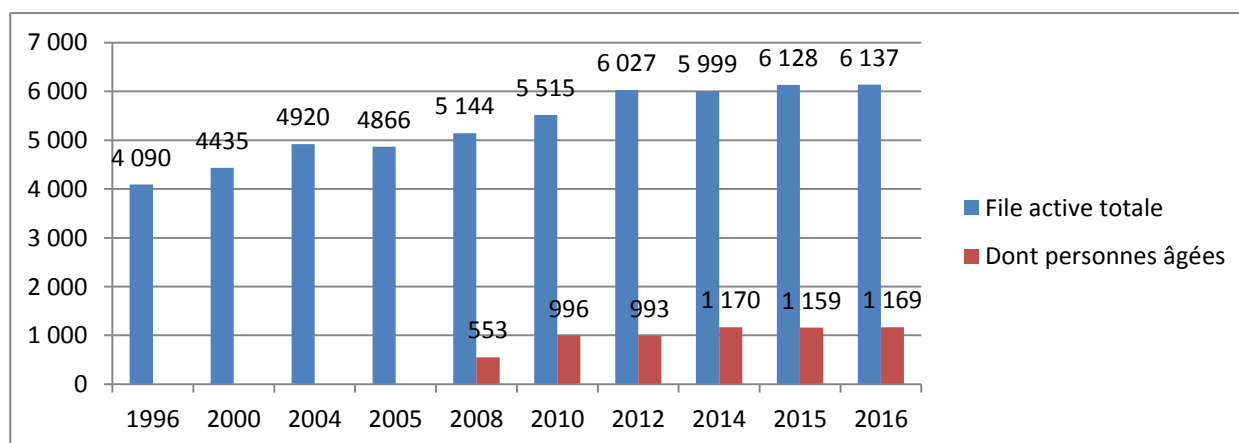
## 2 LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS EN PERSONNELS

### ➤ *L'évolution générale des activités*

- *En psychiatrie générale*

En 20 ans, la file active de l'établissement en psychiatrie générale a augmenté de 50 %, de façon quasi continue, passant de 4 090 personnes à 6 137, en incluant les patients admis depuis 2007 dans le pôle psychiatrie de la personne âgée. Dans le même temps la population du département n'a augmenté que de 10 %.

Graphique 67 : Evolution des files actives en psychiatrie générale entre 1996 et 2016

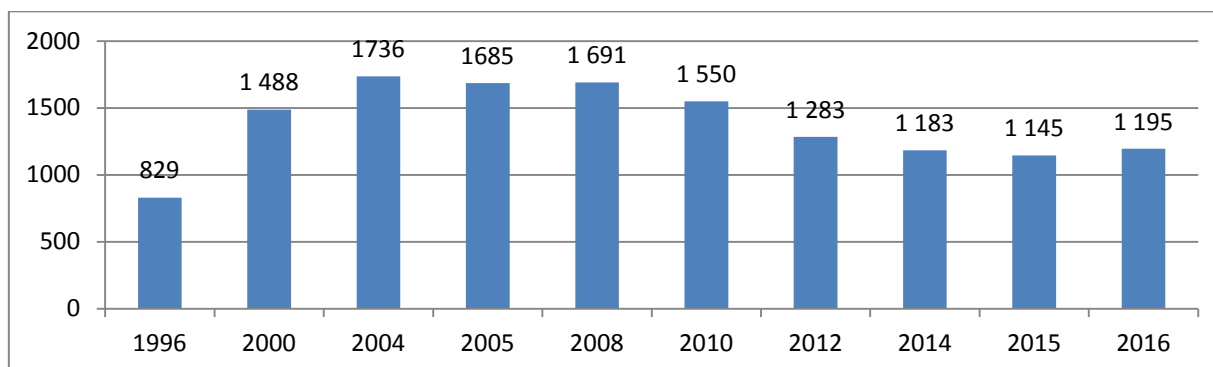


Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

- *En pédopsychiatrie*

En 20 ans, la file active en pédopsychiatrie a d'abord augmenté, pour diminuer et atteindre en 2016 un niveau supérieur à celui de 1996 de 44 %. Dans le même temps, la population des moins de 20 ans dans le département a augmenté d'environ 6 %.

Graphique 68 : Evolution de la file active en pédopsychiatrie entre 1996 et 2016

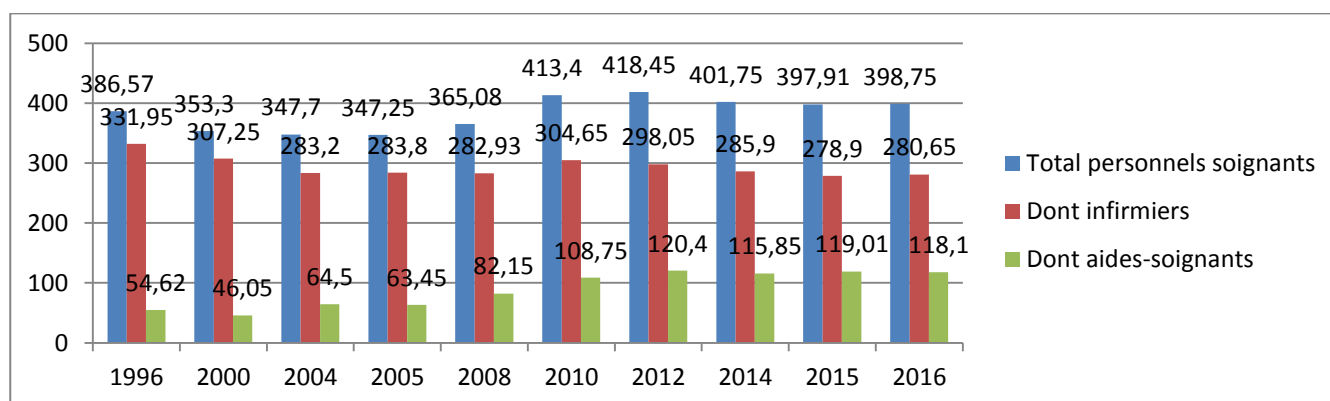


Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

➤ **L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux**

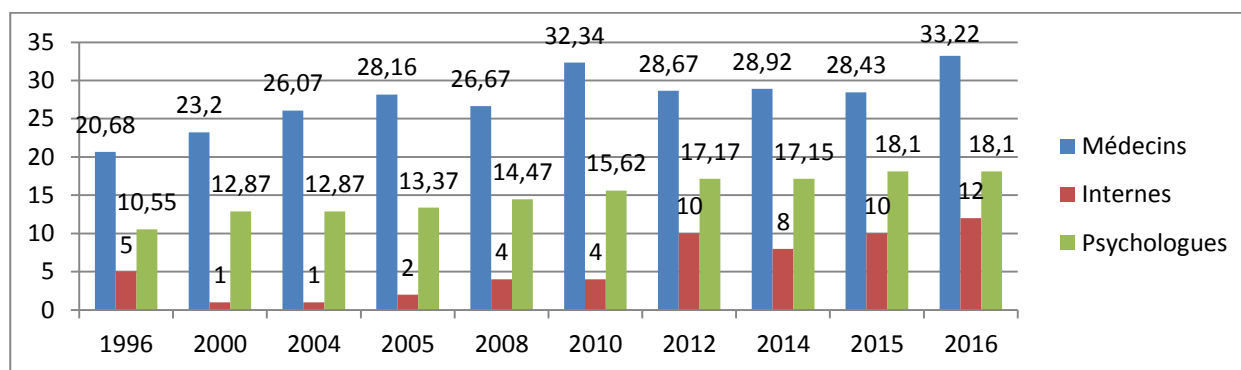
- *Le personnel médical* est passé de 20,68 ETP et 5 internes en 1996 pour tout l'établissement, à 33,27 ETP en 2016 et 11 internes. L'augmentation des ETP médecin a donc été de 60 % en 20 ans. Cette augmentation a été plus marquée pour la pédopsychiatrie. A noter que ces effectifs médicaux incluent en 2016 trois ETP de médecine générale et quelques vacations de spécialistes.
- *Le personnel soignant non médical* (infirmiers et aides-soignants) est passé de 386,57 ETP en 1996 à 398,75 ETP en 2016. L'augmentation a donc été de 3 % en 20 ans. Cette évolution est due à une augmentation du nombre des aides-soignants (116 %), les infirmiers ayant de leur côté légèrement diminué (3 %). Cependant, depuis 2012, une diminution sensible des effectifs globaux, infirmiers et aides-soignants additionnés, s'est produite (-4,7 %). Elle a surtout porté sur le personnel infirmier (diminution de 7,8 % entre 2010 et 2016). Les effectifs d'aides-soignants ont eux baissé de 1,9 % entre 2012 et 2016.
- *Les psychologues* ont régulièrement augmenté en 20 ans, passant au total, pour tout l'établissement, de 10,55 ETP en 1996 à 18,1 ETP, soit une augmentation de 71 %.

Graphique 69 : Evolution des effectifs d'infirmiers et d'aides-soignants en ETP, entre 1996 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 70 : Evolution des effectifs en ETP des médecins, internes et psychologues entre 1996 et 2016



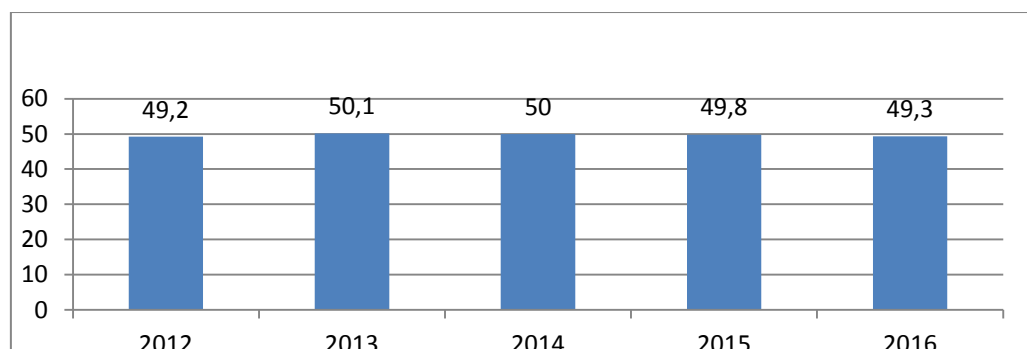
Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

### ► L'évolution générale de la dotation de l'établissement

Sur le plan budgétaire, la dotation annuelle de financement (DAF) est restée à peu près stable entre 2012 (42,84M€) et 2016 (42,89M€). La masse salariale a légèrement fléchi sur la même période, passant de 40,34M€ à 39,67M€ (soit une diminution de 1,6 %).

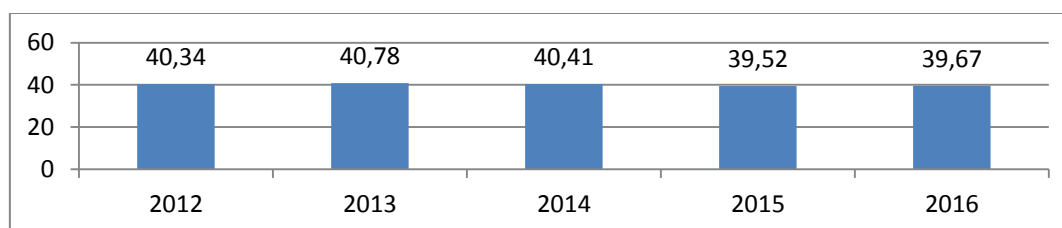
L'ARS a annoncé à l'établissement que sa DAF allait diminuer, afin que l'établissement contribue à l'effort de péréquation régionale. L'établissement a participé au groupe de travail organisé par l'ARS sur le sujet : les critères y ont été fixés. L'ampleur de la baisse n'était pas encore décidée au moment de la visite de la mission.

Graphique 71 : Evolution du total des recettes (DAF plus forfaits journaliers entre 2012 et 2016), en millions d'Euros



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 72 : Evolution de la masse salariale (total des charges du titre 1 dépenses) en millions d'Euros



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

### ➤ **Commentaire général**

De 1996 à 2012, l'établissement a transformé des postes d'infirmiers en postes d'aides-soignants, suivant là un mouvement assez général. Cela lui a permis entre 2000 et 2010, d'augmenter régulièrement le total de son personnel soignant, les effectifs de médecins et ceux de psychologues.

Sur les cinq dernières années, les files actives sont restées relativement stables. Les recettes de l'établissement sont restées stables elles aussi, comme globalement les effectifs soignants toutes catégories confondues, mis à part les effectifs médicaux qui ont un peu augmenté. Cependant quelques diminutions d'effectifs ont été faites. Elles ont surtout porté sur les infirmiers.

Dans la répartition des effectifs, l'établissement a toujours conforté la pédopsychiatrie. Il faut certainement s'en féliciter dans un contexte national de grandes difficultés de ce secteur d'activité.

Si les transformations de postes d'infirmiers en aides-soignants pouvaient se comprendre dans un contexte où la part de l'hospitalisation temps plein était encore importante, où se constituait un pôle de psychiatrie de la personne âgée, elles seront moins appropriées quand il va s'agir avec le projet d'établissement actuel de renforcer l'extrahospitalier.

## **3 LE POSITIONNEMENT DE L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT**

L'établissement est implanté au Puy, ville siège de la préfecture du département. Il répond aux besoins de santé mentale de la population de tout le département de la Haute-Loire qui est surtout rural.

Sainte-Marie du Puy est un ESPIC. L'établissement ne fait donc pas partie du GHT de la Haute-Loire. Il y est associé et a participé à la définition du projet médical partagé sur quatre thématiques (les urgences, les addictions, les personnes âgées, la pédiatrie). Ce GHT a décidé d'associer tous les EHPAD publics du département.

La question de l'appartenance de Sainte-Marie à une communauté psychiatrique de territoire ne se pose pas, l'établissement étant le seul dans sa spécialité sur le département.

Sainte-Marie est impliqué dans le conseil territorial de santé et dans sa commission santé mentale.

### **3.1 Les relations de l'établissement dans le domaine des soins**

**Liens avec l'hôpital général Emile Roux du Puy :** plusieurs conventions ont été passées avec le centre hospitalier général du Puy (la psychiatrie aux urgences et l'unité d'hospitalisation de courte durée, les urgences pédiatriques, la permanence pharmaceutique, la sismothérapie, les soins palliatifs, la mise à disposition d'un dentiste, la mise en œuvre de la CUMP, les analyses de biologie médicale, le traitement du linge).

En pédopsychiatrie, les enfants ayant des problèmes somatiques sont hospitalisés en pédiatrie, avec un suivi du service de Sainte-Marie.

**Liens avec la psychiatrie privée :** Il n'y a pas de clinique privée psychiatrique au Puy. Au total 7 psychiatres libéraux sont installés dans la ville du Puy, un à Monistrol. Il n'y a pas de pédopsychiatre installé en libéral. Au Puy, plusieurs psychiatres libéraux sont également salariés à temps partiel à Sainte-Marie. Pour autant, même si les praticiens se connaissent tous, travaillent ensemble à l'hôpital, il n'existe pas de rencontres périodiques formalisées pour examiner les

questions que peut poser l'exercice complémentaire de leurs activités dans les secteurs publics et privés.

***Pour les soins somatiques en ambulatoire,***

Un courrier de sortie est régulièrement adressé au médecin traitant après une prise en charge par les services de psychiatrie de Sainte-Marie. Les psychiatres sont souvent consultés par téléphone par des généralistes. Il n'y a pas cependant de structuration véritable de leurs relations avec les généralistes et l'établissement a le sentiment de se heurter à un manque de disponibilité des médecins généralistes. De telles réunions ont lieu cependant en pédopsychiatrie, avec les psychiatres libéraux qui, bien que n'étant pas spécialisés dans cette discipline, prennent en charge des enfants.

Faire des consultations dans des maisons de santé n'a pas été envisagé. Mais il y a la crainte de se disperser en s'engageant dans cette voie. Sur ce sujet là aussi se pose la question du développement d'outils de télémedecine permettant de limiter les déplacements, notamment pour le pôle psychiatrie de la personne âgée.

### **3.2 Les relations avec les établissements et services médico-sociaux**

L'établissement n'a pas constitué de groupement de coopération sanitaire (GCS) avec des établissements médico-sociaux. Mais il collabore avec de nombreuses structures médico-sociales.

Il dispose de sept structures relevant du secteur médico-social : trois EHPAD, une USLD, une MAS, un ESAT et un foyer d'hébergement.

Des conventions ont été signées dans plusieurs domaines de l'action sociale et médico-sociale avec des structures ou des associations :

- 19 structures accueillant des enfants ; le SPMS, le planning familial et l'ANPAA, avec des permanences à la maison des adolescents ; l'Education Nationale de façon à intégrer 4 classes aux CMP de la pédopsychiatrie ; le CHU de Nantes pour le PREPS Autisme ;
- les acteurs de l'insertion (CHRS), EMMAUS ;
- 52 EHPAD du département ;
- JALMAV pour les accompagnements de fin de vie ;
- l'ADAPEI 43 sur une expérimentation concernant plusieurs ESAT ;
- la maison d'arrêt (interventions dans le cadre de l'UCSA) ;
- France Alzheimer accueillie dans les locaux de l'établissement ;
- La MAIA ;
- Des associations ou des mairies pour assurer des activités thérapeutiques (piscine, yoga...).

Il n'y a pas de relations structurées organisées avec les établissements médico-sociaux en dehors de ces conventions qui règlent leurs collaborations. Cependant, Sainte-Marie est membre du GAMS 43 (regroupement des associations accompagnant les personnes handicapées) et participe à un réseau des directeurs d'EHPAD. Par ailleurs, beaucoup d'ESSMS ont recruté un psychiatre, ce qui facilite les relations, d'autant plus qu'ils sont très majoritairement aussi salariés du Centre Hospitalier Sainte-Marie.



Il y a dans le département 2 CMPP et un CAMPS avec lesquels les relations sont difficiles. L'approche et le type de bilan réalisés par ces structures ne correspondent pas aux méthodes de la pédopsychiatrie. Contrairement à ce qui peut exister dans d'autres territoires, les acteurs ne considèrent pas qu'ils font le même travail et aucune répartition des tâches ou articulation n'a été mise en place.

Les relations de la pédopsychiatrie sont en revanche meilleurs avec d'autres ESSMS, notamment grâce à l'existence de l'équipe mobile qui peut être sollicitée par les établissements pour des questions de réorganisation, de prise en charge de certaines populations etc. Certains disposent d'un psychiatre et il peut être organisé des consultations communes (psychiatre de l'ESSMS et pédopsychiatre) pour aider les établissements à mieux prendre en charge les enfants hébergés.

### 3.3 La participation à des conseils locaux de santé mentale (CLSM)

L'établissement a le projet de mettre en place des conseils locaux de santé mentale (un au Puy, un à Brioude et un à Monistrol).

Pour le Puy se pose la question du territoire englobé par ce CLSM (la commune ou l'agglomération qui comprend 71 communes ?). Sur ces trois sites où se justifierait la mise en place d'un CLSM, les élus ne semblent pas pour l'instant très mobilisés.

L'établissement compte s'appuyer sur ces CLSM pour travailler sur un projet territorial de santé mentale.

En l'absence de CLSM, la commission santé mentale du conseil territorial de santé est un espace de rencontre. Pour autant, compte tenu de son caractère récent, elle ne permet pas d'avoir des discussions stratégiques et est surtout un lieu de confrontation d'expérience et d'expression des attentes ou des doléances réciproques.

## 4 L'ACCES AUX SOINS

### 4.1 Les soins en urgence

Les psychiatres de Sainte-Marie interviennent au service des urgences de l'hôpital général ainsi que dans l'UHCD. Ce sont des psychiatres libéraux qui, à la vacation, sont chargés de la psychiatrie de liaison dans les services (hors réanimation où ce sont également les psychiatres de Sainte-Marie qui interviennent).

Sainte-Marie dispose d'une UAOU (unité d'accueil et d'orientation des urgences) qui réalise un accueil téléphonique 24h/24, reçoit les patients à l'entrée de l'hôpital, et les oriente éventuellement vers un service d'hospitalisation. C'est l'équipe de l'UAOU qui intervient hors les murs quand est décidé de réintégrer un patient en programme de soins, ayant interrompu sa prise en charge.

L'UAOU a trois lits qui permettent des hospitalisations de courte durée. Dans le projet d'établissement futur, il est envisagé d'augmenter le nombre de ces lits de courte durée (moins de 72 heures). La question d'une implantation de cette UAOU à proximité immédiate des urgences de l'hôpital général n'a pas été posée.

En pédopsychiatrie, le service collabore avec la pédiatrie de l'hôpital général et l'UPATOU de Brioude.

L'accueil en urgence des patients dans les CMP est encore imparfait. Les délais d'attente pour obtenir une consultation médicale sont un peu longs. Le service des urgences de l'hôpital général a posé ce problème à Sainte-Marie :

- *en pédopsychiatrie*, le problème ne se pose plus depuis le recrutement de nouveaux médecins et une réorganisation qui permet d'avoir un accueil dans la semaine par des infirmiers et une consultation médicale rapide. De plus, des consultations bilans sont mises en œuvre auprès des établissements médico-sociaux pour prévenir une hospitalisation et a été créée une permanence pour recevoir les urgences ;
- *en psychiatrie générale*, l'établissement a le projet de renforcer les CMP en augmentant le temps de présence des infirmiers et des médecins, et en améliorant la coordination des différents acteurs.

## 4.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

**En psychiatrie générale**, les CMP sont ouverts de 9h30 à 17h30, du lundi au vendredi. La présence médicale peut cependant aller au-delà des horaires d'ouverture. Dans les heures de fermetures des CMP, il est possible d'avoir une consultation à l'UAOU.

Les délais d'attente pour obtenir une consultation sont variables selon les CMP et selon les périodes de l'année. En moyenne ils sont de deux mois, tous pôles confondus. Pour limiter les problèmes liés à ces délais d'attente, est organisée une consultation infirmière, et le rendez-vous peut être avancé en accord avec le psychiatre en cas de besoin plus urgent.

**En pédopsychiatrie**, il y a 5 CMP. Trois d'entre eux sont ouverts tous les jours de la semaine. Depuis la réorganisation du service et le recrutement de nouveaux praticiens, il n'y a plus de liste d'attente. Auparavant, l'existence d'une liste d'attente était très mal vécue par le personnel médical et soignant qui ne parvenait pas à satisfaire les demandes qui lui étaient adressées.

L'absence d'orthophoniste entraîne des délais d'attente importants : six mois pour avoir un bilan d'orthophoniste, plus d'un an pour mettre en œuvre une prise en charge.

**Dans les services hospitaliers**, les taux élevés d'occupation (près de 91 % en 2016) entraînent forcément des difficultés ponctuelles pour hospitaliser un patient. L'établissement parvient à faire face à ces situations, en travaillant avec l'hôpital général pour mieux réguler les admissions dans les cas où les lits sont pleins.

## 5 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

Chaque médecin intervient en intra et en extrahospitalier.

Les agents infirmiers de l'extrahospitalier sont affectés exclusivement dans ce domaine d'activité. Mais un agent en intra-hospitalier ayant une compétence particulière va pouvoir intervenir dans un hôpital de jour, y compris hors de son secteur, sur un temps limité mais régulier.

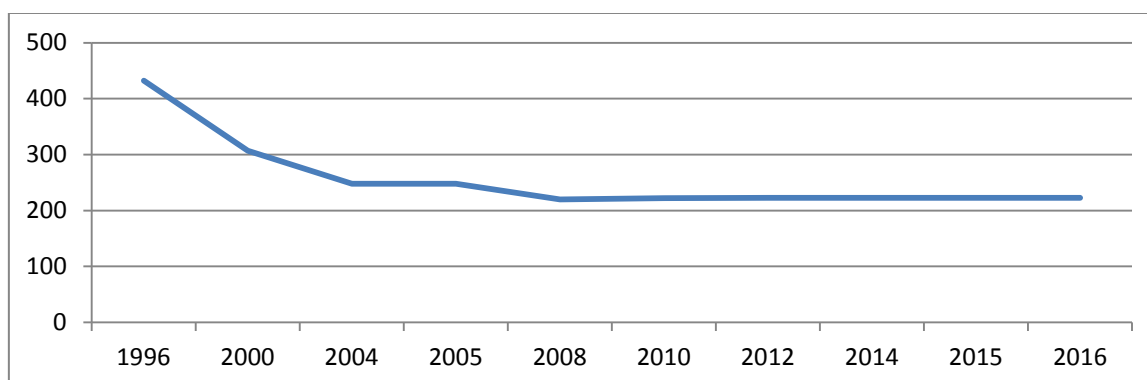
## 5.1 Un dispositif hospitalier en psychiatrie générale et psychiatrie de la personne âgée en diminution depuis 20 ans mais dont l'activité se stabilise

Le dispositif d'hospitalisation temps plein comprend aujourd'hui neuf unités spécialisées par pathologie et âge en psychiatrie générale et 3 unités en psychiatrie de la personne âgée (dans ce dernier pôle, il est envisagé de fermer une unité, les deux restantes seraient spécialisées, l'une dans l'accueil des troubles cognitifs légers et débutants, l'autre dans celui des pathologies psychiatriques intriquées avec des troubles cognitifs importants).

Il y a peu de patients extérieurs au département de la Haute-Loire.

- ***Les capacités d'hospitalisation de Sainte-Marie ont diminué ces 20 dernières années et se sont stabilisées depuis 10 ans***

Graphique 73 : Evolution du nombre de lits installés



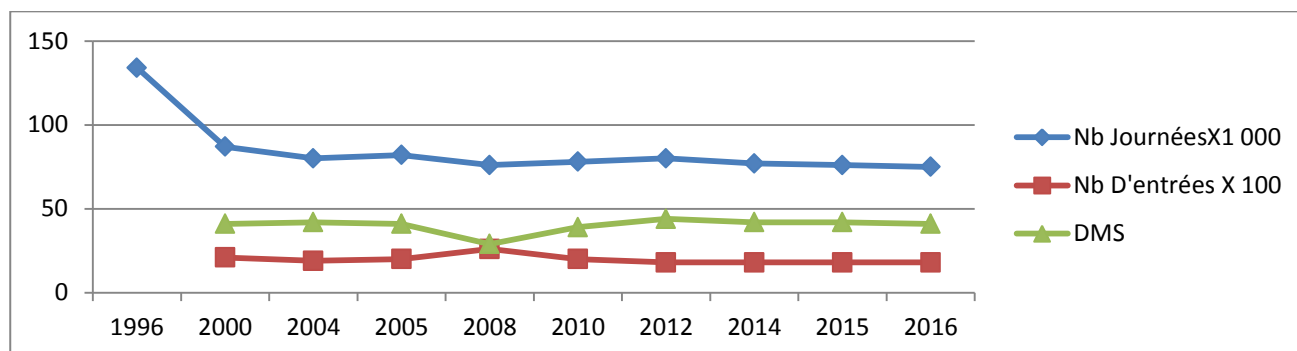
Source : Données communiquées par l'établissement à la mission.

En 20 ans, le nombre de lits a diminué presque de moitié (48 %), passant de 432 lits à 223, pour se stabiliser depuis 10 ans. Cette diminution est plus importante en proportion si on rapporte le nombre de lits à la population générale et à son évolution. Le taux d'équipement en effet a diminué de 53 % dans la même période de temps, passant de 2,09 lits pour 1000 habitants à 0,98.

- ***Les journées d'hospitalisation ont diminué en 20 ans, cependant une stabilité de l'activité est constatée depuis 15 ans***

En 20 ans, les journées d'hospitalisation ont diminué de 44 %. Depuis près de 15 ans cependant, le nombre des journées, des entrées et la DMS restent stables.

Graphique 74 : Evolution du nombre de journées, du nombre d'entrées et de la DMS



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission

➤ **La proportion de malades hospitalisés « au long cours » représente près du quart des journées d'hospitalisation**

En 2015, selon les données du RIM-P, le nombre des journées d'hospitalisation générées par des patients hospitalisés depuis plus de 292 jours dans l'année représentait 22 %.

Une enquête réalisée par l'ARS, dont les résultats ont été communiqués à la mission, montre qu'un jour donné il y avait 33 % de patients dont l'hospitalisation était une inadéquation. Il y avait 17,9 % de patients hospitalisés « au long cours ».

## 5.2 L'organisation intra-hospitalière et les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

➤ **L'organisation intra-hospitalière**

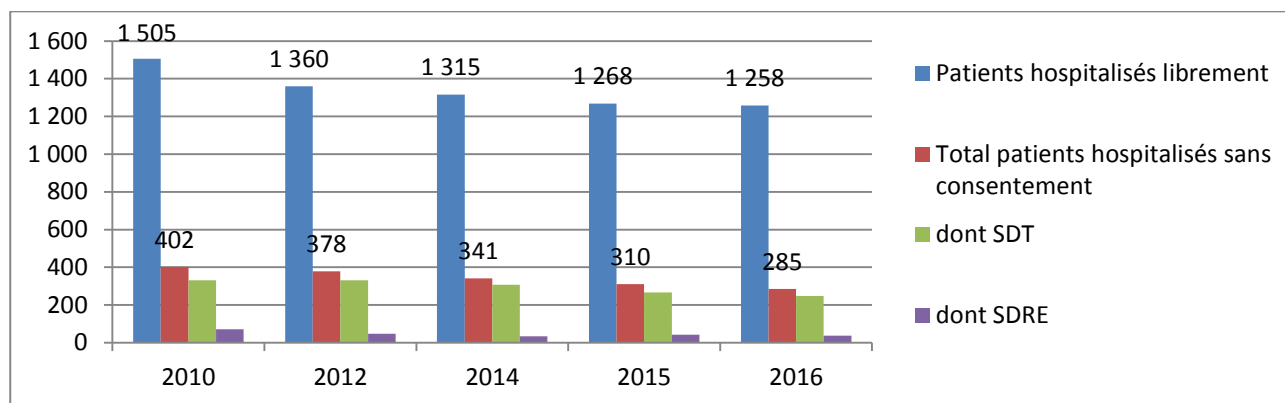
Les hospitalisations se font généralement dans les unités adaptées à la pathologie du patient ou en fonction de son âge.

➤ **L'hospitalisation des malades sans leur consentement et l'exercice de la contention**

Entre 2010 et 2016, le nombre des patients hospitalisés sans leur consentement a, au total, diminué de 29 %. Parmi eux, la part des patients hospitalisés en SDRE a diminué. Elle est passée de 17,6 % à 13,3 %.

Si en 2010 le nombre des patients hospitalisés sans leur consentement représentait 21 % des patients hospitalisés, il n'était que de 18 % en 2016.

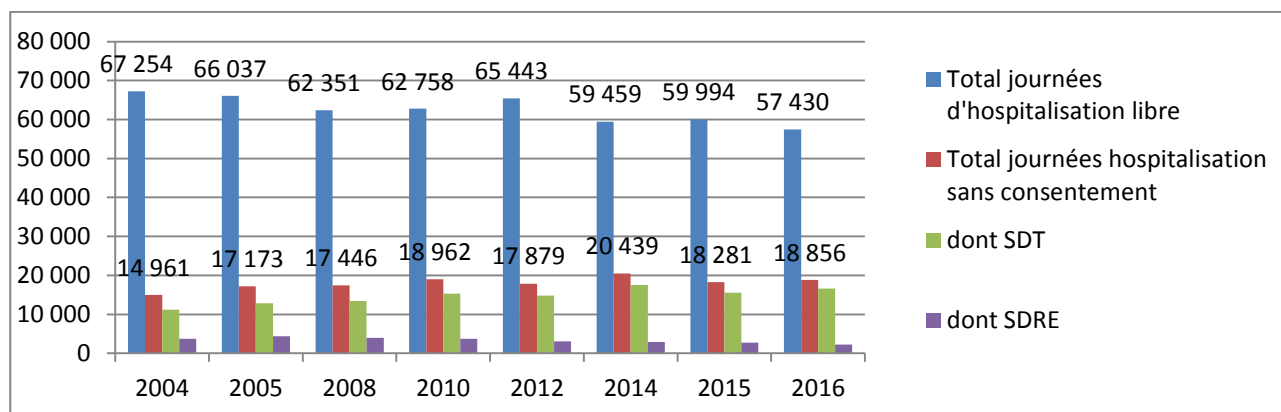
Graphique 75 : Evolution des patients hospitalisés sans leur consentement entre 2010 et 2016



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission.

Les journées d'hospitalisation pour des soins sans consentement ont pris une part plus importante entre 2004 et 2016 par rapport au total des journées d'hospitalisation, alors que le nombre et la proportion des malades hospitalisés avec ce statut ont diminué. Ainsi, en 2004, la part des journées d'hospitalisation pour des malades admis sans leur consentement représentait 22 %, 33 % en 2016.

Graphique 76 : Evolution entre 2004 et 2016 des journées d'hospitalisations libres et sans consentement du patient



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission.

Certains médecins ont évoqué l'idée que l'hospitalisation sans consentement pouvait être utilisée pour obtenir un lit pour un patient qui l'obtiendrait plus difficilement s'il devait être hospitalisé librement.

#### La contention.

L'établissement a 11 chambres d'isolement (10 au sein du pôle de psychiatrie générale et 1 au sein du pôle psychiatrie de la personne âgée). Un audit « isolement et contention » est en cours pour les cinq établissements de l'association Sainte-Marie et une EPP a été initiée. Sur ce sujet, un groupe de travail est en place au niveau de l'établissement. Pour le premier trimestre 2017, le taux de recours<sup>229</sup> des chambres d'isolement a été de 65 %. Quelques chambres sont à réaménager.

<sup>229</sup> Le recours à la chambre d'isolement peut aller d'une heure dans la journée à une journée entière.

### ► La prise en charge de problèmes de santé somatique

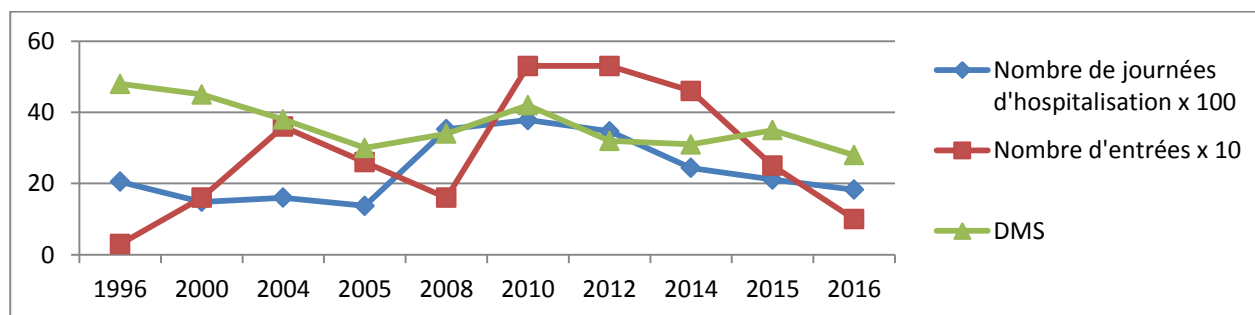
Cette prise en charge est assurée par trois généralistes temps plein recrutés par l'établissement et par des vacances de spécialistes.

## 5.3 L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile

Le dispositif d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Loire est organisé avec deux unités de quatre lits chacune. Il comprenait 18 lits en 1996.

Le nombre des journées d'hospitalisation a d'abord diminué entre 1996 et 2005, pour ré-augmenter ensuite et diminuer ensuite régulièrement depuis 2010. Il est aujourd'hui revenu à un niveau inférieur à celui de 1996. Le nombre des entrées et la DMS ont suivi à peu près la même évolution.

Graphique 77 : Evolution entre 1996 et 2016 du nombre des journées d'hospitalisation, du nombre des entrées et de la DMS en pédopsychiatrie



Source : Données communiquées par l'établissement à la mission.

## 6 LE DISPOSITIF DE SOINS HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

En 2016, les effectifs infirmiers affectés dans le domaine extrahospitalier, comprenant les hôpitaux de jour, représentent 26 % des effectifs globaux d'infirmiers en psychiatrie générale et psychiatrie de la personne âgée. En pédopsychiatrie ce pourcentage est de 38 %.

Le dispositif extrahospitalier est aujourd'hui sectorisé, contrairement au dispositif intra-hospitalier. Il le resterait selon le nouveau projet d'établissement, du fait de la géographie du département découpé assez logiquement en trois secteurs. Il serait organisé de façon « graduée » selon trois niveaux :

- CMP
- CATTP
- Hôpital de jour

Cette structuration irait avec un renforcement en personnel des CMP pour permettre leur plus large ouverture et de prendre davantage en charge les patients dans l'urgence. Par ailleurs, les équipes mobiles et celles qui font de la VAD seraient désormais reliées aux CMP. Le projet prévoit aussi de développer les CATTP.

➤ **L'activité générale**

- *En psychiatrie générale et psychiatrie de la personne âgée* : le nombre des personnes prises en charge exclusivement en extrahospitalier a augmenté de 79 % en 20 ans, passant de 2 201 à 3 941. Par rapport à la file active, ce nombre est passé de 54 % en 1996 à 64 % en 2016. Pour les personnes bénéficiant d'une hospitalisation, en 2016, elles sont pour la plupart suivies ensuite ou aussi en extrahospitalier (95 %).
- *En pédopsychiatrie* : le nombre des enfants pris en charge exclusivement en extrahospitalier a augmenté de 33 % en 20 ans, passant de 739 à 981. Par rapport à la file active, ce nombre est passé de 89 % en 1996 à 82 % en 2016. Pour les enfants bénéficiant d'une hospitalisation, en 2016, ils sont presque tous suivis ensuite ou aussi en extrahospitalier.

➤ **Les CMP**

L'établissement a diminué le nombre de ses CMP en psychiatrie générale, pour des raisons essentiellement d'optimisation de ses moyens en personnel. En 1996, il y avait 15 CMP de psychiatrie générale (dont 9 ouverts moins de 5 jours par semaine), il n'y en a plus que 4 (3 en psychiatrie générale et 1 en psychiatrie de la personne âgée, tous ouverts 5 jours par semaine).

La pédopsychiatrie a suivi le chemin inverse. Elle disposait de 3 CMP en 1996, elle en a aujourd'hui 5 (dont 2 ouverts moins de 5 jours par semaine).

Le nombre des consultations a augmenté de 39 % en psychiatrie générale entre 1996 et 2016. Dans la même période, il a augmenté de 92 % en psychiatrie infanto-juvénile.

➤ **Les hôpitaux de jour**

- *En psychiatrie générale et psychiatrie de la personne âgée*

En psychiatrie générale et psychiatrie de la personne âgée, le nombre total des places d'hôpitaux de jour a augmenté de 38 % entre 2000 et 2016, passant de 100 à 138. A ces hôpitaux de jour, il faut ajouter des CATTP.

A Brioude et à Monistrol, les deux hôpitaux de jour accueillent tous les âges et pathologies. Sur le Puy, les hôpitaux de jour peuvent accueillir des patients des deux autres secteurs. Ils sont spécialisés par pathologie et par âge :

- pathologies psychotiques déficitaires (implanté sur le site de l'hôpital, activités de réhabilitation sociale et professionnelle) ;
- pathologies anxio-dépressives (en ville) ;
- jeunes psychotiques (en ville) ;
- ergothérapie (préparation de patients destinés à être admis en ESAT. Implanté sur le site de l'hôpital) ;
- occupationnel, pour des personnes sans projet autre possible, destinés à de longs séjours (implanté sur le site de l'hôpital) ;
- personnes âgées (implanté sur le site de l'hôpital).

Les présences dans ces hôpitaux de jour se font toute la journée ou sur une demi-journée, tous les jours de la semaine ou de façon séquentielle.

- pathologies autistiques (implanté sur le site de l'hôpital dans le service d'hospitalisation spécialisé dans l'accueil de ces patients).

- *En pédopsychiatrie*

En pédopsychiatrie, le nombre de places d'hôpitaux de jour a diminué entre 1996 et 2016, passant de 55 à 45, mais des CATTP ont été créés.

Comme dans les autres établissements vus par la mission, la différence entre hôpital de jour et CATTP ne porte pas tant sur le contenu des soins que sur l'état des patients et la durée hebdomadaire de leur accueil. Mais la question se pose de la promiscuité des patients, si la même structure devait être conçue pour accueillir des patients actuels relevant de l'hôpital de jour ou du CATTP (problème du mélange de personnes qui sortent d'une hospitalisation et celles qui ont besoin d'un simple étayage).

- **Les équipes mobiles**

Trois équipes mobiles ont été constituées : personnes âgées, précarité<sup>230</sup>, pédopsychiatrie. Deux autres équipes sont projetées : pour personnes avec troubles du spectre autistique, pour accompagnement et réhabilitation.

## 7 LE DEVELOPPEMENT DE L'INTER-SECTORIALITE ET LA GESTION DU PARCOURS DU PATIENT

Sainte-Marie a fortement développé l'inter-sectorialité, toutes les unités d'hospitalisation temps plein sont dans cette situation. Plusieurs structures extrahospitalières sont en train de le devenir, voire le sont déjà (exemple des hôpitaux de jour sur le Puy). La question se pose d'une bonne coordination entre les intervenants qui vont agir auprès du malade, dans un même temps ou successivement tout au long de son parcours. L'équipe médicale mène actuellement une réflexion sur la mise en place d'un « *care-management* » qui donnerait à un infirmier un rôle de référent par rapport à un malade. Chaque malade aurait son infirmier référent, chargé de centraliser l'information à son sujet, de suivre son parcours, de veiller aux bonnes coordinations nécessaires.

## 8 LE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES

A été constituée une équipe dédiée à la gestion des risques et de la qualité en 2013. Une politique institutionnelle très structurée est mise en œuvre depuis 2014, avec dix objectifs.

Un livret d'accueil est remis à chaque patient hospitalisé.

Une enquête de satisfaction des usagers est devenue systématique. Ses résultats sont présentés à la commission des usagers, à la CME, aux médecins chefs et aux cadres de santé. Un tableau est établi globalement pour tout l'hôpital et pas par service. En 2015, 93,4 % des patients hospitalisés se sont déclarés très satisfaits ou satisfaits globalement de leur séjour. Deux enquêtes thématiques sont menées à bien chaque année.

---

<sup>230</sup> Il existe une équipe mobile précarité au Puy et une autre à Brioude, elle travaille en lien avec les CHRS implantés dans ces villes.



Le suivi des indicateurs de qualité IPAQSS montre une progression dans les résultats obtenus sur a tenue du dossier patient, le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et le dépistage des troubles nutritionnels.

L'établissement a fait l'objet d'une visite d'accréditation. Il a été classé au niveau B. A la suite de cette visite, neuf groupes de travail ont été mis en place pour engager les mesures d'amélioration répondant aux attendus de la HAS. Un compte qualité est en cours de mise à jour. Dix exercices de « patient traceur » ont été réalisés en 2017, treize sont à venir. Un recueil d'indicateurs de pratique clinique a été mis en œuvre dans 11 unités. Enfin, diverses actions de formation ont été engagées.

Il est sans doute dommage que l'association Sainte-Marie ne profite pas de cette expérience développée à Sainte-Marie du Puy, pour faire de ce sujet de la gestion des risques et de la qualité une politique du groupe, en s'appuyant sur le savoir-faire de cette équipe du Puy.

Un espace de réflexion éthique a été constitué. Les questions examinées ont porté par exemple sur : la conduite à tenir face à un patient refusant de s'alimenter, le conditionnement des effets personnels après un décès, les restrictions de liberté à la MAS...

## 9 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE

### ➤ *Les psychiatres*

L'établissement n'a pas pour l'instant rencontré de difficultés pour recruter des psychiatres, sauf en pédopsychiatrie. Il a donc été décidé récemment de recruter 4 praticiens ayant une expérience en pédiatrie pour constituer l'équipe du service (médecins venus de la PMI par exemple). Ces médecins suivent des formations (DU) et sont encadrés par les pédopsychiatres du service. Cette solution semble donner toute satisfaction et vaut mieux, en tout cas, que de se trouver avec des postes vacants.

### ➤ *Les médecins généralistes de l'hôpital*

L'établissement rencontre des difficultés pour recruter des médecins généralistes.

### ➤ *Les infirmiers*

Les infirmiers nouvellement affectés dans l'établissement ne bénéficient pas de tutorat. Un tel tutorat serait difficile à organiser car la population des infirmiers est jeune.

L'établissement constate une certaine difficulté pour recruter, notamment du fait du décalage de la sortie d'IFSI à fin juillet : l'établissement peine à pourvoir ses postes depuis le mois d'avril.

### ➤ *Les psychologues*

L'établissement envisage de recruter des psychologues compétents en neuropsychologie.

### ➤ *Les orthophonistes*

L'établissement ne dispose d'aucun orthophoniste. Il travaille exclusivement avec des orthophonistes libéraux.

➤ **La formation des partenaires**

L'établissement envisage de développer des formations continues à destinations des professionnels de santé des établissements et services médico-sociaux avec lesquelles les équipes travaillent. Il n'a pas été envisagé de construire ce projet avec l'IFSI.

## 10 LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA REINSERTION-READAPTATION

- **La prévention.** Il s'agit là d'une des missions des secteurs. L'établissement envisage de la développer à partir des CMP. C'est le cas notamment pour le pôle psychiatrie de la personne âgée qui envisage des actions dans les domaines : des troubles du sommeil, de la gestion des psychotropes, de la prévention des conséquences des troubles de l'équilibre (ces projets sont inscrits dans le projet médical de l'établissement).

Dans le domaine du dépistage le rôle des équipes mobiles est majeur. De même le partenariat développé avec l'Education nationale, la PMI, le développement de consultations précoces en pédopsychiatrie et des évaluations permettent d'améliorer le dépistage.

En psychiatrie de la personne âgée, sont engagées des actions en faveur de l'aide aux aidants.

- **La réinsertion réadaptation.** De nombreux partenariats avec le secteur médico-social, la MAIA, visent à permettre cette réinsertion et réadaptation des patients. De plus, l'établissement gère un ESAT.

## 11 ORGANISATION DES RELATIONS AVEC LES USAGERS

Mise en place en 2012 d'une maison des usagers et des associations (11 associations partenaires). Des permanences sont assurées par des associations d'usagers au sein de cette maison.

Un espace de réflexion éthique a été mis en place au sein duquel sont présents des représentants des usagers (UNAFAM). Ces représentants sont aussi présents au sein du comité de pilotage QUALITE.

Un GEM existe sur le Puy, géré par la Croix Rouge et l'UNAFAM.



# MONOGRAPHIE 6 :

## TROIS ETABLISSEMENTS DE TOULOUSE : L'HOPITAL GERARD MARCHANT, LE CHU ET LA CLINIQUE BEAUPUY (31)

### INTRODUCTION

La mission s'est déplacée dans trois établissements de santé de Toulouse et de son agglomération :

- la clinique de Beaupuy, établissement de santé privé à but lucratif, géré par le groupe CAPIO ;
- le centre hospitalier Gérard Marchant spécialisé dans les soins psychiatriques ;
- le CHU Purpan où sont implantés des services psychiatriques.

Quatre caractères marquants sont à relever pour décrire la situation de ces établissements, avant d'examiner leurs organisations, activités et évolutions propres :

- le secteur privé à but lucratif représente environ trois quart des lits de psychiatrie générale<sup>231</sup> du département de la Haute Garonne<sup>232</sup> ;
- le dispositif de soins psychiatriques public de ce département est tout entier dans un même GHT et une même CPT. Ainsi, le projet médical propre à la psychiatrie, élaboré dans le cadre de la CPT, est inclus dans le projet médical partagé du GHT. La question de l'association à la CPT et au GHT d'autres partenaires du privé, du médico-social, est entièrement ouverte. Il est difficile aujourd'hui de prévoir la forme qu'elle prendra. Toujours est-il que le territoire de santé mentale dans le cadre duquel sera élaboré le projet territorial de santé mentale correspondra vraisemblablement à celui du GHT et de la CPT ;
- une collaboration étroite s'est développée entre deux cliniques privées appartenant au groupe CAPIO et le dispositif public (la clinique de Beaupuy gère une mission de service public et admet des patients en SDT ; un service d'HAD public-privé a été constitué sous la forme d'un GCS ; ces deux établissements privés accueillent des patients en post-urgence dans le cadre de relations organisées avec le secteur public) ;
- la population de l'agglomération toulousaine est en forte augmentation régulière depuis 20 ans. Entre 2000 et 2016, la population de la Haute Garonne a augmenté de 29 %, au profit essentiellement de l'agglomération toulousaine.

---

<sup>231</sup> Pour la psychiatrie infanto-juvénile, la spécificité du département est moindre mais le privé y occupe une place plus importante qu'en France (1/3 des lits contre ¼ en France).

<sup>232</sup> Le secteur public (CHU et Gérard Marchant) a 383 lits en psychiatrie générale. Le secteur privé a 9 établissements qui totalisent 1 050 lits.

***Il n'est pas fréquent qu'en psychiatrie l'offre hospitalière privée soit plus importante que l'offre publique dans un département***<sup>233</sup>. Une telle situation peut se rencontrer dans le secteur MCO. Mais, dans ce dernier cas, si les établissements publics peuvent prétendre faire face à une charge plus lourde, parce qu'ils accueilleront une grande part des cas les plus lourds et les malades appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées, le mode de financement prend en compte le niveau d'activité, pour les deux secteurs. En psychiatrie, la différence du mode de financement entre les deux secteurs pose un problème plus particulier.

Le secteur public à Toulouse doit faire face à des besoins qui s'accroissent, du fait de la pression démographique, alors que son financement est contraint par une enveloppe qui n'évolue pas en fonction de son niveau d'activité. Il est en charge de l'urgence et des situations médicales les plus complexes, intriquant lourdeur de la pathologie et désinsertion sociale majeure. Le secteur privé, de son côté, mis à part les deux établissements du groupe CAPIO, développe ses interventions en fonction d'objectifs de réponse aux besoins qu'il détermine en toute indépendance<sup>234</sup>, dans le cadre d'un financement au prix de journée évoluant en fonction de son niveau d'activité.

Les deux secteurs de soins public et privé se plaignent d'un financement insuffisant. Le public souhaite obtenir une dotation de financement plus importante qui lui permettrait notamment de créer un neuvième secteur de psychiatrie générale<sup>235</sup>, de raccourcir les longs délais d'attente pour obtenir une prise en charge en pédopsychiatrie, de mieux répondre aux besoins de zones rurales éloignées de la métropole. Le privé estime que son prix de journée est trop bas. Mais, au-delà de cette question du niveau de la ressource qui mérite bien sûr d'être posée, le secteur public se trouve prisonnier d'un « effet de ciseau » quand d'un côté son activité augmente et ses moyens ne suivent pas, car son mode de financement ne prend pas en compte cette évolution, alors que le secteur privé, représentant la part la plus importante de l'offre, ne participe que selon son gré à l'effort collectif qu'il conviendrait pourtant de faire pour répondre aux besoins d'une population en expansion.

***L'organisation et le fonctionnement des urgences psychiatriques*** sont bien sûr particulièrement révélateurs des tensions que cette situation peut générer. Les psychiatres du Gérard Marchant, y compris ceux de pédopsychiatrie, participent aux gardes du service des urgences géré par le CHU. Les pédopsychiatres du troisième inter-secteur de pédopsychiatrie du département, géré par un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC)<sup>236</sup>, ne participent pas à ce tour de garde. Mis à part deux psychiatres libéraux qui interviennent à raison de deux vacations dans la journée, les psychiatres des cliniques privées ne sont pas impliqués non plus dans cette organisation et ce fonctionnement. Par ailleurs, excepté avec les deux cliniques du groupe CAPIO qui ont accepté de collaborer avec le secteur public, les admissions en cliniques privées après passage aux urgences sont difficiles. Elles ne sont pas impossibles, car de bonnes relations personnelles entre praticiens facilitent parfois la recherche de solutions. Mais, le plus souvent, les cliniques n'admettent pas des patients dès les débuts d'après-midi ou ne retiennent que ceux qui disposent d'une mutuelle. Tout

---

<sup>233</sup> Au niveau national il y a en psychiatrie générale environ 2 lits publics pour 1 lit privé. En Haute Garonne, le rapport est de 1 lit public pour 3 lits privés. SAE dans Panorama des établissements de santé, DREES 2014 données départementales SAE 2014.

<sup>234</sup> Excepté les deux cliniques du groupe CAPIO, les autres cliniques privées de l'agglomération toulousaine n'ont pas accepté de faire partie du comité de pilotage des urgences psychiatriques qui avait été mis en place par l'ARS pour résoudre les problèmes posés par la prise en charge en aval des urgences notamment.

<sup>235</sup> Huit secteurs aujourd'hui existent, un géré par le CHU, sept par Gérard Marchant.

<sup>236</sup> Cette situation crée des inégalités au sein du dispositif public et participant au secteur public. En effet, les postes de psychiatre au sein de cet ESPIC de pédopsychiatrie sont plus attractifs que ceux de l'hôpital Gérard Marchant ou du CHU, car mieux rémunérés et ne comportant pas les mêmes charges, la participation au tour de garde des urgences.

simplement, elles ne sont pas incluses dans un fonctionnement coordonné des urgences pour toute l'agglomération toulousaine<sup>237</sup>.

Aujourd'hui, le dispositif public des urgences, auquel collaborent deux cliniques privées, fait face aux besoins. Il a dépassé les difficultés qu'il a rencontrées par le passé et qui avait conduit à diligenter une mission de la MNASM<sup>238</sup> en 2012. Mais il est dans une position critique, alors que son activité est importante et en progression<sup>239</sup>. Les pédopsychiatres étudient la possibilité de créer une astreinte opérationnelle de pédopsychiatrie avec la pédiatrie du CHU, et donc de se retirer de la garde sur place aux urgences psychiatriques générales. La participation des deux cliniques privées au dispositif, notamment avec l'accueil de patients en SDT, paraît dépendante de l'engagement personnel d'un petit nombre de praticiens approchant de leur fin de carrière. Elle est par ailleurs à la merci d'un changement de stratégie toujours possible du groupe auquel elles appartiennent.

***Le centre hospitalier Gérard Marchant est actuellement en difficulté pour accueillir les patients ayant besoin d'une hospitalisation***, notamment en aval des urgences, en raison d'une forte pression sur les lits, notamment pour les soins sans consentement<sup>240</sup>. Il s'appuie sur les cliniques de Beaupuy et des Cèdres en cas de nécessité. Mais ce centre hospitalier n'est pas encore au bout des évolutions possibles de son dispositif intra-hospitalier. Une part de ses patients peut être orientée vers des structures médico-sociales. Si l'opération permet de renforcer les interventions en extrahospitalier de l'établissement, qui envisage notamment la création d'équipes mobiles, on peut penser que la pression sur l'hospitalisation s'en trouvera allégée. Cependant, dans un contexte démographique en expansion, les difficultés ne peuvent que s'accroître. Des formules de coopération public-privé ont été engagées, telle la création à titre expérimental d'une HAD psychiatrique susceptible d'éviter certaines hospitalisations. Mais la pérennité du montage financier de ce dispositif n'est pas assurée.

***Le cas des urgences n'est pas le seul à considérer pour mesurer les problèmes que pose la difficile association de l'offre privée*** à l'organisation et au fonctionnement de l'offre de soins psychiatriques. L'hospitalisation en pédopsychiatrie dispose de peu de lits publics pour prendre en charge des adolescents (8 lits de centre de crise et 11 lits au CHU qui accueillent en priorité les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire<sup>241</sup>). A ce dispositif il faudrait ajouter les lits d'une clinique, la clinique Marigny (12 lits) appartenant au groupe ORPEA, accueillant des adolescents. Cette unité d'hospitalisation devrait pouvoir fonctionner en complémentarité avec l'unité de crise pour adolescents de 8 lits gérée par Gérard Marchant. Ce n'est pas le cas. Marigny développe ses activités selon des objectifs qui ne sont pas partagés avec les inter-secteurs de pédopsychiatrie.

---

<sup>237</sup> Sur 2 422 transferts réalisés vers des lieux d'hospitalisation après passage aux urgences en 2016, 68 % ont été accueillis par le CHU, Gérard Marchant et les deux cliniques du groupe CAPIO, alors que ces établissements n'ont que le quart des lits de psychiatrie du département.

<sup>238</sup> Mission nationale d'appui en santé mentale.

<sup>239</sup> Environ 10 000 passages par an et une augmentation de 2 % en 2016 par rapport à 2015

<sup>240</sup> EN 2016, sur 515 patients transférés du CHU vers Gérard Marchant après passage aux urgences 211, soit 41 %, ont séjourné plus de 72 heures au sein des unités de courte durée du CHU, par manque de place pour les accueillir plus rapidement.

<sup>241</sup> Le CH Marchant dispose également de 12 d'hospitalisation de semaine pour les enfants.

***La psychiatrie est de plus en plus sollicitée pour intervenir sur des sujets « sociétaux ».*** L'exemple le plus symptomatique est celui de la lutte contre la radicalisation. La tentation est forte de demander au secteur psychiatrique de donner son avis sur des personnes suspectées de radicalisation, voire de les prendre en charge. Les comportements de radicalisation restent incompris et les autorités préfectorales ou policières, les services sociaux, s'interrogent souvent sur l'existence d'un désordre psychique que la psychiatrie serait censée pouvoir corriger ou prévenir.

---

Le dispositif de soins psychiatriques de l'agglomération de Toulouse est dans une situation de fragilité dans un contexte démographique en expansion. Beaucoup a été fait pour adapter l'offre à l'évolution des besoins, pour développer des coopérations originales entre les secteurs publics et privés. Mais il reste à concevoir les modalités d'une implication plus forte du secteur privé à la réponse aux besoins de soins de la population, dans le cadre d'objectifs collectifs partagés. Il reste aussi à définir les principes d'un financement du secteur public prenant en compte le niveau d'activité, et à accompagner les expérimentations de structures publics-privés qui peuvent servir de socle aux collaborations souhaitables entre les deux secteurs. Enfin, ce dispositif est confronté à de nouvelles demandes de la part de ses divers partenaires sociaux qui oblige à clarifier ses missions.

## 1 L'HOPITAL GERARD MARCHANT

L'hôpital Gérard Marchant a été construit au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle. A la suite de l'explosion de l'usine AZF en 2001, ses services d'hospitalisation ont été reconstruits. Les anciens services sont aujourd'hui entièrement désaffectés et il paraît bien difficile de trouver l'usage qui pourrait un jour en être faits (l'hébergement de locaux universitaires est envisagé).

L'établissement fait partie d'un GHT dont l'établissement pilote est le CHU de Toulouse. Il fait aussi partie d'une CPT qui s'inscrit dans le même périmètre que le GHT, avec le CHU et le CH de Lavaur dans le Tarn. Au sein de la CPT, c'est Gérard Marchant qui a animé la préparation du projet médical propre à la psychiatrie mais inséré dans le projet médical partagé du GHT.

Il faut souligner l'existence à Gérard Marchant d'un dossier médical informatisé (DMI) depuis près de 20 ans, partagé, accessible en intra comme en extrahospitalier.

En 2012 a été créée une UHSA.

### 1.1 Le modèle d'organisation des services

L'hôpital est organisé en 6 pôles depuis 2011 : 3 pôles de psychiatrie générale ; un pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire ; un pôle infanto-juvénile ; un pôle médical et technique (regroupant le DIM, l'addictologie, la pharmacie...)<sup>242</sup>.

En 2012 a été installé auprès de la CME un comité d'éthique clinique composé de praticiens de l'établissement.

---

<sup>242</sup> Dans un premier temps, en 2006, l'établissement s'était organisé en 12 pôles cliniques et médico-techniques, suivis de 3 pôles administratifs et logistiques.

### 1.1.1 La psychiatrie générale

Deux pôles regroupent deux secteurs. Un pôle regroupe trois secteurs. Ces secteurs sont appelés par la charte de gouvernance des « *structures internes* » du pôle.

Chaque secteur comprend une part de la ville de Toulouse et une part de zone rurale du département. Il n'y a donc pas forcément une continuité géographique pour tous ces territoires sectoriels.

Le pôle est une unité de gestion et de coordination. Des contrats de pôle ont été établis, avec pour chacun un budget correspondant.

Pour deux de ces trois pôles, le chef de pôle est aussi chef d'un des secteurs regroupés. Le troisième chef de pôle est aussi responsable d'une structure interne regroupant les unités intersectorielles animées par le pôle. Il a une autorité fonctionnelle sur l'ensemble des agents du pôle. Pour chaque pôle, un cadre supérieur de santé collaborateur du chef de pôle est affecté, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et l'autorité hiérarchique de la directrice des soins. Il occupe, comme le cadre administratif collaborateur du chef de pôle, son poste pour une durée de 4 ans correspondant au mandat du chef de pôle : le nouveau chef de pôle peut alors choisir d'autres agents pour constituer son équipe.

Le bureau du pôle se réunit tous les mois. Ont été conservés des conseils de pôle permettant de réunir tous les agents du pôle deux fois par an<sup>243</sup>.

En intra-hospitalier, il n'y a pas de structures intersectorielles, même au sein d'un pôle, avec deux exceptions :

- un pavillon d'admission pour jeunes adultes, relevant du pôle Rive droite Sud Est ;
- des ateliers thérapeutiques médiatisés (ATM), relevant du pôle Rive droite Nord Est, regroupant toutes les activités thérapeutiques de l'hôpital pour les patients hospitalisés<sup>244</sup> (ergothérapie, art-thérapie, sport adapté, organisation de séjours thérapeutiques, expositions d'objets fabriqués par des patients...).

En extrahospitalier, toutes les structures sont intersectorielles, excepté les CMP. Certains hôpitaux de jour urbains ont été spécialisés ou ont une valence de spécialité. Ils accueillent des patients de tous les secteurs, dans une logique « inter-polaire ».

Chaque secteur dispose d'une unité d'admission de 20 lits avec deux chambres d'isolement ; trois secteurs disposent d'une unité de suite et de réhabilitation et quatre secteurs disposent de lits de suite et de réadaptation au sein d'une unité bisectorielle (soit au total 5 unités de suite). Le dispositif d'hospitalisation fonctionne selon deux lignes :

- l'unité d'admission de chaque secteur accueille les patients hospitalisés en phase aigüe ;

<sup>243</sup> Le conseil de pôle est un espace de concertation et de dialogue sur l'organisation, le fonctionnement et les projets du pôle. C'est également un espace d'information sur les projets institutionnels et sur le fonctionnement de l'établissement.

<sup>244</sup> L'ATM peut accueillir environ 35 patients par jour, sans compter ceux qui utilisent la cafétéria. C'est un peu le cœur de l'établissement. Deux à six ateliers peuvent fonctionner en même temps avec pour objectif la réhabilitation psychosociale. Cela a permis de ne pas démultiplier les ateliers thérapeutiques dans les services.



- l'unité de suite et de réhabilitation fait quelques entrées directes pour des patients connus, ou des séjours séquentiels ou de ruptures pour des patients pris en charge dans des établissements médico-sociaux. Le plus souvent ce sont des patients qui ont d'abord été hospitalisés en unité d'admission pour le traitement de la phase aiguë et dont l'état n'est pas suffisamment stabilisé pour permettre une sortie.

Il est envisagé de diminuer le nombre des unités de suite et de réhabilitation (il n'y en aurait plus qu'une par pôle). Ces unités seraient alors intersectorielles pour l'établissement.

Le démarrage de cette opération est prévue en juin 2018, en profitant de l'opportunité d'une extension de l'unité actuelle de soins de longue durée (USLD) gérée par l'établissement, qui passerait de 47 à 80 lits. Elle permettrait à la fois de corriger, au moins en partie, la situation budgétaire difficile de l'établissement et de développer des équipes mobiles.

### ***Un dispositif d'information et de régulation (CIR)***

A été mis en place un dispositif d'information et de régulation (CIR) chargé d'une double mission :

- conseiller les partenaires extérieurs de l'établissement, notamment les généralistes, les familles, sur le contact le plus approprié pour les aider à résoudre le problème auquel ils sont confrontés ou répondre à leurs questions ;
- orienter les admissions vers le service où un lit est disponible, le secteur dont le patient relève d'abord, un autre service s'il n'y a pas de place.

A ces deux missions principales ont été rajoutées d'autres missions, dont une mission de gestion des personnels quand, le week-end ou la nuit, il faut pallier l'absence d'un soignant prévu à l'effectif.

Le CIR est constitué sous la forme d'une permanence téléphonique 24h/24, 7 jours/7, assurée par un cadre de santé. Il fonctionne en lien avec un dispositif d'orientation des patients en cas d'hospitalisation mis en place au niveau des urgences du CHU. Ce dispositif d'orientation est constitué, en relais, par un cadre de Gérard Marchant et un autre du CHU. Il propose l'orientation d'un patient à hospitaliser vers un établissement public ou privé<sup>245</sup> susceptible de l'accueillir.

On peut se demander pourquoi ces deux dispositifs originaux et intéressants, CIR et dispositif d'orientation du CHU ne font pas qu'un. Ce serait probablement plus efficient en termes d'organisation et de fonctionnement. Il faudrait alors ne plus confier au CIR la mission de gestion du personnel qu'il assure en cas d'absence d'un agent.

### **1.1.2 La pédopsychiatrie**

Le département de la Haute-Garonne est découpé en trois secteurs de pédopsychiatrie gérés chacun par Gérard Marchant, le CHU et une association. Si l'inter-secteur du CHU est celui qui a la population la plus importante, celui de Gérard Marchant est le plus étendu géographiquement, allant jusqu'à la frontière espagnole. Les découpages des inter-secteurs ne sont pas calés sur ceux de la psychiatrie générale. Cela doit probablement compliquer le travail complémentaire parfois nécessaire entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale.

Excepté à Toulouse, il n'y a pas de pédopsychiatres libéraux, ce qui pénalise le secteur de Gérard Marchant qui recouvre un territoire essentiellement rural.

---

<sup>245</sup> Par exemple vers la clinique Beaupuy ou les Cèdres. Ce sera d'autant plus le cas si le malade n'est pas connu et débute une prise en charge, afin de simplifier la gestion de la continuité du projet de soins.

Le sud du département est peu pourvu en moyens de soins, alors que plusieurs ITEP ont été implantés en zone montagnaise, sans disposer de psychiatre vacataire.

L'inter-secteur de Gérard Marchant est divisé en deux structures internes (Ouest et Sud) territorialisées et une structure interne transversale pour les adolescents.

Deux unités d'hospitalisation temps plein relèvent de Gérard Marchant :

- Une unité de 12 lits gérée par la structure interne Ouest (la clinique Chaurand) qui accueille en hospitalisation, de façon séquentielle, des enfants de 5 à 12 ans (un premier groupe du lundi au mercredi, un second du mercredi au vendredi) ;
- une unité de 8 lits, gérée par la structure interne pour les adolescents (UCHA), qui sert de centre de crise avec de courtes hospitalisations, située en ville.

**Ces deux unités d'hospitalisation sont intersectorielles, répondant aux besoins de tout le département.** Deux autres unités d'hospitalisation temps plein existent dans ce département : l'une dépend du CHU (11 lits), pour des troubles des comportements alimentaire, la seconde (12 lits) est gérée par la clinique privée Marigny, pour des adolescents de 12 à 18 ans.

L'extrahospitalier est sectoriel pour une part (CMP, hôpitaux de jour et CATTP) et intersectoriel pour une autre (évaluation de l'autisme avec l'unité d'évaluation de l'autisme (UEA) et la cellule d'appui de parcours précoces de l'autisme – CAPP –).

## 1.2 Les activités générales de l'établissement et les moyens en personnels

### ➤ *L'évolution globale des activités*

- *En psychiatrie générale*

La file active de l'établissement est passée, pour 7 secteurs et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, de 10 382 patients en 2010 à 12 709 en 2016. L'augmentation est régulière. Elle est de 22 % en sept ans.

- *En pédopsychiatrie*

La file active de l'inter-secteur de pédopsychiatrie est passée de 1 364 enfants en 2010 à 1 520 en 2016. L'augmentation est là aussi régulière. Elle est de 11 % en sept ans.

### ➤ *L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux*

- *En psychiatrie générale*

En 20 ans, les effectifs médicaux en ETP (psychiatrie générale et pénitentiaire) ont augmenté de 83 % (29,8 en 1996, 55,06 en 2016). L'augmentation a été surtout importante entre 2015 et 2016 (+ 8 %). Les internes ont sur la même période diminué et sont passés de 16 à 12.

Les psychologues ont été multipliés par près de trois en 20 ans, passant de 11,5 ETP à 30,87. Les effectifs en extrahospitalier représentent 80 % du total.

Les effectifs en infirmiers ont eu aussi augmenté en 20 ans, de 11 %, passant de 434,5 à 482. Les effectifs en extrahospitalier représentent 42 % du total.

- *En pédopsychiatrie*

Les effectifs médicaux ont légèrement diminué entre 1996 et 2016.

Les psychologues ont été multipliés par deux en 20 ans, passant de 6,25 à 11,73 ETP. Les effectifs en extrahospitalier représentent 95 % du total.

Les effectifs infirmiers et éducateurs ont augmenté en 20 ans, respectivement de 20 % pour les premiers (77 % en extrahospitalier), et 25 % pour les seconds (83 % en extrahospitalier). Cette augmentation est allée avec la création d'une unité d'hospitalisation continue intersectorielle de crise pour adolescents.

➤ ***L'évolution de la dotation de l'établissement***

La masse salariale a augmenté de 6,4 % entre 2012 et 2016. Sur la même période, la DAF a progressé de 2,8 %. Certes il y a eu la création de l'UHSA en 2012 qui peut fausser l'interprétation de ces chiffres, mais si on considère la période 2014 à 2016, en trois ans la masse salariale a progressé de 1,5 %, quand la DAF est restée au même niveau. Cette différence d'évolution entre les recettes et les dépenses risque de conduire l'établissement à une situation difficile sur le plan budgétaire. Il faut souligner cependant que Gérard Marchant n'est pratiquement pas endetté.

Le déficit fin 2016 est d'environ 1 200 000€, soit environ 1,4 % du budget.

### 1.3 Le positionnement de l'hôpital dans son environnement

#### 1.3.1 Le partenariat dans le domaine des soins

➤ ***Les liens avec le CHU***

- *En psychiatrie générale*

Un partenariat étroit existe avec le CHU, autour notamment du fonctionnement des urgences et de la régulation de l'aval des urgences.

Un dispositif nouveau de relation avec les généralistes a été mis en place avec le CHU : le DSPP. Il est détaillé dans le chapitre sur les innovations.

- *En pédopsychiatrie*

Gérard Marchant dispose de lits d'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie (deux unités respectivement de 12 et 8 lits) et le CHU a une unité d'hospitalisation de 11 lits pour des troubles du comportement alimentaire. Les trois inter-secteurs du département ont adopté une gestion coordonnée de ces unités d'hospitalisation qui répondent aux besoins de tout le département. La clinique privée Marigny, qui gère une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents de 12 places, orienterait son activité selon des objectifs qui lui sont propres (l'établissement choisirait ses profils de patients et prendrait en compte le fait qu'ils aient ou pas une mutuelle). Pourtant la clinique a été autorisée par l'agence régionale de santé (ARS) à ouvrir ces lits d'hospitalisation avec pour attente qu'ils servent de seconde ligne à l'hospitalisation de crise réalisée par l'unité UCHA de Gérard Marchant. Il s'en suit des difficultés pour répondre aux besoins de prise en charge des adolescents.

Une bonne coordination existe sur le département en matière d'évaluation des enfants autistes, articulant le travail des CMP avec celui de l'unité d'évaluation Autisme (UEA) et celui du centre de ressource autisme (CRA).

Dans les trois inter-secteurs de pédopsychiatrie a été mise en place depuis peu, de façon coordonnée, une consultation réactive pour adolescents.

➤ **Les liens avec la psychiatrie du secteur privé**

Ces liens sont étroits avec deux cliniques de l'agglomération toulousaine, très distants avec les autres, aussi bien en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie. Cela n'empêche pas bien sûr des relations interpersonnelles entre praticiens des deux secteurs de bonne qualité, des échanges professionnels et scientifiques. Mais, sur le plan des stratégies de développement des activités de chacun des deux secteurs, force est de constater que le bilan des coopérations en vue de répondre au mieux aux besoins de soins des patients est maigre.

➤ **Les liens avec les médecins généralistes**

A été mis en œuvre un projet de relation structurée avec les généralistes, le DSPP (détaillé dans le chapitre consacré au CHU).

➤ **La recherche : la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale**

En 2015 a été créée une fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (FERREPSY). Elle compte aujourd'hui 21 membres issus du secteur public et privé. Elle entend développer des activités de recherche en santé mentale.

Par ailleurs, les pédopsychiatres de la région se réunissent régulièrement chaque année pour des journées d'échanges professionnels.

### 1.3.2 Le partenariat avec le secteur médico-social

L'ARS a financé, depuis juin 2017, **un poste de coordinateur social** chargé de faire le lien avec tous les établissements médico-sociaux avec lesquels l'hôpital est en relation. On peut imaginer que ce dispositif qui se met à peine en place permettra peut-être d'étendre au médico-social les fonctions d'orientation exercées aujourd'hui par le CIR, même si bien sûr elles s'exercent à des temps différents du parcours du patient. Sans doute des liens étroits entre les deux dispositifs seront à concevoir.

Des stages croisés et des formations communes ont été organisés entre les soignants de l'hôpital et les personnels de structures médico-sociales pour faciliter le décroisement entre les deux secteurs, faciliter les relations de travail.

**En pédopsychiatrie**, une unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) fait le lien avec l'éducation nationale notamment et les structures médico-sociales pour les aider à prendre en charge la situation difficile de certains enfants ou adolescents. L'action de l'UMES est complémentaire de celle d'une autre équipe mobile, gérée par le médico-social, qui intervient exclusivement auprès des adolescents admis en ITEP.

Plusieurs CMPP existent avec lesquels en général le service de pédopsychiatrie a de bonnes relations. Les activités réalisées sont les mêmes. Il a fallu s'entendre sur une répartition géographique des tâches et des réunions régulières sont organisées entre médecins. On peut se demander cependant s'il ne faudrait pas concevoir une organisation et un fonctionnement plus intégrés entre CMPP, relevant d'une enveloppe médico-sociale, et inter-secteurs de pédopsychiatrie, relevant d'une enveloppe sanitaire, ce qui supposerait de prendre sur ce point des mesures nationales. Sans quoi, la cohérence d'ensemble de ce dispositif aux missions quasi identiques dépend beaucoup de la seule qualité des relations interpersonnelles que les praticiens parviennent ou pas à nouer entre eux.

Les interlocuteurs de la mission ont également souligné que les moyens des CMPP n'avaient pas augmenté depuis plusieurs années.

Alors qu'une forte proportion des enfants pris en charge par la pédopsychiatrie vient de l'aide sociale à l'enfance (estimée à 50 %), cette première n'est pas impliquée par le conseil départemental dans les travaux d'élaboration de son schéma départemental de l'enfance.

### 1.3.3 La participation au conseil local de santé mentale (CLSM)

Un conseil local de santé mentale (CLSM) existe depuis plusieurs années à Toulouse. La mairie de Toulouse en assure la présidence. Le CHU et Gérard Marchant en font partie au travers de représentants. Ce CLSM se réunit régulièrement (deux fois par an en moyenne). Il a notamment permis l'organisation de semaines d'information sur la santé mentale et l'organisation de formations. Sa commission sur le logement, comme dans la plupart des CLSM, a sensiblement contribué à améliorer la recherche de solutions d'hébergement pour les malades mentaux.

On peut se demander, cependant, si le niveau territorial auquel se situe ce CLSM permet de travailler les relations de proximité nécessaires entre les différents partenaires concernés par la prise en charge médicale et sociale des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Par ailleurs, il manque le financement d'un coordonnateur pour assurer le bon fonctionnement de ce CLSM.

## 1.4 L'accès aux soins

### 1.4.1 Les soins en urgence

Il n'existe pas d'accueil des urgences spécialisées en psychiatrie. L'accueil des urgences se fait au CHU qui dispose de lits de courte durée en psychiatrie (une unité fermée et une unité ouverte).

Les CMP en psychiatrie générale comme en pédopsychiatrie raccourcissent leurs délais de prise en charge en cas d'urgence.

Une consultation réactive pour les adolescents a été organisée.

### 1.4.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

#### ➤ **Des difficultés d'accès géographiques**

Se pose un problème d'accès aux soins pour la population du sud du département, peu pourvue en offre de soins aussi bien en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie.

A cela s'ajoute la question de l'accès aux soins pour des populations rurales qui ne bénéficient pas de transports en commun faciles pour se rendre au CMP ou à l'hôpital de jour. C'est le cas notamment pour le dispositif ambulatoire implanté à Carbonne, relevant de l'inter-secteur de pédopsychiatrie et du pôle de psychiatrie générale Rive Gauche. Bon nombre de patients, de ce fait, viennent en VSL consulter ou suivre certaines activités au CATTP ou à l'hôpital de jour.

#### ➤ **Les délais d'attente pour obtenir une prise en charge**

- *En psychiatrie générale*

Le premier contact avec un infirmier a lieu assez rapidement après une demande, parfois immédiatement, dès lors que la personne se présente au CMP ou est orientée par le service des urgences, mais aussi sur RDV hormis les situations d'urgence ou de crise.

La première consultation avec un psychiatre, sauf urgence, aura lieu ensuite après un délai d'attente de un à deux mois.

- *En pédopsychiatrie*

L'attente pour un bilan d'évaluation fait par l'unité d'évaluation Autisme (UEA) est de trois mois pour les plus petits. Pour les autres l'attente peut être d'un an. Des critères de priorisation ont été discutés avec le centre ressource autisme (CRA) qui en a fait un sujet de débat au sein de son comité d'orientation où siègent des représentants des familles.

En consultation de CMP, le premier contact a lieu environ deux mois après la demande. Une synthèse avec le médecin et l'équipe qui a réalisé ce premier contact a lieu deux à trois mois après, pour décider de la conduite à tenir. Le début de prise en charge aura lieu ensuite deux à trois mois après. L'attente pour un début de prise en charge peut donc durer près de 9 mois, du fait des capacités limitées du plateau technique.

Une attente « active » est organisée. Il est ainsi proposé à la famille de la revoir avec l'enfant tous les deux ou trois mois en attendant le véritable début de la prise en charge. Par ailleurs des critères de priorisation sont utilisés. Ils ne sont pas formalisés et n'ont pas fait l'objet d'un débat collectif avec notamment des représentants des familles. L'application de ces critères de priorisation et la nécessité de faire attendre les familles entretiennent un certain malaise parmi les professionnels de santé.

Il faut ici relever l'existence d'un paradoxe. Le délai d'attente entre un premier contact et une prise en charge est double ou triple pour les enfants, comparé à celui constaté pour les adultes. Pourtant, un consensus existe sur la nécessité de prises en charge les plus précoces possibles pour les enfants.

Cette situation pousse en quelque sorte à fabriquer de l'urgence de façon mécanique. Ce sont les cas les plus urgents qui passent en premier naturellement, et les autres qui attendent deviendront, du fait de ce retard de prise en charge, des urgences.

L'ARS a fait observer à la mission que ce long délai d'attente avant une prise en charge en pédopsychiatrie est de moins en moins accepté par les familles.

Enfin, l'inter-secteur fait observer que les délais d'attente peuvent aussi être longs, près de deux ans parfois, avant d'obtenir une admission dans un institut médico-éducatif (IME).

## 1.5 L'hospitalisation plein temps

### 1.5.1 L'évolution des capacités et des activités

- *En psychiatrie générale*

Entre 2000 et 2016, le nombre des lits a fluctué, dans la période ayant suivi la catastrophe d'AZF. Il est aujourd'hui de 315 lits (dont 40 lits UHSA ouverte en 2012), un niveau capacitaire, hors UHSA, inférieur de 16 % à celui de 2000 (330 lits).

Depuis 2012, le nombre des entrées ne cesse de diminuer (moins 8,6 % sur cinq ans, soit 1,7 % en moyenne annuelle). Il est aujourd'hui de 2 332, soit 23 % de moins qu'en 2000, sachant que le décrochage fait suite à l'accident d'AZF. Le nombre des journées d'hospitalisation en revanche reste à peu près stable depuis 2012. Il a augmenté de 7,9 % entre 2000 et 2016. Cette situation s'explique par une augmentation de la DMS qui était de 24 jours en 2000 et qui est de presque le double aujourd'hui (46 jours).

### ➤ *En pédopsychiatrie*

En 20 ans, le nombre des lits d'hospitalisation temps plein est passé de 12 à 20.

La file active en hospitalisation temps plein oscille entre 321 et 289 entre 2010 et 2016. Le nombre des journées d'hospitalisation a quant à lui augmenté de 39 % en 20 ans, avec une DMS qui oscille entre 24 et 20 jours ces sept dernières années.

## 1.5.2 Les hospitalisations au long cours

En mars 2016, selon les informations communiquées par l'établissement, 94 patients étaient hospitalisés depuis plus de 292 jours, soit près du tiers des hospitalisés. Ces patients sont plutôt (au 2/3) dans les unités de suite et de réhabilitation. Leur admission dans des structures médico-sociales n'est pas très facile, car ce sont souvent des patients relativement jeunes, âgés de 40 à 50 ans. L'établissement relève que l'admission dans des structures médico-sociales est particulièrement difficile aussi en raison des comportements de ces patients, qui souvent présentent des addictions au tabac, aux drogues, mais aussi en raison des troubles cognitifs importants, voire de la désorganisation psychique dont ils souffrent, ou bien en raison de leur situation administrative et des représentations qui vont avec elle (patients déclarés irresponsables pénalement et vécus comme dangereux ou conservant une certaine dangerosité).

## 1.5.3 L'organisation intra-hospitalière et les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

Un médecin est responsable de chaque unité d'hospitalisation, mais chaque praticien peut suivre ses patients en extra et en intra-hospitalier.

Chaque semaine a lieu une réunion avec les référents du patient en CMP. L'objectif est de préparer la sortie dès le début de l'hospitalisation.

Toutes les unités d'hospitalisation, d'admission ou de suite et de réhabilitation sont de construction (8 unités) ou de réaménagement (7) récents, après la catastrophe d'AZF de 2001.

Les unités d'admission sont toutes constituées sur le même modèle :

- une zone ouverte de 15 lits avec un espace extérieur ;
- une zone « fermable » de 5 lits, auxquels il faut ajouter deux chambres d'isolement, disposant d'un espace extérieur. Ces cinq chambres ont deux ouvertures, l'une sur les parties communes de la zone « fermable » et l'autre sur les parties communes de la zone ouverte. Cette configuration permet une grande souplesse dans la gestion des libertés de déplacement des patients en fonction de l'évolution de leur état de santé.

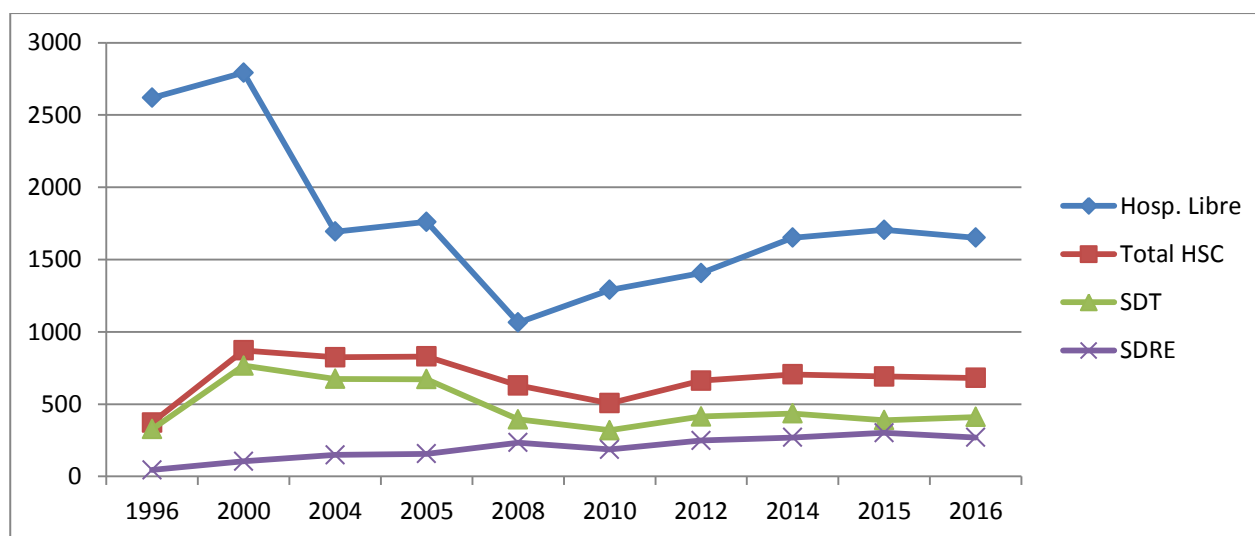
L'unité d'admission est ouverte de 8h à 19h (exceptée en général la partie « fermable »).

Les chambres d'isolement ne disposent pas d'une double entrée. Elles sont en général occupées en permanence toute l'année. En raison du manque de lits disponibles, une pratique courante est de les utiliser, sans les fermer, pour des patients ne nécessitant pas d'être isolés. En général, un patient isolé ne dispose pas d'une chambre disponible dans laquelle il peut retourner dès que l'isolement n'est plus nécessaire.

Dans un contexte général de diminution du nombre des entrées en hospitalisation temps plein en 20 ans (22 %), le nombre des hospitalisations sans le consentement des patients a d'abord fortement augmenté entre 1996 et 2000 (134 %) pour diminuer ensuite et se stabiliser ces 4 dernières années à un niveau supérieur de 83 % à celui constaté il y a 20 ans. Entre 2000 et 2016, la part des entrées en hospitalisation sans consentement par rapport au nombre des hospitalisations libres est passée de 31 % à 41 %. Quant à la part des hospitalisations en SDRE, par rapport au nombre des hospitalisations sans consentement, elle est passée en 20 ans de 12 % à 39 %.

Quant aux journées d'hospitalisation, elles ont augmenté entre 2008 et 2016 de 27 %, du fait des hospitalisations sans consentement. En effet, le nombre des journées en hospitalisation libre a augmenté de 19 %, quand celui des SDT a augmenté de 8 % et celui des SDRE de 93 %. Par ailleurs, les patients en hospitalisation libre ont eu une durée moyenne de séjour (DMS) qui a baissé de 22 % en 8 ans (elle est passée de 58 jours à 45), quand celle des patients en SDT est restée à peu près stable à 67 jours, et celle des SDRE a augmenté de 69 %, passant de 59 jours à 100 jours.

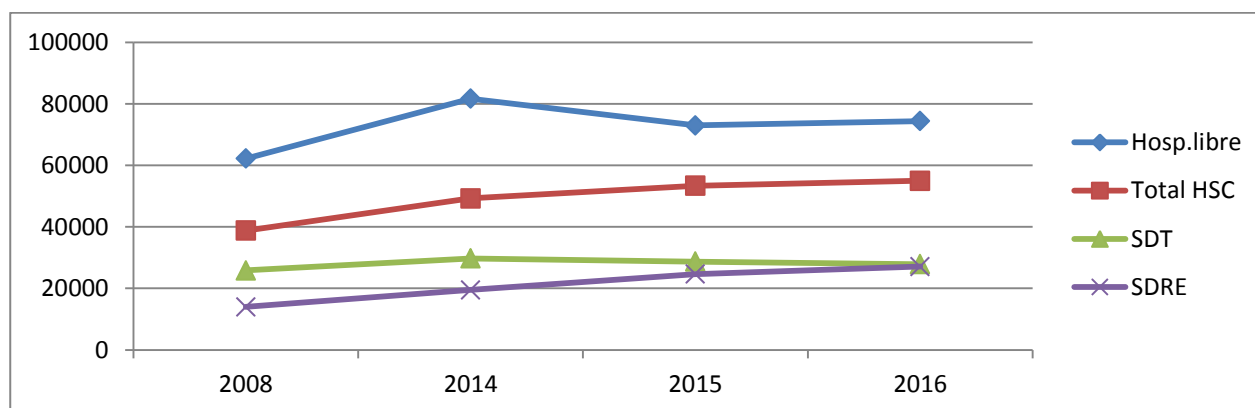
Graphique 78 : Evolution du nombre des entrées en hospitalisation en 20 ans selon la situation des patients



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

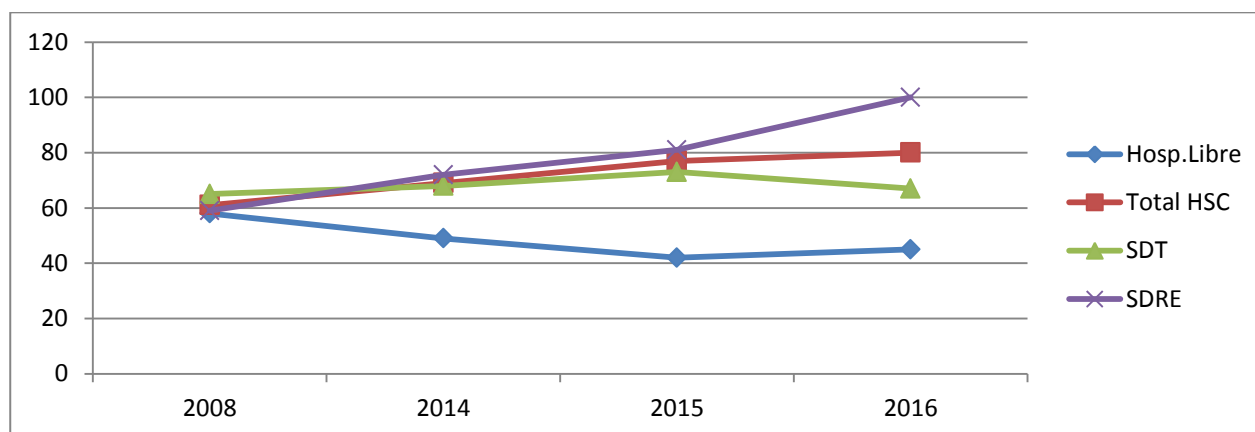


Graphique 79 : Evolution entre 2008 et 2016 du nombre des journées d'hospitalisation selon la situation des patients



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 80 : Evolution des DMS entre 2008 et 2016 selon la situation des patients



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

En conclusion, il y a aujourd'hui, par rapport à la situation constatée il y a 20 ans, au total moins d'entrées en hospitalisation, mais davantage en hospitalisation sans leur consentement, et parmi ceux-ci, une part des hospitalisations faites à la demande du préfet qui s'est multipliée par 4. Ces derniers sont de en plus longtemps hospitalisés.

## 1.6 Le dispositif de soins hors hospitalisation temps plein

### 1.6.1 L'activité générale

#### ► En psychiatrie générale

La file active en ambulatoire exclusif a augmenté de 29 % entre 2010 et 2016. Elle représente 84 % de la file active des secteurs aujourd'hui. Elle en représentait 79 % il y a sept ans. Au total, 97 % de la file active est vu en ambulatoire, si on ajoute à ceux qui n'ont pas été hospitalisés, ceux qui ont eu une prise en charge mixte.

Entre 2010 et 2016, le total des consultations et actes ambulatoires a augmenté de 66 %.

➤ **En pédopsychiatrie**

La file active en ambulatoire exclusif a augmenté de 21 % entre 2010 et 2016. Elle représente 77 % de la file active de l'inter-secteur aujourd'hui. Elle en représentait 70 % il y a sept ans. Au total, 96 % de la file active est vu en ambulatoire, si on ajoute à ceux qui n'ont pas été hospitalisés, ceux qui ont eu une prise en charge mixte.

Quant au nombre des consultations, il a augmenté de 38 % entre 2010 et 2016. A noter que les consultations en pédopsychiatrie sont particulièrement longues.

### 1.6.2 Les dispositifs ambulatoires

Gérard Marchant dispose de toute une palette de structures de prises en charge diversifiées en extrahospitalier. De plus, un certain nombre de dispositifs innovants ont été mis en place récemment.

➤ **Les CMP**

- *En psychiatrie générale*

Au total Gérard Marchant dispose de 13 CMP. Chaque secteur a un CMP rural et un CMP urbain.

- *En pédopsychiatrie*

L'inter-secteur dispose de 4 CMP. Ces structures sont aujourd'hui en difficulté pour être contenantes, compte tenu des pathologies présentées par les enfants accueillis et les moyens en personnels disponibles. L'inter-secteur est confronté à deux impératifs contradictoires, regrouper ses forces trop dispersées et répondre aux besoins de populations éloignées géographiquement, notamment dans le sud du département. Il se trouve confronté à cette contradiction après le regroupement récent de trois CMP à Volvestre. Aussi, l'inter-secteur envisage à l'avenir de développer davantage sa mobilité, en créant des équipes mobiles, plutôt que de renforcer ses hôpitaux de jour ou ses CMP.

➤ **Les hôpitaux de jour et les CATTP**

- *En psychiatrie générale*

Il y a 9 hôpitaux de jour (101 places), et 11 CATTP. Tous sont intersectoriels dont une partie spécialisés dans un type d'activité ou dans l'accueil de pathologies particulières (addictions ; crise ; troubles du comportement alimentaire ; centre de soins pour lycéens et étudiants ; personnes âgées...).

- *En pédopsychiatrie*

L'inter-secteur a quatre hôpitaux de jour (66 places) et deux CATTP.

➤ **Les appartements thérapeutiques, centres de postcure et accueil familial thérapeutique**

L'établissement dispose de plusieurs appartements thérapeutiques (18 places), d'une maison thérapeutique. Il existe aussi un accueil familial thérapeutique (13 places), deux centres de postcure extériorisés.

➤ **Les équipes mobiles**

- *En psychiatrie générale*

Plusieurs équipes mobiles ont été organisées : psychiatrie du sujet âgé ; souffrance psycho-sociale ; intervention et de crise ; handicap psychique ; aide à la domiciliation.

- *En pédopsychiatrie*

L'unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) intervient auprès des partenaires de l'inter-secteur et leur permet de faire face au problème de prise en charge posé par un enfant ou adolescent. Sur ce modèle, le CHU a développé sa propre unité mobile.

### 1.6.3 Les dispositifs innovants

#### ➤ **En psychiatrie générale**

Trois dispositifs innovants sont à relever, chacun développé en partenariat :

- *Un service d'hospitalisation à domicile (HAD) en partenariat avec la clinique de Beaupuy et la clinique des Cèdres avec lesquelles a été monté un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens (le médecin responsable est de Gérard Marchant. Une équipe commune a été constituée. Un médecin de la clinique, coordonnateur, est à 40 %).*

Ce service d'une capacité totale de 30 places mis en place depuis presque deux ans. Il est constitué de 15 places financées par la dotation annuelle de financement (DAF), et de 15 places relevant du secteur privé financées par le fonds d'intervention régional (FIR). Il prend en charge des patients en phase aigüe, parfois en programmes de soins, obligatoires en ambulatoire, pour des soins intensifs à domicile, ou en maison de retraite, sept jours sur sept (une à deux visites infirmiers et médecin par jour), permettant d'éviter des hospitalisations ou d'en limiter la durée en réalisant des sorties précoces.

L'équipe des deux cliniques intervient sur 15 places situées au sud de l'agglomération, subdivisées en deux antennes, l'une relevant de la clinique de Beaupuy, l'autre de la clinique des Cèdres. Gérard Marchant intervient sur les 15 places situées au nord. D'une certaine manière cette organisation a eu pour effet de sectoriser, pour ce service particulier, l'activité des deux cliniques.

Cette innovation pose trois types de question :

- le financement n'est qu'en partie pérenne. Le FIR, utilisé pour la partie relevant des deux cliniques, n'a pas vocation à financer des actions durables, sans quoi l'ARS ne disposerait plus à terme de moyens pour engager et soutenir de nouvelles politiques ;
- aucun dispositif d'évaluation véritable n'a été mis en place, sous l'égide du ministère, pour tirer les enseignements de cette expérience et éventuellement décider de la poursuivre, voire de l'étendre ailleurs ;
- les patients pris en charge dans le cadre de cette HAD ne peuvent être suivis en hospitalisation de jour en même temps.

Les promoteurs de ce projet n'ont pas débattu de ce point avec l'ARS et l'assurance maladie, craignant que leur soit objecté qu'il s'agirait là d'une double prise en charge et que poser cette question compromette l'accord qu'ils avaient obtenu pour créer ce service. On comprendrait mal que la concomitance d'une admission en HAD et en hôpital de jour ou en CATTP puisse être assimilée à une double prise en charge du point de vue de l'assurance maladie, quand il s'agit d'éviter une hospitalisation qui, elle, peut ajouter à un suivi psychothérapeutique individuel des activités de réhabilitation en atelier d'ergothérapie par exemple (voir le dispositif ATM décrit plus haut en hospitalisation à Gérard Marchant).

- *Un dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP)<sup>246</sup>, en partenariat avec le CHU et l'union régionale des professions de santé (URPS). Le dispositif est détaillé dans le chapitre consacré au CHU.*
- *Un chez soi d'abord*

L'établissement s'est engagé dans l'expérimentation nationale « *un chez soi d'abord* » dont l'objectif est de faciliter l'accession à un logement de personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques.

#### ➤ ***En pédopsychiatrie***

Le dispositif d'évaluation de l'autisme, déjà décrit plus haut, coordonné entre les trois inter-secteurs de pédopsychiatrie du département, est intéressant. Il se complète par une structure financé sur l'enveloppe médico-sociale, la cellule d'appui des parcours précoces de l'autisme (CAPPA) relevant de Gérard Marchant.

L'unité mobile d'évaluation et de soutien permet d'aider les partenaires de la pédopsychiatrie à prendre en charge les enfants dont ils s'occupent.

#### ➤ ***Recours à la télémédecine***

L'inter-secteur de pédopsychiatrie recourt exceptionnellement à des visioconférences pour correspondre avec ses partenaires. Globalement, en pédopsychiatrie comme en psychiatrie générale, le recours à la télémédecine, notamment à la téléconsultation, n'est pas à l'ordre du jour, même si le sujet est de plus en plus considéré comme devant être traité, pour répondre aux besoins de populations isolées géographiquement ou pour travailler en lien avec des généralistes ou des partenaires du secteur médico-social.

---

<sup>246</sup> Le dispositif est inspiré d'une expérience mise en œuvre dans les Yvelines Sud par le professeur Hardy-Baylé.

## 1.7 Les métiers de la psychiatrie

### ➤ *Les médecins*

Les recrutements de psychiatre peuvent être difficiles.

### ➤ *Les infirmiers*

Les recrutements sont relativement faciles depuis quelques années. N'existe pas de tutorat pour les nouveaux infirmiers. Ceux-ci sont accompagnés par leurs collègues au sein de l'équipe dont ils font partie et suivent des formations dans le cadre de la formation continue.

### ➤ *Les orthophonistes et autres paramédicaux*

Les difficultés habituelles de recrutement se constatent à Toulouse comme ailleurs. Les orthophonistes préfèrent s'installer en libéral où les rémunérations sont plus avantageuses. Cela pose un problème particulier de prise en charge dans les zones rurales, où il n'y a pas ou peu d'orthophoniste libéral et un nombre insuffisant dans le CMP pour couvrir les besoins.

La même question se pose pour les psychologues et les psychomotriciens en libéral dont les interventions ne sont pas en général remboursées, quand Gérard Marchant ne dispose pas pour ces professions des effectifs suffisants.

## 2 LE CHU DE TOULOUSE

Le CHU gère un secteur de psychiatrie générale (108 000 habitants de plus de 18 ans) et un inter-secteur de pédopsychiatrie (106 000 jeunes de moins de 18 ans). Il dispose par ailleurs de services non sectorisés.

La population du secteur de psychiatrie générale a augmenté de 7,2 % entre 2006 et 2011. Celle du secteur de pédopsychiatrie de 8,9 % sur la même période.

Le CHU de Toulouse est l'établissement support d'un GHT qui comprend six établissements : Gérard Marchant, Saint Gaudens, Luchon, Muret, Lavaur, Graulhet). Il fait partie d'une CPT avec le CH Gérard Marchant (établissement support de la CPT) couvrant ainsi l'offre publique de la psychiatrie de la Haute-Garonne et le CH de Lavaur pour le Tarn-ouest. Il existe depuis juillet 2017 une direction commune entre le CHU et le CH de Lavaur.

Cette participation du CHU au GHT est considérée comme intéressante pour se fixer des objectifs communs de développement et pour renforcer les complémentarités. En revanche, le CHU redoute que ses moyens soient progressivement « aspirés » par les petits établissements hospitaliers de ce GHT, en difficulté pour pourvoir tous leurs postes médicaux.

### 2.1 Le modèle d'organisation des services

La psychiatrie est organisée au sein d'un pôle qui regroupe la psychiatrie générale (3 services) et la pédopsychiatrie du CHU (un service).

Le pôle est constitué d'un grand nombre d'unités distincts du fait de la diversité des soins mis en œuvre. Cette organisation inévitable, qui se retrouve dans de nombreux établissements, peut rendre difficile au personnel une vision d'ensemble du dispositif de soins et de ses projets.

A noter que le pôle psychiatrie dispose d'un dossier patient informatisé dont la compatibilité avec le dossier patient du reste du CHU est en cours d'actualisation.

### 2.1.1 La psychiatrie générale

Elle est organisée en trois services universitaires :

- *Psychiatrie et psychologie médicale*, service non sectorisé comprenant : 2 unités d'hospitalisation de 22 lits<sup>247</sup>, des consultations de psychiatrie, des consultations d'orientation médico-psychologique (COMP), un centre de stimulation transcrânienne, une unité de rééducation et réadaptation, un centre de thérapie brève et un dispositif de soins partagé (DSPP), une cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP), un CSAPA (structure du secteur médico-social), une PASS. A noter que le centre d'électroconvulsivothérapie (ECT) répond aux besoins de la région (20 patients et 30 séances par semaine, avec une liste d'attente) ;
- *Psychiatrie, psychothérapie et art-thérapie*, service sectorisé (unité d'admission de 22 lits et CMP) mais accueillant aussi des patients non sectorisés (unité de 22 lits, deux hôpitaux de jour, une unité d'hospitalisation de nuit de 6 places (surtout pour des troubles des conduites alimentaires), des consultations spécifiques : troubles des conduites alimentaires et trauma ;
- *Urgences psychiatriques et de liaison*, comprenant : une unité de consultation des urgences, 2 unités de courtes hospitalisations (ouverte et fermée), une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé et une équipe de psychiatrie de liaison.

Le CHU prend en charge les patients relevant de son secteur mais, globalement, ses services ont une vocation non sectorisée répondant, en fonction de leurs spécificités, aux besoins de soins de tous les patients qui s'adressent au pôle, quelle que soit leur origine géographique.

Chaque hôpital de jour est placé sous la responsabilité d'un praticien. La prestation délivrée est définie par le psychiatre référent du patient, extérieur à l'hôpital de jour.

Le CHU est centre de compétence pour les maladies rares à expression psychiatrique dans le cadre de la filière « Déficience ». Il est aussi labellisé centre expert dépression résistante, dans le cadre du réseau national « Fondamental ». Dans ce réseau, il participe aux travaux sur le psycho-traumatisme. Il a développé une activité spécifique sur les troubles des conduites alimentaires. Par ailleurs, le pôle de psychiatrie est impliqué dans la coordination d'une Fédération Hospitalo-Universitaire « Handicap cognitif psychique et sensoriel » de l'enfant à l'adulte.

### 2.1.2 La pédopsychiatrie

La pédopsychiatrie comprend une unité d'hospitalisation de 11 lits dont 5 sont dédiés aux troubles des conduites alimentaires. Hors hospitalisation temps plein, le service dispose de plusieurs hôpitaux de jour, CATTP, CMP avec 6 antennes, d'une équipe mobile, de deux équipes de périnatalité, une dans chacune des 2 maternités de service public de l'agglomération toulousaine. Il a développé une compétence forte dans l'évaluation et le traitement des troubles du spectre autistique, en lien avec les deux autres inter-secteurs du département. Un IME (structure du secteur

---

<sup>247</sup> Ces unités sont plus particulièrement spécialisées dans la prise en charge des dépressions résistantes, des problématiques somatiques intégrées avec des pathologies psychiatriques, des addictions, et la psychiatrie du sujet âgé.

médico-social) de 10 places, spécialisé dans la scolarisation d'enfants avec TSA, est d'ailleurs rattaché au pôle psychiatrie.

L'unité d'hospitalisation est intersectorielle. Il en est de même pour une part du dispositif extrahospitalier, notamment pour l'hôpital de jour « réactif » destiné aux adolescents.

Un dispositif départemental réactif pour adolescents couvrant les trois secteurs de pédopsychiatrie est en cours de déploiement (exemple intéressant de fonctionnement en CPT).

## 2.2 Les activités générales de l'établissement et les moyens en personnels

### ➤ **L'évolution globale des activités**

#### ○ *En psychiatrie générale*

Entre 2008 et 2016, la file active de l'établissement en psychiatrie a presque doublé, passant de 2 464 patients à 4 608. Les patients suivis en ambulatoire exclusif représentent 83 % de cette file active. Au total, 93 % des patients de la file active sont suivis en ambulatoire.

#### ○ *En pédopsychiatrie*

Entre 2008 et 2016, la file active a doublé, passant de 2 644 à 5 217. Les patients suivis en ambulatoire exclusif représentent 92 % de cette file active. Au total, 98 % des patients de la file active sont suivis en ambulatoire.

### ➤ **L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux**

Une faible baisse des effectifs totaux notifiés au pôle de psychiatrie se constate sur ces trois dernières années. Cependant, sur une période de temps plus longue, les effectifs ont nettement augmenté.

#### ○ *En psychiatrie générale*

Entre 2004 et 2016, le nombre des médecins en ETP a été multiplié par 2 (passant de 10,21 à 20,44), celui des internes par presque 3 (passant de 11 à 29). A ces praticiens s'ajoutent 3 PU-PH.

Le nombre des infirmiers des deux services de psychiatrie du pôle (hors service d'urgence et de liaison) a augmenté de 27 % sur la même période (passant de 52,3 ETP à 71,74) et celui des psychologues a été multiplié par 4,5 (passant de 1,65 à 7,7). Ces moyens en personnel en augmentation ces douze dernières années ont surtout été affectés en intra-hospitalier (unités d'hospitalisation temps plein et hôpitaux de jour sur le site du CHU). En 2016, les effectifs d'infirmiers affectés en extrahospitalier (CMP) représentent 8 % du total.

Pour le service d'urgence et de liaison, le nombre des infirmiers en ETP a augmenté de 42 % entre 2008 et 2016.

#### ○ *En pédopsychiatrie*

Les effectifs en médecins et en personnels paramédicaux ont là aussi augmenté entre 2008 et 2016, mais un peu moins qu'en psychiatrie générale.

Le nombre des médecins a augmenté de 61 % ces douze dernières années (passant de 9,56 ETP à 15,46). A ce nombre s'ajoute un PU-PH. Celui des internes a presque été multiplié par 3 (passant de 4 à 11). Quant aux infirmiers leur nombre en ETP a augmenté sur la même période de 72 % (passant de 15,5 ETP à 26,66), celui des psychologues a été multiplié par un peu plus de 2 (passant

de 6,1 ETP à 14,94) et celui des éducateurs spécialisés et assistants sociaux a augmenté de 28 % (passant de 19,4 ETP à 24,92).

### ➤ ***L'évolution de la dotation de l'établissement pour la psychiatrie***

La masse salariale pour la psychiatrie au CHU a augmenté de 9,7 % entre 2012 et 2016, quant la DAF ne progressait sur la même période que de 3,2 %. Mais le total des recettes de la classe 6 a augmenté ces cinq dernières années de 9,8 %.

## 2.3 Le positionnement de l'hôpital dans son environnement

### 2.3.1 Le partenariat dans le domaine des soins

Il est très développé entre les deux établissements publics de Toulouse, et particulièrement en pédopsychiatrie. Une commission de concertation et de cohésion se réunit particulièrement en pédopsychiatrie, en présence de l'ARS, pour faire le point des difficultés de fonctionnement de l'ensemble du dispositif sur le département, sous l'égide d'un réseau, le RAP 31.

### ➤ ***Les liens avec l'hôpital Gérard Marchant***

Les liens entre le CHU et l'hôpital Gérard Marchant sont étroits, aussi bien en psychiatrie générale qu'en pédopsychiatrie :

- les psychiatres de Gérard Marchant prennent des gardes aux urgences du CHU ;
- un dispositif d'orientation des patients à la sortie des urgences a été organisé avec des moyens communs aux deux établissements ;
- une unité expérimentale de relations organisées avec les généralistes (le dispositif de soins psychiatrique partagé : DSPP) a été mise en place récemment ;
- la gestion des lits de pédopsychiatrie se fait de façon coordonnée, en association avec le troisième inter-secteur géré par un ESPIC (l'ARSEAA) ;
- l'évaluation de l'autisme obéit à une structuration définie par les deux établissements et l'ARSEAA ;
- la prise en charge des adolescents en crise est organisée de façon complémentaire entre les trois inter-secteurs.

Les collaborations se développent aussi dans le champ de la recherche (création de la FERREPSY) et des échanges professionnels. Et les bonnes idées et initiatives de l'un sont reprises par l'autre ((le CHU et le secteur 3 de pédopsychiatrie (Guidans Infantile) ont créé une UMES sur le modèle de celle du CH Gérard Marchant couvrant ainsi l'ensemble du département).

### ➤ ***Les liens avec la psychiatrie du secteur privé***

Des psychiatres libéraux exercent des vacations au CHU. Deux d'entre eux participent même au fonctionnement du service des urgences.

### ➤ ***Les liens avec les médecins généralistes***

La création du DSPP décrit plus haut dans le chapitre consacré aux liens avec le CH Gérard Marchant, cherche à mieux organiser les relations avec les médecins généralistes. Ce dispositif est implanté sur le site du CHU, dans des locaux banalisés.



A noter que la formation des médecins généralistes ne comporte pas de stage obligatoire en psychiatrie. Les enseignants en psychiatrie du CHU estiment que plus de 70 % des médecins généralistes n'ont pas eu de stage en psychiatrie pendant leur formation.

### 2.3.2 La participation au conseil local de santé mentale (CLSM)

Le CHU participe au CLSM de Toulouse. Il y est représenté par la pédopsychiatrie.

## 2.4 L'accès aux soins

### 2.4.1 Les soins en urgence

Les urgences psychiatriques sont prises en charge au niveau du service des urgences du CHU. Deux unités d'hospitalisation de courte durée sont liées à ces urgences :

- Une unité ouverte de 8 lits ;
- Une unité fermée de 9 lits (dont 4 chambres d'isolement vidéo-surveillées). Cette unité est souvent occupée au-delà de 72 heures par des patients pour lesquels il est difficile de trouver des places dans un service d'hospitalisation (question posée par le déséquilibre de l'offre au profit des cliniques qui s'impliquent peu dans la gestion de ces hospitalisations en aval des urgences).

A ce dispositif s'ajoutent des possibilités d'admission de patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire, dans une unité d'hospitalisation de courte durée attenante au service des urgences : Utox.

Le service des urgences a une forte activité en psychiatrie (environ 10 000 passages en année, en augmentation de 2 % par rapport à l'année précédente).

Le CHU, en association avec Gérard Marchant, a mis en place un dispositif de « bed manager » qui permet de connaître les lits disponibles dans les établissements acceptant d'être impliqués dans la gestion des urgences (Gérard Marchant, le CHU, les cliniques de Beaupuy et des Cèdres). Cela simplifie l'orientation des patients en post-urgence.

### 2.4.2 L'accès aux soins dans les CMP et en hospitalisation

Les séjours dans les unités de courte durée du CHU attenantes aux urgences sont souvent prolongés du fait des difficultés à trouver une place dans les services d'hospitalisation de Gérard Marchant ou des cliniques privées du département. Ainsi, en 2016, 529 patients ont séjournés plus de 72 heures dans ces unités, soit 22 % des 2 422 patients au total transférés par les urgences en hospitalisation psychiatrique.

Il faut un à deux ans d'attente pour entrer dans l'une des unités d'HDJ de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en dehors de l'unité Boris Vian qui un HDJ « réactif » avec une prise en charge plus rapide et de courte durée. Toujours en pédopsychiatrie, il faut 15 jours de délai pour un premier contact, puis 6 mois à un an pour pouvoir débiter une prise en charge.

Au CMP de psychiatrie générale, l'évaluation infirmière pour un premier contact se fait dans les 24 à 72 heures. S'il existe un risque suicidaire, le patient est vu rapidement par un psychiatre. Sinon, le premier rendez-vous médical à lieu dans le mois.

## 2.5 L'hospitalisation plein temps

### ➤ *L'évolution des capacités et des activités en psychiatrie générale*

Le nombre des lits a peu fluctué en 20 ans. Il était de 90 en 1996, il est aujourd'hui de 88. A cette capacité, il faut ajouter 6 lits d'hospitalisation de nuit et 8 chambres d'isolement (2 pour chacune des 4 unités d'hospitalisation).

Le nombre des journées d'hospitalisation a diminué entre 2004 et 2012. Il a ré-augmenté depuis 2012, en restant en 2016 inférieur de 6 % à celui de 2004. Cette augmentation, qui va avec un taux d'occupation élevé, supérieur à 90 %, n'est pas dû à un accroissement du nombre des entrées qui est resté relativement stable entre 2010 et 2016 (mises à part les années 2012 et 2014), mais à une DMS qui s'est progressivement allongée, passant de 18,8 jours en 2012 à 27,6 jours en 2016.

### ➤ *Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale, notamment les hospitalisations sans le consentement des patients*

- *Dans la structure d'urgence de psychiatrie*

L'unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) fermée attenante aux urgences est obligée souvent de garder des patients au-delà de 72 heures, parfois une douzaine de jours, dans l'attente d'une place disponible dans un service d'hospitalisation de leur secteur, alors qu'elle ne dispose ni de pièces communes ni d'espaces extérieurs. Les patients se retrouvent confinés pendant plusieurs jours dans leur chambre donnant sur un couloir. De façon plus générale, ces deux unités de courte durée, ouvertes et fermées, attenantes au service des urgences, sont souvent occupées en totalité, ce qui peut exceptionnellement entraîner d'admettre des patients sur des brancards au niveau des consultations, ou dans les chambres d'isolement conservées ouvertes en la circonstance.

Les chambres d'isolement des unités d'hospitalisation de courte durée des urgences n'ont pas de double entrée.

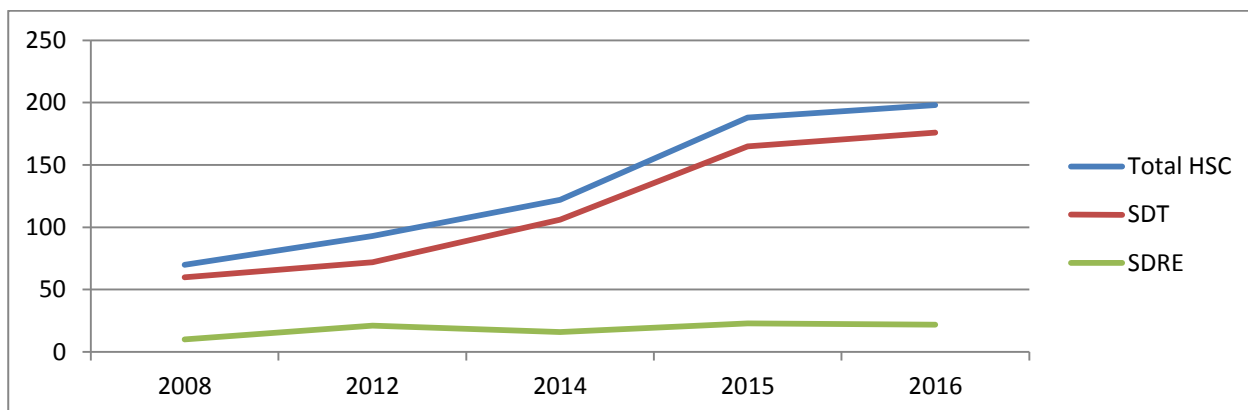
- *Dans l'unité d'admission de secteur (31G07)*

Les services d'hospitalisation sont implantés dans un bâtiment récemment construit. Dans l'unité d'admission destinée à accueillir les patients du secteur, une partie est « fermable » (5 lits). Mais, si besoin, toute l'unité peut être fermée.

Chacune des 5 chambres de cette partie « fermable » peut être fermée pour isoler un patient quelques heures dans la journée. Le service d'admission pour les patients du secteur dispose de deux chambres d'isolement qui ont chacune une double entrée. Ces chambres d'isolement sont assez peu utilisées.

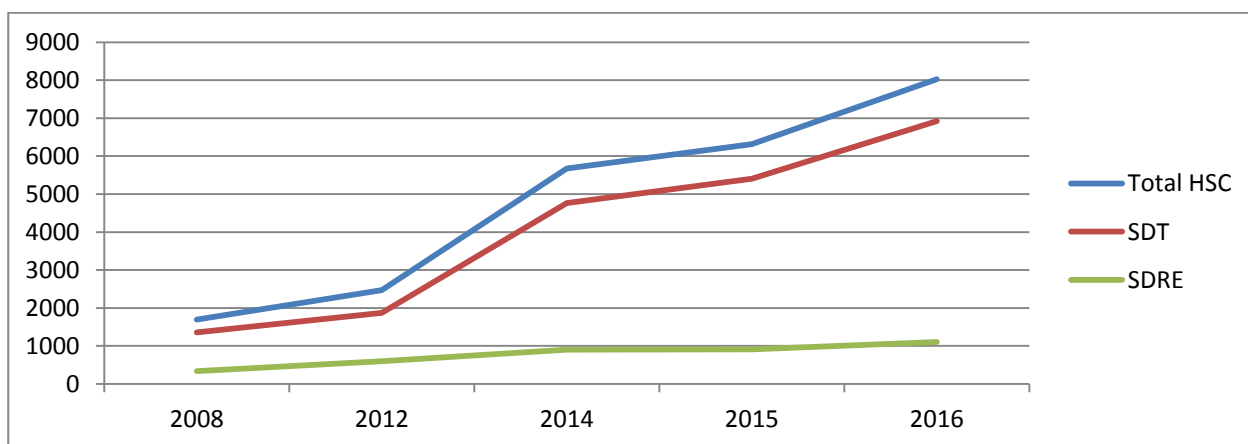
Le nombre des patients hospitalisés sans leur consentement dans les services du CHU a presque doublé entre 2008 et 2016 (180 % d'augmentation). Il représente une faible proportion des entrées (9 % en 2016). Cette proportion a cependant tendance à augmenter (3 % en 2008). Cette augmentation des patients hospitalisés sans leur consentement est surtout due à des SDT. Quant au nombre des journées d'hospitalisation pour des patients hospitalisés sans leur consentement, il représente, en 2016, 18 % des journées. Il en représentait 4,7 % en 2008. Cela s'explique par une DMS plus longue pour ces patients qu'en hospitalisation libre (un peu moins du double en 2008, un peu plus du double en 2016). Cette DMS a tendance à augmenter, en étant plus longue pour les patients en SDRE.

Graphique 81 : Evolution des entrées pour des patients hospitalisés sans leur consentement entre 2008 et 2016



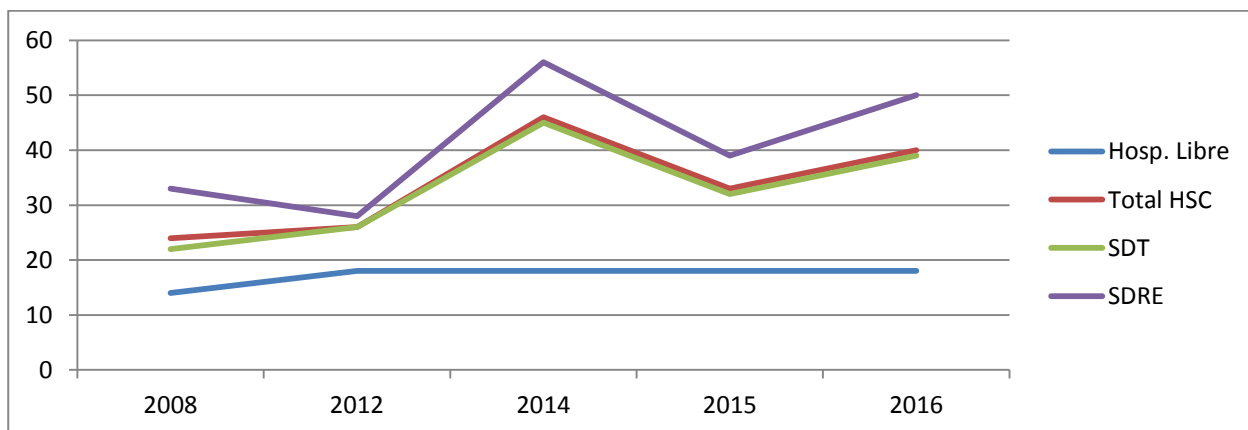
Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 82 : Evolution des journées d'hospitalisation pour des patients hospitalisés sans leur consentement entre 2008 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 83 : Evolution de la DMS pour les patients hospitalisés sans leur consentement entre 2008 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

➤ **La pédopsychiatrie**

Le CHU dispose d'une unité d'hospitalisation temps plein de 11 lits et d'une chambre d'apaisement. Une nouvelle unité d'hospitalisation de 6 lits (pour les situations de crise) devrait être créée.

Le nombre des journées d'hospitalisation a assez régulièrement augmenté entre 2004 et 2016 (+25 %). Cette augmentation est due à un nombre des entrées plus important (environ le double d'entrées en 2016 par rapport à 2004), alors que la DMS est allé en diminuant, passant de 39,19 jours en 2004 à 25,25 en 2016, soit une baisse de 35 %.

## 2.6 Le dispositif de soins hors hospitalisation temps plein

➤ **Les CMP**

- *En psychiatrie générale*

Entre 2010 et 2016, le nombre des consultations a augmenté de 40 %.

Il n'y a qu'un CMP, ouvert cinq jours par semaine.

- *En pédopsychiatrie*

Le nombre des consultations a doublé entre 2008 et 2016.

Au total, l'inter-secteur a 6 antennes de consultations et 2 accueils thérapeutiques à temps partiel, ouverts cinq jours par semaine.

➤ **Les hôpitaux de jour et les CATTP**

- *En psychiatrie générale*

Il existe deux hôpitaux de jour, de 31 places au total, qui sont implantés sur le site du CHU, dont l'un dans le bâtiment réservé à la psychiatrie permettant les phases de transition avec l'hospitalisation.

Il y a 20 ans, le CHU avait 21 places d'hôpital de jour.

- *En pédopsychiatrie*

Le nombre de places en hôpital de jour a doublé en 20 ans, passant de 30 à 60.

Chaque hôpital accueille une population spécifique qui se distingue par la tranche d'âge ou la pathologie (un accueil pour les enfants autistes lié au CRA).

Le CHU dispose de 5 unités d'hôpital de jour pour enfants et adolescents, dont une (le LAPS, Lieu d'Accueil de Partenariat et de Soins) accueille des enfants avec troubles du spectre autistique sévères et troubles du comportement, en partenariat avec le médico-social, et une autre, l'unité Boris Vian est un hôpital de jour réactif (accueil plus rapide et de courte durée).

➤ **Les équipes mobiles**

Le CHU dispose de trois équipes mobiles :

- une unité mobile de psychiatrie de la personne âgée ;
- deux équipes de liaison en périnatalité : une dans chacune des maternités de service public de l'agglomération toulousaine ;

- une unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES), inspirée de l'exemple de Gérard Marchant, en pédopsychiatrie.

➤ **Les dispositifs innovants**

Le CHU a développé plusieurs dispositifs innovants, parfois en lien avec ses partenaires publics et privés :

- *centre de thérapie brève*, en psychiatrie générale.  
Il s'agit d'une structure ambulatoire accessible en moins d'une semaine, indiquée en relai après une tentative de suicide, les états anxieux, les crises existentielles, les dépressions moyennes, les troubles de la personnalité. La durée de la prise en charge est de 6 à 8 semaines. Le relai est ensuite passé vers le médecin traitant ou un psychiatre. La structure est intersectorielle. Elle permet en post-urgence d'éviter les hospitalisations, de prévenir la désocialisation.
- *dispositif réactif pour les adolescents* au niveau départemental, en coopération et coordination avec les trois autres inter-secteurs.  
Ce dispositif est encore en cours de déploiement. Il repose sur une consultation réactive (Consultado) et une UMES par secteur, déjà en place. Devraient être ouverts sous peu une consultation de crise et de régulation (par téléphone) et 6 lits de crise avec une hospitalisation d'une semaine au maximum. Sera mise en place une astreinte de nuit et de week-end. De plus a été constituée une commission de concertation et de cohésion permettant de mieux coordonner l'ensemble de ce dispositif départemental.
- *dispositif de soins psychiatrique partagé*, avec Gérard Marchant et l'URPS.  
Le DSPP permet de répondre aux demandes d'avis des médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge d'un de leurs patients, grâce à une permanence téléphonique assurée tous les jours de la semaine sur la journée, effectuée par un psychiatre (0,8 ETP du CHU et 0,4 ETP du secteur libéral), une psychologue à mi-temps (Gérard Marchant), deux infirmiers. Le patient peut être reçu en consultation pour une évaluation. L'objectif est de faire en sorte que le médecin généraliste puisse poursuivre sa prise en charge. Il s'agit d'un dispositif « apprenant » (transferts de compétences psychiatriques au généraliste).  
Ouvert en février 2017, implanté dans les locaux banalisés du CHU Purpan, ce dispositif est financé par le FIR pour ce qui concerne les contributions du CHU et de Gérard Marchant. Les trois médecins libéraux intervenants sont financés par le prix de trois consultations de généraliste par heure.
- Là aussi se posent les questions d'évaluation de cette expérience et de son financement pérenne, par la DAF pour ce qui concerne les contributions des établissements publics et par l'assurance maladie pour les psychiatres du secteur libéral.
- *consultation de psycho-traumatologie*.

## 2.7 Le développement de la qualité des soins et de la gestion des risques

Plusieurs initiatives ont été prises par le CHU :

- mise en place d'un « club de la loi » qui se réunit régulièrement, associant la direction des affaires juridiques, le service de gestion administrative des patients, les professionnels du pôle psychiatrie ;

- des réunions tous les mois sur la prévention et la gestion de la violence en psychiatrie avec les cadres ;
- mise en place du registre de traçabilité des mesures de contention et d'isolement ;
- analyses des événements indésirables graves.

## 2.8 Les métiers de la psychiatrie

### ➤ *Les infirmiers*

Les infirmiers développent de plus en plus des compétences particulières qu'ils souhaitent voir reconnues comme étant des « pratiques avancées » à la fois pour des pratiques spécifiques (par exemple psychothérapeutiques) ou pour des rôles de coordination.

Beaucoup d'infirmiers exercent pour la première fois en psychiatrie au sein du service des urgences qui est très attractif. Initialement, l'établissement a pu craindre que ces postes soient difficiles pour une première expérience mais il semble que cela soit une bonne formation pour les infirmiers (découverte des services et des partenaires). Ils ne restent cependant pas longtemps dans le service qui connaît de ce fait un turn-over élevé (plus d'un quart du personnel a été renouvelé en 2016). A l'heure actuelle, cela ne pose pas de difficulté car il reste des infirmiers expérimentés à même de former les nouveaux.

L'établissement a fait remarquer que le taux d'absentéisme des personnels non-médicaux en psychiatrie était inférieur à celui des autres services.

### ➤ *Les orthophonistes*

Le CHU rencontre les mêmes difficultés que les autres établissements vus par la mission pour recruter des orthophonistes.

### ➤ *Les psychiatres*

L'établissement rencontre depuis quelques années des difficultés de recrutement aux urgences.

## 2.9 Organisation des relations avec les usagers

Le CHU participe au CLSM.

Le tissu associatif est présent au sein du CHU (Blouses Roses ; Sésame Autisme ; UNAFAM ; Anorexie Boulimie Midi-Pyrénées ; Association phobie scolaire ; hôpital sourire ; toutes Voiles Dehors...).

## 3 LA CLINIQUE DE BEAUPUY

La clinique de Beaupuy, créée en 1964, a 160 lits. Ses capacités sont restées quasiment identiques depuis 20 ans. Elle appartient à un groupe financier suédois, CAPIO, qui possède une autre clinique disposant d'un secteur de santé mentale sur Toulouse, les Cèdres. La clinique des Cèdres a près de 600 lits en Médecine, Chirurgie, SSR et psychiatrie (130 lits et 5 places d'hôpital de jour).

Environ 90 % des patients accueillis par la clinique de Beaupuy sont originaires du département de la Haute Garonne.

Cet établissement est autorisé, depuis 2005, à accueillir des patients hospitalisés sans leur consentement (21 lits pour des patients en SDT)<sup>248</sup>. Il est impliqué dans l'accueil des post-urgences avec le CHU et l'hôpital Gérard Marchant. Avec ce dernier, engagé dans un partenariat étroit, allant jusqu'à cogérer un service de HAD de 30 places (voir le projet détaillé dans le chapitre sur Gérard Marchant).

Ce partenariat, dans le cadre des SDT, avec les hôpitaux publics repose beaucoup sur l'engagement personnel de deux psychiatres de la clinique. Il permet de mieux orienter les patients de la clinique après une hospitalisation et de leur proposer des soins adaptés à leurs besoins en s'appuyant sur le dispositif extrahospitalier du secteur public. Il offre aux psychiatres de la clinique un éventail d'activité plus large qui les intéresse sur un plan professionnel. Enfin, pour le groupe CAPIO, il y a là une image de marque qui est ainsi promue, celle de l'innovation.

Cependant, cette orientation prise par la clinique, qui dénote par rapport aux positions prises par les autres cliniques de l'agglomération toulousaine, peut changer. Il suffirait pour cela d'un changement de praticiens ou surtout de la survenue d'un déséquilibre financier. Cela pourrait se produire pour la HAD, si la pérennité de son financement n'est pas assurée et si celui-ci reste aussi imprévisible et tardif dans l'année.

### 3.1 Le modèle d'organisation des services

L'établissement est organisé en 6 unités d'hospitalisation :

- trois unités sont indifférenciées, accueillent des patients présentant toute pathologie psychiatrique ;
- trois sont spécialisées : hospitalisation sans consentement ; accueil des patients traités par ECT ; service d'addictologie.

Quatre lits, répartis dans la clinique, sont destinés à accueillir les patients en post-urgence, adressés par le service d'accueil des urgences du CHU.

La clinique a le projet d'ouvrir un hôpital de jour de 5 places en ville.

**Encadré 15 : Les patients accueillis en SDT sont originaires de tout le département.**

**Exceptionnellement ils peuvent être extérieurs au département, avec l'accord de l'ARS. Procédure d'admission en SDT à la clinique**

Les patients devant être hospitalisés en SDT sont d'abord vus au service d'accueil des urgences du CHU.

Quand c'est un malade connu de Gérard Marchant ou des services de psychiatrie du CHU, il est hospitalisé dans ces établissements. Il n'est orienté vers la clinique de Beaupuy que dans 2 cas :

- si ces deux établissements publics n'ont pas de place pour l'accueillir. Ce patient pourra être réorienté vers Gérard Marchant dès qu'une place se sera libérée, afin de pouvoir assurer la continuité du projet de soin. Mais si le patient préfère rester à la clinique, il le pourra.

- si le malade n'est pas connu, il est plutôt orienté vers la clinique.

Ce dispositif permet au patient ou à ses proches de faire valoir un certain libre choix, alors qu'il s'agit de soins sans consentement en SDT. Un patient admis aux urgences, hospitalisé en SDT, peut dans tous les cas demander à être admis à la clinique.

<sup>248</sup> Cette situation est exceptionnelle. seules deux autres cliniques en France disposent de cette autorisation.

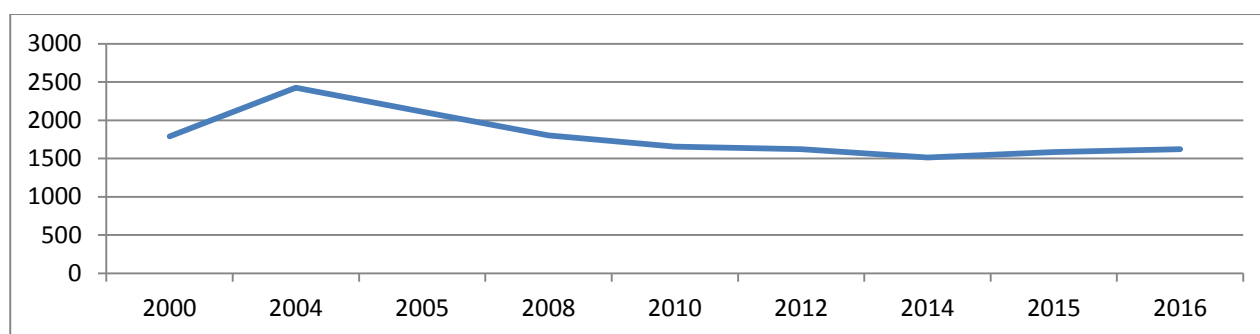
L'établissement a un dossier patient informatisé depuis 2011.

### 3.2 Les activités générales de l'établissement et les moyens en personnels

#### ► L'évolution globale des activités

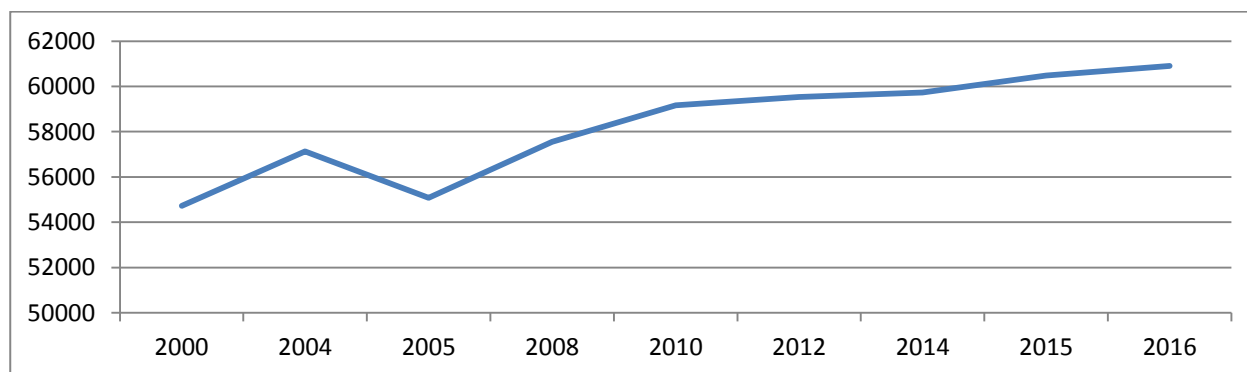
Le taux d'occupation de la clinique est élevé, il est de 100 % et plus (105 %) depuis 2008. Cela ne s'explique pas par une augmentation forte des entrées mais par une augmentation de la DMS. Les entrées ont eu tendance à diminuer entre 2004 et 2014 et repartent faiblement à la hausse depuis 2014. Les journées d'hospitalisation quant à elles sont en constante progression depuis 2005. La DMS, après avoir baissé entre 2000 et 2004, a augmenté ensuite, pour légèrement fléchir en 2015 et 2016.

Graphique 84 : Evolution du nombre des entrées entre 2000 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

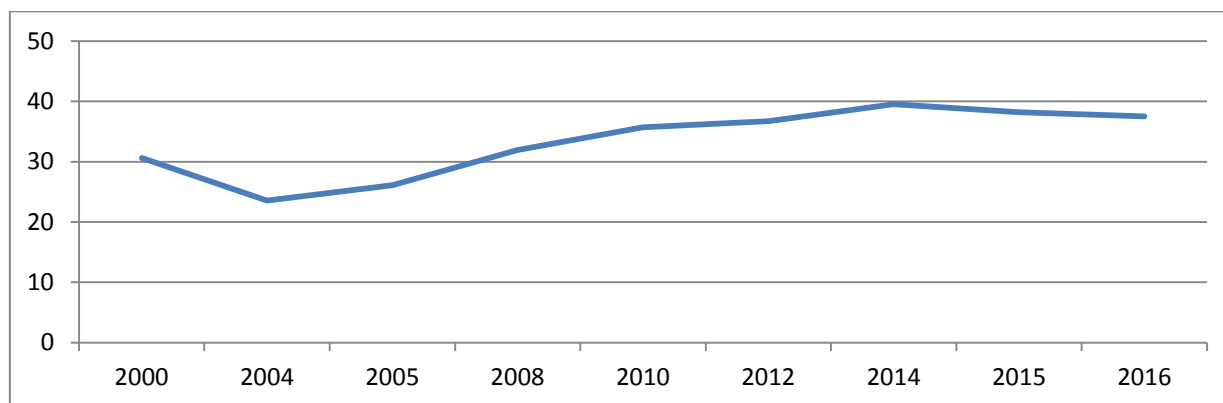
Graphique 85 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 2000 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.



Graphique 86 : Evolution de la DMS entre 2000 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

#### ➤ **L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux**

Entre 2000 et 2016, les moyens en personnels ont augmenté :

- les médecins sont passés de 4,83 ETP à 5,8 ;
- les infirmiers sont passés de 66,07 ETP à 76,1 ;
- les psychologues sont passés de 0,13 ETP à 0,4.

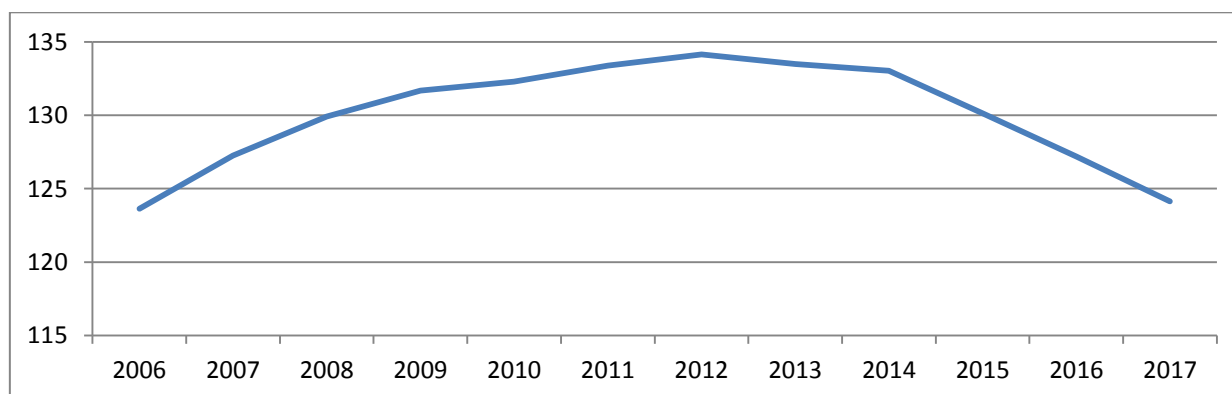
#### ➤ **L'évolution de la dotation de l'établissement**

Les tarifs journaliers de la clinique, après avoir progressé à partir de 2006, pour prendre en compte l'accueil de patients sans leur consentement en SDT, diminuent régulièrement depuis 2012 pour se rapprocher du niveau qui était le leur il y a dix ans.

La majoration du tarif journalier (10€), obtenue du fait de l'admission de patients sans leur consentement, est répartie sur l'ensemble des tarifs de l'établissement. Cette mesure a été prise afin de ne pas être soupçonné de garder des patients en SDT plus longtemps du fait de cette majoration tarifaire.

Le prix de journée est de 130€. L'établissement dit n'équilibrer son budget que grâce aux suppléments pour chambres individuelles, alignés sur ce que remboursent les mutuelles.

Graphique 87 : Evolution des tarifs journaliers de la clinique depuis 2006



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

**Pour la HAD**, le tarif pris en charge par le FIR est de 183€ par jour et par malade. C'est un tarif forfaitaire, prenant en compte toutes les dépenses, y compris médicales. En hospitalisation à la clinique, la dépense par jour, prenant en compte les honoraires médicaux et toutes dépenses associées est de 210€.

A noter que lors de la visite de l'établissement par la mission à la mi-juillet, celui-ci ne connaissait pas encore le montant de la dotation du FIR qu'il devrait recevoir pour l'année en cours. L'année dernière, cette dotation versée à partir du FIR l'a été en septembre pour 7/12<sup>ème</sup> et en décembre pour le solde.

### 3.3 Le positionnement de l'établissement dans son environnement

#### ➤ **Le partenariat dans le domaine des soins**

- *Les liens avec le CHU et Gérard Marchant*

Un partenariat étroit existe avec le CHU et Gérard Marchant autour de la régulation de l'aval des urgences et de l'hospitalisation des patients sans leur consentement (SDT).

La clinique cogère avec Gérard Marchant un service de HAD. Un GCS de moyen a été constitué. Ce GCS a vocation à être associé au GHT de la Haute Garonne et du Tarn Ouest.

- *Les liens avec les cliniques privées*

Plusieurs conventions existent entre la clinique de Beaupuy et les autres cliniques de l'agglomération toulousaine sur divers sujets d'intervention : hyperthermie maligne, ECT, addictologie, prise en charge de la douleur.

#### ➤ **La recherche : la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (FERREPSY)**

La clinique participe activement aux activités de la FERREPSY.

#### ➤ **Le partenariat avec le secteur médico-social**

Une convention de coopération a été passée avec l'association « Pour la Réinsertion Sociale (Après) ».

#### ➤ **La participation au conseil local de santé mentale (CLSM)**

La clinique n'est pas vraiment associée aux activités du CLSM. Cependant, elle a participé à la semaine d'information sur la santé mentale organisée par le CLSM.

### 3.4 L'accès aux soins

Il faut attendre 3 semaines à un mois pour avoir une place en HAD, où la DMS a été de 38 jours en 2016.

### 3.5 Les conditions d'hospitalisation

L'établissement a surtout des chambres individuelles et ne dispose que de 19 chambres doubles.

Dans la partie fermée réservée aux hospitalisations en SDT, il y a une chambre d'isolement. La chambre d'isolement est peu utilisée. Il existe un espace extérieur fermée pour cette unité de 21 lits réservée aux patients en SDT.

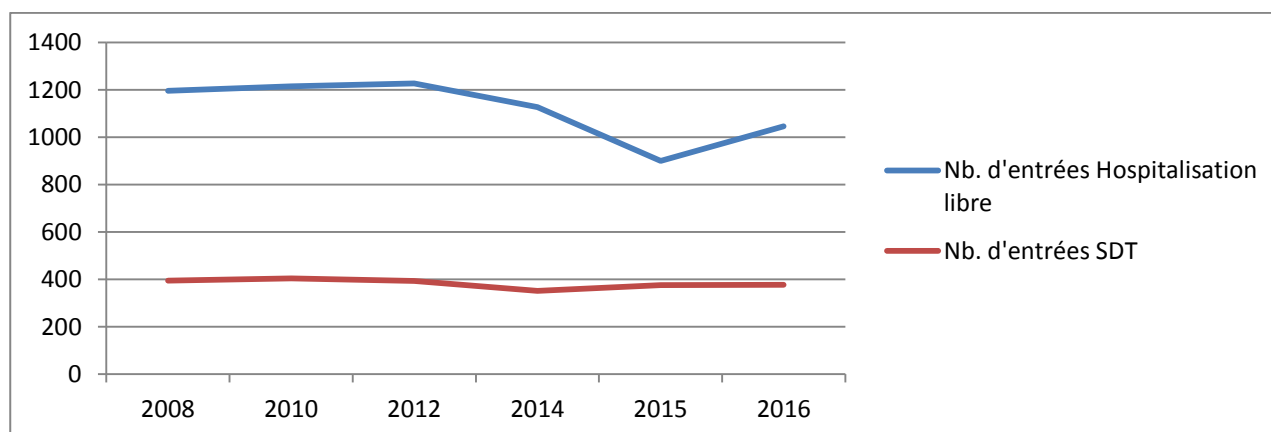
➤ **Les hospitalisations en SDT**

Deux psychiatres gèrent le fonctionnement médical de l'unité où sont hospitalisés les patients en SDT. Les pratiques sont donc stables et homogènes.

Le nombre des hospitalisations sans le consentement du patient oscillent entre 351 et 403 patients par an. Il est relativement stable. La part des hospitalisations sans le consentement du patient est passée de 24 % à 26 % des entrées. Et la part des journées d'hospitalisation pour des patients en SDT est passée de 11 % en 2008 à 12 % en 2016.

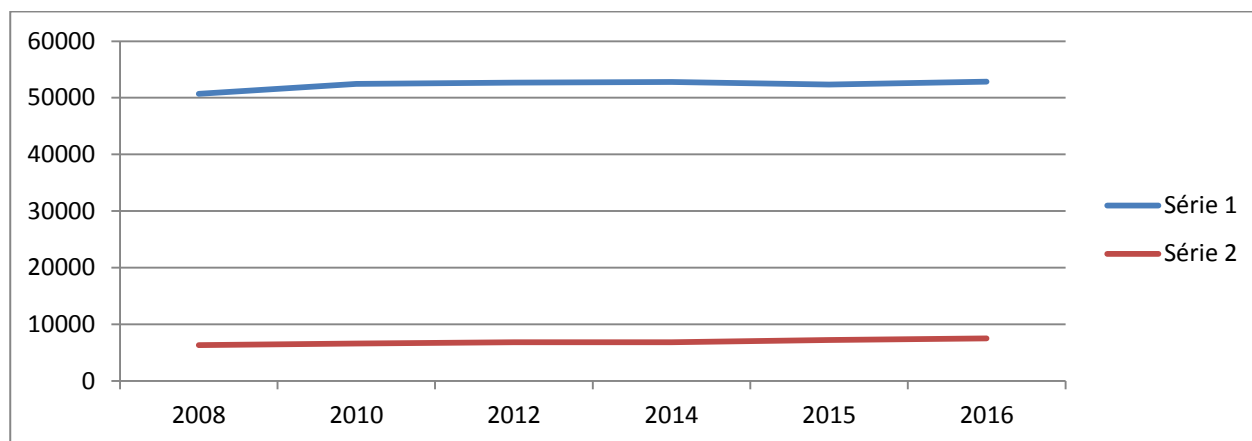
Ce décalage entre la part des entrées relevant d'une SDT et celle des journées d'hospitalisation s'explique par une DMS plutôt courte pour les patients en SDT (19 jours en 2016), comparée à celle des patients admis en hospitalisation libre (50 jours en 2016). En 2008, cette DMS des patients en SDT était de 16 jours.

Graphique 88 : Evolution des hospitalisations libres et des hospitalisations sans le consentement du patient entre 2008 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 89 : Evolution des journées d'hospitalisation libres et en SDT entre 2008 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement. Série 1 = ? 2= ?

lors de La certification V2014 les experts n'ont constaté aucun écart sur le critère de restriction de liberté ni sur le processus « droits des patients ».

La visite du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGPL) en mars 2017 n'a relevé aucun écart majeur.

Le personnel a été formé à la gestion de l'agressivité et de la violence en milieu de soins.

Le registre sur la contention et l'utilisation de la chambre d'isolement est en place depuis 2010. Et une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été conduite.

#### ➤ **Les soins somatiques**

Un médecin généraliste est présent 24h/24, 7 jours/7 (médecins salariés qui se relaient). Interviennent également un cardiologue une fois par semaine, un anesthésiste, pour les ECT, 3 fois par semaine, un gastroentérologue tous les 15 jours. L'accès aux autres spécialités est organisé en externe.

### **3.6 Les dispositifs innovants**

Outre l'implication de la clinique dans FERREPSY et la mise en œuvre d'une HAD cogérée avec Gérard Marchant, la clinique a mis en place un projet pilote dans son unité d'addictologie qu'elle envisage d'étendre aux autres unités. Il vise quatre objectifs :

- raccourcir la DMS initiale et programmer des hospitalisations séquentielles ;
- développer des ateliers psycho-éducatifs ;
- augmenter les ateliers visant à développer les capacités d'auto soins des patients.

### **3.7 Le développement de la qualité des soins et de la gestion des risques**

L'établissement a nommé un responsable de la qualité.

Un programme de travail pour améliorer la qualité a été défini.

### **3.8 Les métiers de la psychiatrie**

#### ➤ **Les infirmiers**

La clinique ne rencontre pas de difficulté particulière pour recruter des infirmiers. Le turn-over est inférieur à 10 %. Un tutorat a été mis en place pour les nouveaux infirmiers. Les activités thérapeutiques sont promues par le personnel infirmier, formé et accompagné pour se faire par une psychologue

#### ➤ **Psychologue**

Assure à la fois le suivi personnalisé de ceux qui en ont besoin, prodigue des soins au travers de démarches thérapeutiques de groupe également, accompagne les équipes dans leurs projets de prises en charge. Des concourants aux soins sont également salariés : éducateur sportif, ergothérapeute, ou en intervenant extérieur (théâtre, art-thérapie...)

➤ ***L'assistante sociale***

Accompagne les patients dans leurs démarches de sortie et de prise en charge sociale et de protection.

➤ ***Les médecins de permanence***

L'établissement salarie 8 médecins généralistes salariés assurant ainsi une permanence médicale 24h/24 et un accès permanent aux soins somatiques pour tous les patients.

## 4 LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE (CPT)

La CPT est au départ constituée de trois établissements publics autorisés en psychiatrie, Gérard Marchant, le CHU et l'hôpital de Lavaur dans le Tarn, tous membres du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn ouest.

### 4.1 La configuration de la CPT

La CPT envisage de s'élargir, et a commencé à le faire, à d'autres établissements de soins et associations. De nouveaux membres ont été acceptés dans le courant du premier semestre 2017 :

- le centre hospitalier de Muret ;
- plusieurs ESPIC : l'association « Route nouvelle » et l'association « Après » qui gèrent chacune un foyer de postcure ; l'ARSEAA qui gère le troisième inter-secteur de pédopsychiatrie du département ; la MGEN qui gère un hôpital de jour ;
- l'association ASEI (Agir, Soigner, Eduquer, Insérer).

La CPT va sans doute s'élargir aux cliniques de Beaupuy et des Cèdres, voire à des établissements médico-sociaux et d'autres associations intervenant dans le champ de la santé mentale. Plusieurs cliniques (groupe Clinea) ont demandé à participer aux travaux de la CPT. Il est envisagé également que cette CPT associe à ses travaux l'hôpital de Lannemezan à la demande de l'ARS.

Le territoire du GHT et celui de la CPT sont aujourd'hui à peu près les mêmes. Il correspond au département de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest :

- l'ARS a décidé que, dans la région Occitanie, le territoire du contrat territorial de santé mentale sera le département. Aussi, l'hôpital de Lavaur devra être partie prenante de deux contrats territoriaux de santé mentale, en Haute-Garonne et dans le Tarn ;
- l'hôpital de Lannemezan, implanté en Hautes Pyrénées, mais gérant une partie de la sectorisation du sud du département de la Haute-Garonne, devra être associé au CPT de la Haute-Garonne Tarn Ouest.

Le territoire du GHT et de la CPT sera donc vraisemblablement le territoire qui donnera lieu à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale. Nous sommes donc ici dans le cas le plus simple où territoire du GHT, territoire de la CPT, territoire de santé et territoire de santé mentale coïncident peu ou prou.

Tous les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale de ce territoire ne vont probablement pas faire partie de la CPT. Les cliniques privées dans leur ensemble risquent de ne pas s'engager dans un tel dispositif. Mais elles pourraient fort bien s'impliquer dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

## 4.2 Le projet médical de la CPT

### 4.2.1 Les conditions d'élaboration du projet médical

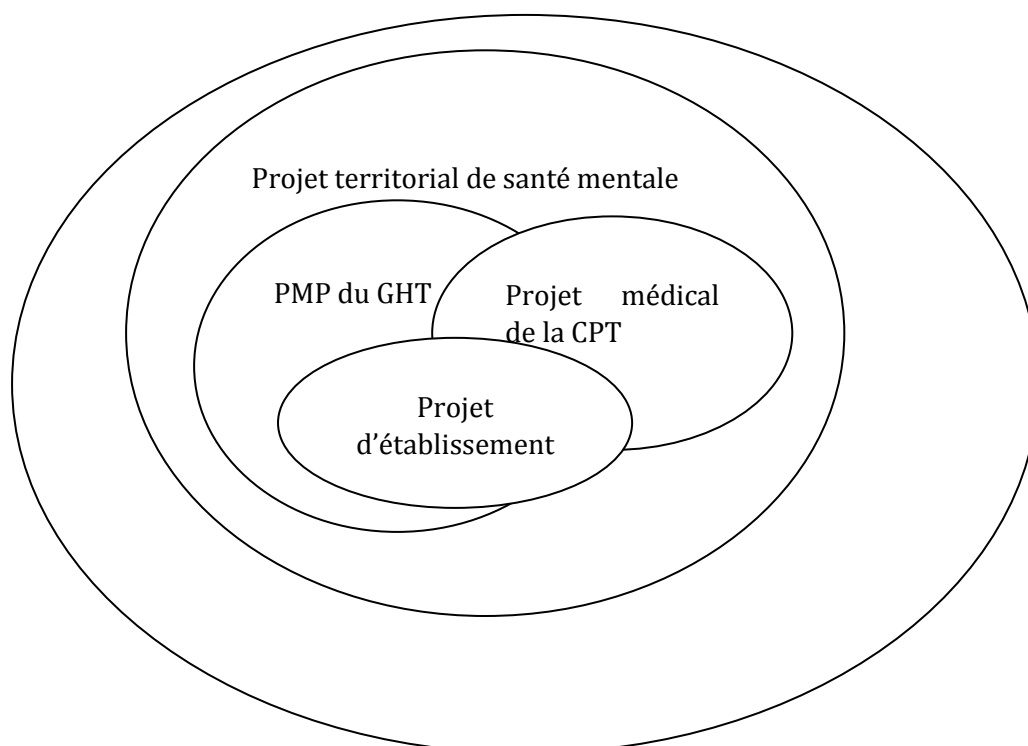
La convention constitutive du GHT a prévu que l'élaboration du projet médical partagé (PMP) pour la filière psychiatrie serait déléguée à la CPT. Les compétences du GHT dans le domaine de la psychiatrie sont transférées à la CPT.

La présidence du comité de pilotage de la CPT est assurée par le directeur de Gérard Marchant, sans limitation de durée. Le président de l'assemblée médicale de la CPT est élu pour 4 ans parmi ses membres ; c'est actuellement un psychiatre du CHU. L'assemblée paramédicale est présidée par un directeur des soins élu parmi les membres de l'assemblée ; c'est à l'heure actuelle la directrice des soins de Lavour.

Il est souhaitable que les établissements publics autorisés en psychiatrie membres du GHT élaborent ensemble leur projet de filière. Il est tout aussi souhaitable que les questions de psychiatrie et de santé mentale qui se posent à propos de l'exercice de toutes les spécialités MCO du GHT soient traitées dans le PMP du GHT. Il faut donc concevoir un travail du projet médical qui soit inter-séquent, la filière psychiatrique devant être en partie intégrée dans le projet d'ensemble du PMP et aussi apparaître avec ses spécificités. Le projet médical de la CPT ne saurait être une simple annexe du PMP, juxtaposée à d'autres annexes, une par filière. Il doit être intégré et à part. L'exercice n'est pas simple. C'est ainsi semble-t-il qu'il a été voulu et mené à Toulouse.

Par ailleurs, un ensemble cohérent de relations est à concevoir entre PMP, projet médical de la CPT, projet de chaque établissement composant la CPT et le GHT, projet territorial de santé mentale et PRS.

En terme de projets portés par ces différents dispositifs devrait se dessiner un système de cercles inter-séquents et intégrés qui peut ainsi être représenté :



La question de l'ordre des travaux d'élaboration de ces différents projets, à la fois intégrés les uns dans les autres et aussi inter-séquentes, et donc la question de leur calendrier, est une difficulté à résoudre. Par quoi faut-il commencer et comment tous ces projets vont-ils s'articuler entre eux, sachant qu'au final il existe entre eux une sorte de hiérarchie (le projet d'établissement doit décliner les actions du projet territorial de santé mentale<sup>249</sup> ; les objectifs de la CPT sont conformes au projet territorial de santé mentale et au PRS<sup>250</sup>) ?

A Toulouse, les travaux du PRS sont en cours. Le PMP du GHT est finalisé et le projet médical de la CPT aussi, mais ce dernier va sans doute être amendé après l'association de nouveaux membres au cours de l'année 2017. Quant au projet territorial de santé mentale, ses travaux n'ont pas commencé.

#### 4.2.2 Le contenu du projet médical

Le projet médical de la CPT a identifié trois grands enjeux :

- la fluidité des parcours et les coopérations entre acteurs,
- l'amélioration de l'accessibilité aux soins,
- le développement de la réhabilitation psycho-sociale.

Au total, la CPT s'est fixé 8 objectifs et plusieurs actions pour faire face à ces différents enjeux. Le tableau suivant les reprend :

ENJEU : FLUIDITE DES PARCOURS ET COOPERATION ENTRE LES ACTEURS	
<b>Objectif : Lisibilité de l'organisation de la prise en charge et des intervenants en psychiatrie et santé mentale</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	L'amélioration de la lisibilité des différents intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social sur le territoire est indispensable à la coordination des parcours et à la coopération entre les acteurs. - Réaliser une « cartographie » qui précise les orientations spécifiques de chacune des structures sanitaires, médico-sociale et sociale en précisant le niveau de recours / gradation : secteur, territoire, régional  - Diffuser cet outil à l'ensemble des intervenants et aux médecins généralistes, spécialistes libéraux, psychologues libéraux...
<b>Objectif : Renforcer les coopérations, reconnaître les spécificités, partager les expertises</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	Développer les dispositifs de collaboration avec le secteur hospitalier privé, la psychiatrie libérale et la médecine du premier recours, avec le soutien de l'ARS et de l'URPS - Renforcer la complémentarité entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé en identifiant les particularités de chacun des deux secteurs ainsi que les spécificités des établissements. - Soutenir et renforcer la réactivité de la médecine de premier recours : faciliter les diagnostics précoces, l'accès au recours vers le psychiatre ou l'équipe référents, développer la prévention secondaire...

<sup>249</sup> Article D. 6136-1 du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

<sup>250</sup> Article D. 6136-4 du décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partager un outil unique de « Plan personnalisé de soins et de projet de vie »</li> <li>- Augmenter le recours à l'HAD psychiatrique</li> <li>- Développer des pratiques avancées pour les professionnels</li> </ul> <p>Renforcer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe territoriale de psychiatrie partagée par les établissements médico-sociaux, stages de formation croisés</li> <li>- Développement de la télé expertise et de la téléformation entre les structures / établissements</li> </ul>
<p><b>Objectif : Améliorer la coordination du parcours de soins</b></p>	
<p>Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une trame unique de « Plan personnalisé de soins et projet de vie » sur l'ensemble du territoire d'attractivité du GHT</li> <li>- Développer la fonction de coordonnateur de parcours (« case-manager »)</li> <li>- Développer le soutien aux aidants</li> <li>- Droits et compétences des patients ?</li> </ul>

<b>ENJEU : AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS</b>	
<p><b>Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins de psychiatrie</b></p>	
<p>Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical</p>	<p>Soins non programmés : cette action concerne les structures d'urgence et les structures ambulatoires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En lien avec la filière psychiatrie et le SUP de Toulouse, harmoniser les organisations au sein des SU MCO ainsi que les modalités de prises en charge des 15 – 16 ans et des soins sans consentements, renforcer les liens avec le SAMU.</li> <li>- Adapter les organisations des CMP pour augmenter les capacités d'accueil en consultation non programmée</li> <li>- Favoriser les admissions directes en hospitalisation conventionnelle et de jour, à partir des CMP (vers les secteurs public et privé)</li> <li>- Développer les actions identifiées en vue de fluidifier l'aval des urgences psychiatriques (intervention de crise)</li> </ul> <p>Couverture territoriale et recours en psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- création d'un nouveau secteur de psychiatrie sur l'agglomération toulousaine, renforcer les CMP, augmenter les lits de soins actifs.</li> <li>- amélioration de la couverture territoriale au sein de chaque secteur, développement de la télé expertise,</li> <li>- création d'une équipe territoriale de recours psychiatrique pour les établissements médicaux-sociaux</li> </ul>
<p><b>Objectif : Améliorer l'accessibilité aux recours spécialisés somatiques pour les patients de la filière psychiatrie et santé mentale</b></p>	
<p>Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vérifier la réalisation de bilans médicaux somatiques réguliers pour tous les patients de la file active de la filière</li> <li>- Organiser l'accessibilité en présentiel par spécialité somatique de référence : organiser le recours, le retour patient, l'envoi du CR...</li> <li>- Développer la téléconsultation et la télé expertise de recours somatique (avis en cardiologie, neurologie, pneumologie, endocrinologie...)</li> <li>- Mettre en place un suivi médical spécifique et coordonné des enfants de parents atteints de pathologie psychiatrique</li> </ul>



	- Améliorer l'orientation et l'admission en unités de soins de suite et de réadaptation des patients de la filière psychiatrique qui nécessite une prise en charge rééducative somatique
<b>Objectif : Améliorer les parcours spécifiques</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer une trame unique de « Plan personnalisé de soins et projet de vie » sur l'ensemble du territoire d'attractivité du GHT</li> <li>- Développer la fonction de coordonnateur de parcours (« case-manager »)</li> <li>- Développer le soutien aux aidants</li> <li>- Droits et compétences des patients ?</li> </ul>

<b>ENJEU : DEVELOPPER LA REHABILITATION PSYCHO-SOCIALE (RPS)</b>	
<b>Objectif : Création d'une plateforme territoriale ambulatoire de RPS</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<p>Cette plateforme, portée par la CPT serait un centre de référence, complémentaire du centre de RPS intra hospitalier de G. Marchant à destination des patients hospitalisés en séjours longs.</p> <p>Elle aurait une vocation territoriale (territoire couvert par la CPT) et serait mise en œuvre grâce à une mutualisation des compétences, sous réserve de l'obtention de financements complémentaires.</p>
<b>Objectif : Développer la RPS en intra et en extra hospitalier</b>	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticiper la RPS dans les parcours de soins</li> <li>- Développer de nouvelles modalités d'hospitalisations dédiées à cette prise en charge, sous réserve d'une reconnaissance et d'un financement spécifiques et définir les indications d'orientation vers ces unités.</li> <li>- Renforcer la RPS réalisée par les structures médico-sociales ainsi que les liens avec les bailleurs sociaux et les employeurs des bassins de vie</li> </ul>

Ces objectifs et actions portent sur les trois temps de la prise en charge d'un patient : le dépistage et l'accès aux soins, les soins, la réinsertion-réhabilitation. Il est significatif de constater qu'aucun de ces objectifs ne porte sur la prévention (mis à part le sujet du dépistage précoce) qui est pourtant inscrite dans les missions du secteur depuis la circulaire de 1960.

Au CHU de Toulouse, dans le pôle de psychiatrie, diagnostic, soin et prévention sont les trois missions premières des secteurs publics de psychiatrie. En raison des files actives à flux tendu, les missions de prévention sont parfois passées au second plan, mais depuis plus de 10 ans des actions de prévention ciblées (prévention du deuil compliqué et pathologique « Histoire d'en parler », prévention dépression à l'adolescence « Parechocs », prévention des troubles du comportement de l'enfant « Incredible Years ») ont pu être développées.

Ces actions demandent à être pérennisées. Elles seront fortement relayées dans le projet médical et de soin à venir dans le cadre du projet d'établissement (PE) 2018/2022

# MONOGRAPHIE 7 :

## CLINIQUE BELLE ALLEE A CHAINGY (45)

### 1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET DE L'ORGANISATION DE SES SERVICES CLINIQUES

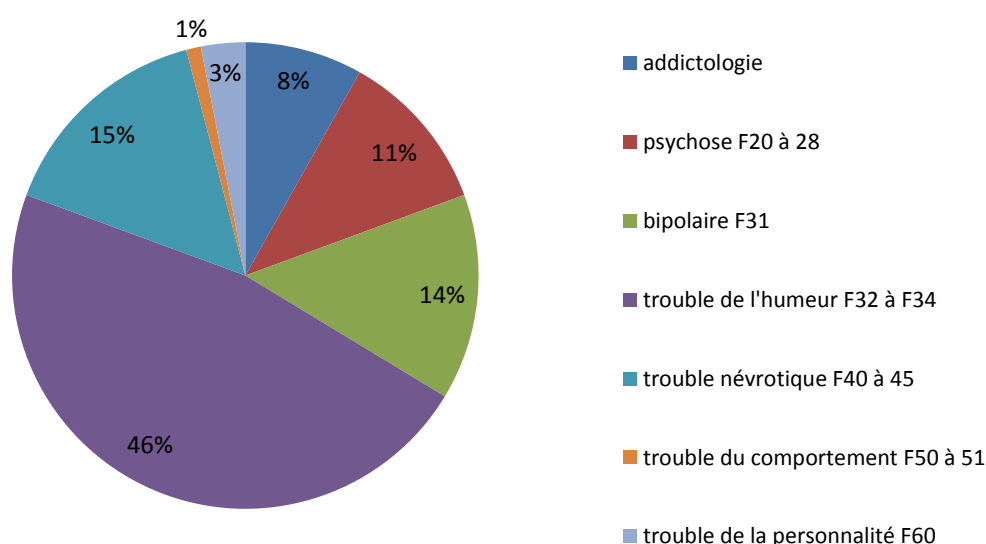
La clinique Belle Allée est un des deux établissements privés lucratifs du département spécialisés en psychiatrie. Elle appartient, comme la clinique du Pont de Gien, au groupe Ramsay-Générale de santé. La clinique est cependant la seule à avoir une vocation généraliste et accueillir des patients en soins aigus, l'autre clinique étant spécialisée dans la réhabilitation psychosociale. Elle n'accueille que des adultes.

La clinique a été créée en 1956 dans des locaux acquis dans ce but (ancienne maison bourgeoise à la périphérie d'Orléans). L'établissement disposait à l'origine de 32 lits. Il s'est agrandi régulièrement et a été cédé en 1995 au groupe Générale de Santé.

La clinique est autorisée aujourd'hui pour 95 lits répartis en 4 unités : deux unités de courte durée et deux unités généralistes. Elle compte 7 médecins (5,04 ETP), tous salariés, qui travaillent dans toutes les unités. Le personnel soignant est quant à lui affecté spécifiquement à une unité.

La clinique accueille tous types de patients, dans la mesure où leur pathologie est compatible avec une hospitalisation dans un milieu libre et ouvert.

Graphique 90 : Diagnostics principaux des patients de la clinique



Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

L'établissement accueille principalement (à 80 %) des patients du Loiret. Il a pour pratique de ne pas facturer au patient des prestations qui ne seraient pas prises en charge : les chambres

particulières sont facturées aux patients disposant de mutuelles, les autres sont incités à choisir une chambre double pour éviter qu'ils aient un reste à charge.

Si aujourd'hui l'activité est généraliste, la clinique souhaiterait voir reconnaître la spécificité de certaines prises en charge en créant une unité de psychogériatrie (en transformant 12 lits existant) et créer une activité de prise en charge des dépressions résistantes.

## 2 LES MOYENS ET LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 Evolution générale des activités

**Le nombre de journées d'hospitalisation est en augmentation.** Entre 2005 et 2016, il a augmenté de **22 %** (27 779 à 33 922 journées). Cette augmentation n'est pas tant le fait d'une augmentation du nombre d'entrées (+5 % ; 856 personnes en 2016) que celui d'une augmentation de la DMS (+16 % ; 39,6 jours en 2016).

L'augmentation du nombre des entrées a été permise par une augmentation du nombre de lits (de 85 en 2005 à 95 en 2016), mais également par une augmentation du taux d'occupation (de 90 % à 98 %).

### 2.2 Evolution des moyens

#### ► Moyens humains

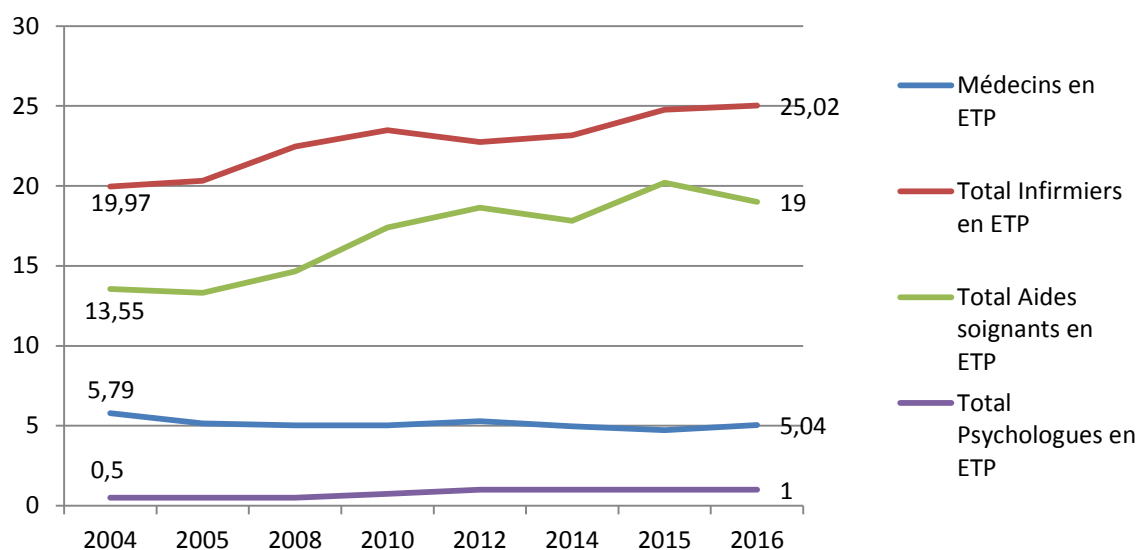
La clinique compte 60,15 ETP salariés :

- 25 ETP infirmiers(e)s
- 19 ETP aides-soignant(e)s
- 5,04 ETP psychiatres
- 1 ETP psychologue
- 1/2 ETP assistant de service social – 1/2 ETP secrétaire sociale
- 1 ETP responsable assurance qualité – TIM
- 1 ETP responsable maintenance sécurité et 0,57etp agent d'entretien-sécurité
- 5,54 ETP employés administratifs
- 1/2 ETP pharmacien-gérant – 1/2 ETP préparateur

La restauration et l'hygiène des locaux sont sous-traités.

Entre 2004 et 2016, l'effectif médical a diminué (-13 %) alors que l'effectif infirmier (+25 %), aide-soignant (+40 %) et psychologue (+100 %) a augmenté significativement. En parallèle, le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté de 22 % (cf. *supra*).

Graphique 91 : Evolution des effectifs de la clinique



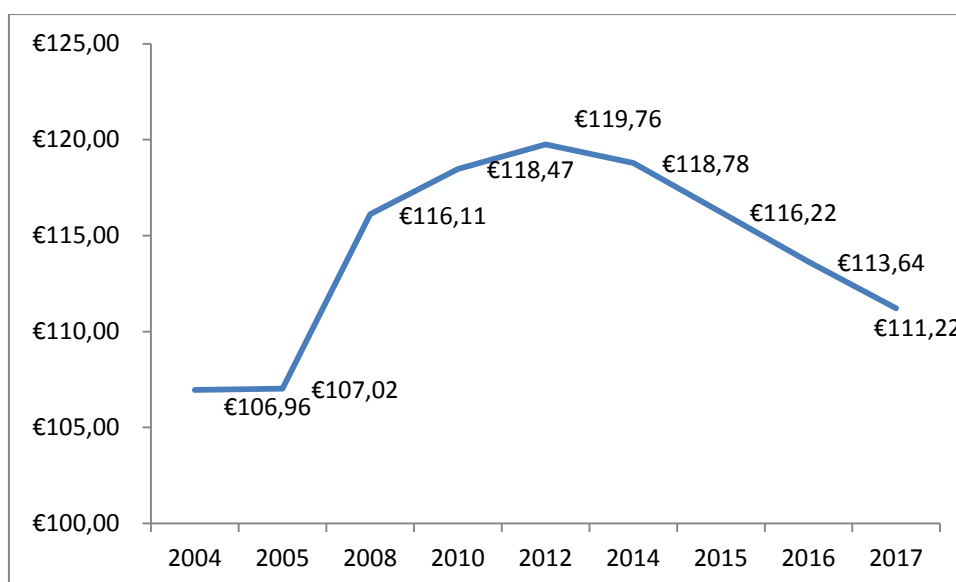
Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

### ► Moyens financiers

La clinique souligne la faiblesse et la baisse continue des tarifs accordés par l'ARS. En 2017, le tarif journalier était de 111,22€ - soit un niveau équivalent à celui dont elle bénéficiait 10 ans plus tôt.

En effet, entre 2004 et 2012, tant le prix de journée que le forfait d'entrée et le forfait journalier ont augmenté (respectivement +10,7 %, +7,2 % et +22,7 %). Depuis cette date, le forfait d'entrée et le prix de journée baissent (-8,0 %) et le forfait journalier est stable<sup>251</sup>.

Graphique 92 : Evolution du tarif (prix de journée + forfait journalier)



Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

<sup>251</sup> Une augmentation de 1,5€ - portant le forfait à 15€ (soit +11%) a cependant été annoncée en septembre 2017 par la ministre.

La clinique perçoit d'autres rémunérations :

- les consultations facturées à l'assurance maladie,
- les prestations complémentaires facturées au patient (et remboursées par les mutuelles le plus souvent) : chambre particulière, télévision, téléphone.

**Du point de vue de la clinique, le tarif qui lui est accordé ne couvre pas le coût de l'hospitalisation. La rentabilité de la clinique dépend donc de sa possibilité de facturer des chambres individuelles.** Elle veille à ce que les patients n'aient pas de reste à charge. Pour ce faire, seuls les patients dont la mutuelle le prend en charge sont hébergés en chambre individuelle (les autres patients étant encouragés à choisir une chambre double). La clinique dispose d'un partenariat avec une mutuelle de la fonction publique relative à la prise en charge de la chambre individuelle mais le tarif qu'elle a négocié il y a des années lui semble trop faible.

### 3 LE POSITIONNEMENT DES HOPITAUX DANS LEUR ENVIRONNEMENT

#### 3.1 Relations avec l'ARS

La clinique dispose d'un CPOM, conclu pour la période 2012-2016 et prolongé jusqu'en 2018. L'intérêt de la démarche de contractualisation lui apparaît cependant limité pour deux raisons.

D'abord, du point de vue de la clinique, l'obligation d'inscrire les axes du CPOM dans les priorités de l'ARS semble excessivement contraignante. Ainsi, la clinique a développé une activité de stimulation magnétique trans-crânienne sans pouvoir l'inscrire dans le CPOM (et sans bénéficier de financement spécifique).

Ensuite, le CPOM ne semble pas constituer un réel engagement. Ainsi, était inscrit dans le CPOM le développement d'une unité de psychogériatrie, conformément aux priorités fixées par l'ARS. Les négociations avec l'ARS n'ont cependant pas permis la création de cette unité : l'ARS ne souhaitant pas accorder un tarif spécifique que la clinique estime nécessaire pour couvrir les frais à engager, aussi bien en termes de recrutement (gériatre, masseur-kinésithérapeute) que de travaux à réaliser (aménagement des salles de bain).

#### 3.2 Les relations de l'établissement dans le domaine des soins

##### ➤ Médecine libérale

Les médecins de l'établissement considèrent que leurs relations avec la médecine libérale sont plutôt bonnes. Il faut souligner que 4 des 7 psychiatres salariés par l'établissement ont un cabinet (certains à Orléans, d'autres à la clinique). Les psychiatres du département se connaissent plutôt bien. Ils ont également des relations assez étroites avec les autres médecins.

La clinique n'admet en effet des patients qu'après une pré-admission reposant sur un échange téléphonique avec le médecin adresseur (généraliste ou psychiatre). Selon eux, cela permet d'établir des relations de bonne qualité avec ces praticiens, permettant ensuite des échanges réguliers si nécessaires. Il n'y a généralement pas de réunions entre les médecins, par manque de temps, les échanges sont principalement téléphoniques.

La plupart des patients hospitalisés sont adressés par des médecins libéraux : 42 % par des psychiatres, 40 % par des médecins généralistes. Les autres sont adressés par des institutions (CP, CMP etc.).

La clinique travaille également avec deux généralistes qui effectuent des vacations au sein de la clinique (même si les psychiatres assurent une part de la prise en charge somatique : prescription d'antibiotiques, d'antalgiques etc.) : ils réalisent un bilan somatique pour les patients qui ne sont pas régulièrement suivis par un médecin traitant et interviennent si le patient a besoin d'une prise en charge ou d'être orienté vers un spécialiste au cours de son séjour à l'hôpital.

### ➤ **Etablissements de santé**

**La clinique travaille en partenariat avec l'autre clinique du groupe située à Gien** : cette clinique ne prend pas en charge de patients aigus mais pratique la réhabilitation psychosociale. Il s'agit donc d'une structure d'aval pour la clinique Belle Allée. Même si l'éloignement entre les deux cliniques (environ 80 km) peut poser des difficultés, les relations sont étroites. Elles sont facilitées par le fait que les deux établissements sont dirigés par la même personne.

La clinique du Pont de Gien a été ouverte en 2013 et a une vocation régionale. Initialement, l'implantation de cet établissement devait se faire dans les murs de la polyclinique de Gien dont les lits avaient été inclus dans le CH dans le cadre d'un partenariat public privé. Cependant, les locaux se sont avérés inadéquats pour y installer une clinique psychiatrique mais les démarches pour l'implantation à Gien étant avancées, le groupe a décidé de créer la clinique dans cette ville.

**La clinique travaille aussi beaucoup avec le CH Daumezon à Orléans**, établissement public autorisé en psychiatrie qui assume la responsabilité des secteurs.

D'un point de vue pratique, les relations avec l'établissement sont régulières tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation : prise en charge de patients à la sortie des urgences (le CH ne dispose pas de lits de crise), adressage de patients hospitalisés à la clinique vers le CMP.

S'agissant du relais vers le secteur pour la prise en charge après l'hospitalisation, il est possible en principe, mais il est parfois rendu difficile par la faiblesse de l'offre : jusqu'à 6 mois d'attente pour programmer un rendez-vous en CMP, un CMP n'avait plus de psychiatre pendant plusieurs mois, un CMP a fermé et les moyens ont été redéployés en intrahospitalier.

Les relations sont cependant parfois compliquées :

- la formalisation du protocole des urgences a mis près de 10 ans à être signé : certains chefs de secteur refusant de formaliser des pratiques avec un établissement privé ;
- l'accès à des appartements thérapeutiques ou même au CATTP du secteur pour les patients hospitalisés à la clinique passe parfois par une ré-hospitalisation au CH.

### ➤ **Articulation des prises en charge**

La clinique Belle Allée est souvent confrontée à l'articulation des prises en charges :

- simultanément : il arrive que des patients hospitalisés à la clinique continuent à être suivis en ville ou au CMP (par leur psychiatre ou un psychologue pour ne pas interrompre une psychothérapie notamment) ;
- après son hospitalisation : le patient peut être orienté en libéral ou vers le CMP mais peut aussi bénéficier d'une prise en charge à la fois en libéral et dans une structure dépendant du secteur.

La CPAM ne considère pas cela comme étant problématique (elle ne refuse pas le remboursement d'une double prise en charge). Il existe donc une souplesse assez marquée dans le cumul des prises en charges.

### 3.3 Les relations avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux

La clinique éprouve des difficultés à trouver des établissements acceptant d'héberger ses patients après leur hospitalisation. Elle cherche à faciliter la transition en organisant des séjours de rupture par exemple. Cependant, l'intensité de la prise en charge peut être insuffisante. Ainsi, la clinique note que les EHPAD ne s'assurent pas de l'observance des traitements. Il a été rapporté à la mission le cas d'une patiente hébergée en EHPAD qui, après plusieurs séjours à l'hôpital à la suite d'une décompensation, n'a pas pu retrouver sa place dans l'EHPAD qui estimait qu'elle nécessitait une prise en charge trop lourde pour l'établissement. De manière générale, la clinique dit avoir davantage de facilité à travailler avec les EHPAD où le CMP intervient (à condition que le patient soit du secteur) ou les EHPAD privés.

La clinique souligne que les difficultés de parcours des patients sont amplifiées par les délais de traitement des dossiers par la MDPH. Ce délai étant compris entre 9 et 12 mois, il arrive régulièrement que l'état du patient se soit dégradé entre la demande et la décision d'orientation de la MDPH et, qu'en conséquence, la personne ait besoin d'une autre solution, ce qui génère un délai supplémentaire de 9 à 12 mois avant d'obtenir une nouvelle décision et, souvent, un délai supplémentaire avant de trouver une place dans un établissement correspondant.

### 3.4 La participation à des instances locales

La clinique a fait part à l'ARS et au CH spécialisé de son souhait d'être associée à une CPT mais n'a pas reçu de réponse. Elle note que les relations entre le CH et l'établissement support (CHR d'Orléans) sont difficiles et que le CH y consacre, à ce stade, davantage d'énergie qu'à la CPT. Par ailleurs, la clinique souligne que la participation à la CPT ne peut la conduire, comme l'a demandé le CH par le passé, à la faire participer à une garde au CH.

## 4 L'ACCES AUX SOINS

**La clinique ne réalise pas de soins en urgence.** Un patient n'est hospitalisé qu'après une procédure de pré-admission, qui nécessite notamment un entretien téléphonique avec le médecin adresseur. De manière générale, la clinique a une liste d'attente. Ponctuellement celle-ci peut-être court-circuitée pour les patients nécessitant une prise en charge urgente ou pour les patients dits « en sortie d'essai » (les patients rentrent à leur domicile avec une réadmission programmée, un réexamen de leur situation quelques jours après la sortie ou une consultation qui leur permet – si nécessaire – d'être ré-hospitalisés sans passer par la liste d'attente). Plus généralement, les besoins de prise en charge immédiate sont réorientés vers le dispositif sectorisé.

La clinique est **localisée en périphérie d'Orléans**, à Chaingy. Elle est à une distance de 20 à 30 minutes du centre ville et n'est pas accessible par les transports en commun (une gare SNCF se trouve à une quinzaine de minutes à pied mais elle est peu desservie). De fait, les patients circulent en voiture qu'ils s'agissent de VSL ou des véhicules de leurs familles. La clinique souhaite développer un hôpital de jour, mais l'ARS a posé comme condition que celui-ci soit situé à Orléans

afin d'améliorer son accessibilité. La clinique a donc momentanément renoncé à ce projet, avec l'idée de déménager un jour près d'Orléans.

La clinique a également fait le choix de disposer d'une permanence téléphonique (numéro local), afin de renforcer son accessibilité, pour les patients comme pour les médecins avec lesquels elle travaille.

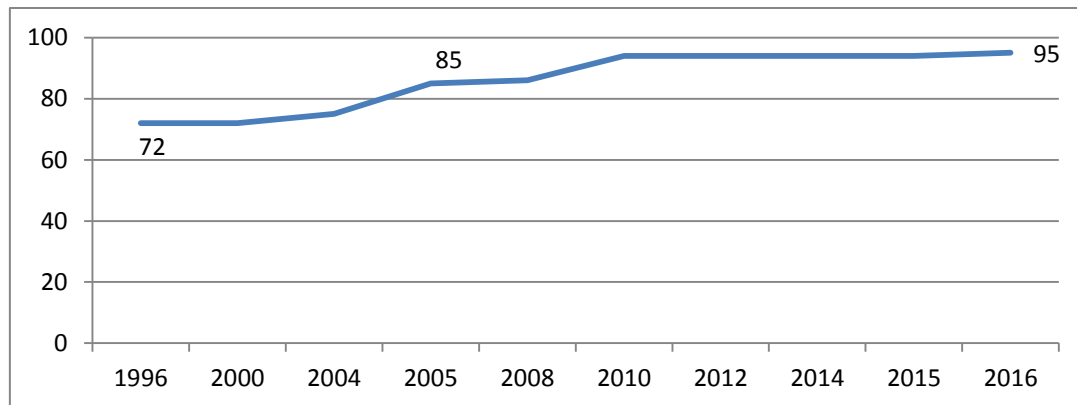
## 5 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS

### 5.1 Un dispositif hospitalier en psychiatrie générale

#### ► Les unités d'hospitalisation

La clinique dispose de quatre unités. Elle s'est régulièrement agrandie au cours des 20 dernières années.

Graphique 93 : Nombre de lits installés



Source : Mission à partir des données transmises par l'établissement

**Les unités généralistes** comptent 76 lits : 52 lits dans l'unité du Parc, 26 lits dans l'unité La Boiserie. Il y a deux infirmières pour 30 lits.

**Les unités de courte durée** (de 8 et 9 lits) ont été créées en 2004 et en 2010. Elles ont vocation à accueillir des patients dont c'est la première hospitalisation. Elles permettent une prise en charge plus intensive et ont une durée de séjour cible de 12 jours. Initialement, la durée cible était d'une semaine, mais l'usage a mis en évidence le fait qu'une durée un peu plus longue permettait d'augmenter la part de patients pouvant retourner à leur domicile. Ainsi, environ 2/3 des patients peuvent rentrer chez eux et seul 1/3 est hospitalisé (principalement dans l'unité principale de la clinique). Des problématiques d'aval peuvent contribuer à l'augmentation de la durée de séjour dans ces unités au-delà de 12 jours.

Le choix a été fait de conserver deux unités distinctes avec un personnel (une infirmière en permanence) qui y est spécifiquement affecté et travaille autant que possible à temps plein. Cela permet de disposer d'un environnement stable et rassurant, favorable au rétablissement des patients.

#### ► le recours à des soins spécifiques



La clinique propose des activités diversifiées et quelques soins spécialisés, notamment la résonance magnétique trans-crânienne. Cependant, du fait de sa taille, elle ne peut proposer une palette de soins très étendue, ce qui peut l'amener à adresser ses patients à l'extérieur pour certains soins. C'est notamment le cas pour le traitement par sismothérapie. En l'absence de ces soins à proximité, les patients sont traités dans des départements voisins (Yonne ou Paris). La clinique Belle Allée a signé une convention avec la clinique de Champigny-sur-Yonne pour faciliter cette prise en charge. La distance de ces établissements, supérieure à 150km, nécessite un accord préalable de la CPAM pour organiser le transport. Celui-ci semble être obtenu sans trop de difficulté, mais la clinique souligne que beaucoup de patients sont accompagnés par leur famille.

## 5.2 Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie générale

### ➤ *Zone géographique de recrutement*

La clinique est librement accessible à tous les patients. Cependant son recrutement est principalement local : 86 % des patients viennent du Loiret, 12 % ailleurs dans la région, 2 % hors de la région.

La clinique explique ce recrutement très local par deux éléments :

- elle est le seul établissement privé du département et reçoit de ce fait de nombreuses demandes ;
- jusqu'en 2007, les pouvoirs publics leur demandaient de justifier la prise en charge de patients ne résidant pas dans le département (dans le mécanisme de tarification fondée sur le classement).

### ➤ *Permanence des soins*

La clinique dispose d'une garde 24h/24 : un psychiatre est toujours présent dans l'établissement (elle dispose cependant d'une possibilité de dérogation qui consiste en la mise en place d'une astreinte, dans les cas où elle ne parvient pas à trouver un praticien pour effectuer la garde). La clinique souligne le caractère onéreux de cette modalité de prise en charge (exigée par l'ARS pour la création des unités de courte durée) qui pourrait devenir financièrement problématique.

### ➤ *Les conditions d'hospitalisation*

Les unités d'hospitalisation ont été construites à des dates différentes. La plupart des chambres sont individuelles (65 chambres individuelles et 15 chambres doubles). Toutes disposent de sanitaires (deux lavabos et toilettes séparées dans les chambres doubles).

Les locaux historiques, maison du 19<sup>ème</sup> siècle, ne sont plus utilisés pour l'hébergement mais uniquement pour des locaux de consultation ou d'activité.

### ➤ *Les « sorties d'essai »*

La clinique pratique fréquemment ce qu'elle appelle des « sorties d'essai ». Il s'agit d'offrir différentes modalités de sortie de façon à rassurer les patients. Il peut leur être proposé :

- une réadmission programmée ;
- un réexamen de leur situation quelques jours après la sortie ;
- une consultation à la clinique.

Dans tous les cas, le patient qui aurait besoin d'être ré-hospitalisé l'est sans devoir être inscrit sur la liste d'attente. Les médecins de la clinique estiment que ce dispositif est satisfaisant puisque 90 % des patients ne sont en fait pas ré-hospitalisés.

➤ ***La prise en charge de problèmes somatiques***

La prise en charge somatique est marginalement assurée par les psychiatres (prescription d'antibiotiques, d'antalgiques etc.) et principalement par des médecins généralistes qui réalisent des vacations au sein de l'établissement. Ces derniers voient les patients qui leur sont adressés, notamment par les psychiatres, pour réaliser à l'entrée un bilan somatique des patients qui ne sont pas régulièrement suivis par un médecin traitant, et pour les orienter si besoin vers un spécialiste au cours de l'hospitalisation. Certains patients préfèrent continuer à être suivis par leur médecin traitant. Ils sont alors accompagnés par leur famille pour les consultations dans le cabinet de celui-ci.

Un masseur-kinésithérapeute intervient également.

## **6 LES METIERS DE LA PSYCHIATRIE**

➤ ***Les psychiatres***

Tous les psychiatres de la clinique sont salariés. Il s'agit d'une spécificité de la clinique, les établissements privés – y compris les autres établissements du groupe Ramsay Générale de santé – faisant en général appel aux médecins libéraux.

➤ ***Les infirmiers***

Un dispositif de tutorat avait été mis en place et financé pendant deux ans par l'ARS. Les financements ont été arrêtés, mais la clinique a maintenu un dispositif de tutorat intergénérationnel moins formalisé. Le faible turnover des personnels fait que ce dispositif fonctionne bien.

Le personnel de la clinique suit des formations mises en place par le groupe Ramsay-Générale de Santé, qui vont au-delà des obligations légales.

➤ ***Assistant social***

Initialement, le projet de la clinique était de ne pas prendre en charge le versant social des besoins de leurs patients. Il était considéré préférable que les patients trouvent cet appui en dehors de la clinique, notamment pour ne pas les enfermer dans un environnement hospitalier. Cependant, les besoins étaient tels que la clinique a choisi de recruter un assistant social. Celui-ci veille à faire le lien avec les assistants sociaux des CMP lorsque les patients sortent d'hospitalisation pour être suivis en CMP.



## MONOGRAPHIE 8 :

# DE LA CLINIQUE ALLIANCE A VILLEPINTE (93)

L'Alliance à VILLEPINTE est une clinique privée à but lucratif de 99 lits et 10 places d'hôpital de jour, ouverte récemment, en 2012. Elle fait partie du groupe Orpea Clinica qui possède plusieurs établissements psychiatriques (3 500 lits et places).

La clinique a obtenu l'autorisation d'installer 5 lits d'hôpital de nuit. Elle a pour projet d'augmenter la capacité de son hôpital de jour, de la faire passer à 20 places, installées dans ses locaux. Elle envisage aussi de constituer au niveau du rez-de-chaussée, dans une partie isolable, un centre de consultations où exerceraient des psychiatres libéraux qui accepteraient d'y installer leurs cabinets.

Dès l'origine, l'établissement a voulu insérer son activité dans le cadre d'un partenariat public-privé étroit avec l'hôpital Robert Ballanger<sup>252</sup>. Ainsi, 22 lits sont dédiés à l'accueil, le plus souvent « en seconde ligne », des patients hospitalisés à l'hôpital Robert Ballanger en phase aigüe, dont les troubles du comportement éventuels se sont atténués, pour la suite de leur séjour hospitalier jusqu'à la stabilisation de leur état. Cet accueil concerne aussi bien des patients en hospitalisation libre qu'en SDT ou en SDRE.

L'activité liée à ce partenariat a manifestement tendance à déborder la stricte capacité (22 lits) qui lui est réservée. Il s'en suit que la clinique peut décider de prendre en charge dans ses lits « classiques » des patients adressés initialement par l'hôpital Robert Ballanger. Ils sont alors pris en charge à un tarif moindre que celui consacré aux patients dits sectorisés, sans que leur soient forcément facturés des compléments tarifaires qui assurent à la clinique son équilibre financier. Aussi la clinique souhaite développer son réseau de correspondants médicaux libéraux, afin d'élargir la base de son recrutement.

## 1 LE MODELE D'ORGANISATION DES SERVICES

L'établissement comprend trois parties :

- 22 lits répartis sur deux unités dites « sectorisées », situées sur deux étages, accueillant des patients qui sont adressés par les trois secteurs de psychiatrie générale de l'hôpital voisin Robert Ballanger. Un médecin est responsable à temps plein de ces deux unités ;
- 77 lits dits de « clinique » pour des patients adressés par des correspondants médicaux privés mais aussi parfois publics ;
- 10 places d'hôpital de jour, avec une entrée séparée. Un médecin en est le responsable.

La clinique n'accueille pas des patients en urgence la nuit. Elle n'a pas vocation à prendre en charge des patients présentant des troubles importants du comportement. Elle joue un rôle très clair de complémentarité avec le secteur public, permettant à celui-ci de libérer le plus rapidement possible des lits peu nombreux, réservés en fait à de courtes hospitalisations.

---

<sup>252</sup> Le groupe disposait déjà d'une expérience similaire avec la clinique d'Orgemont à Argenteuil.

Le patient, à sa sortie, est pris en charge par le dispositif extrahospitalier des secteurs publics, s'il a été adressé par ceux-ci. Les patients relevant de la partie « clinique » sont ré-adressés à leur psychiatre traitant. La clinique n'assure pas de suivi ambulatoire. Depuis quelques mois cependant, elle est autorisée à pratiquer des consultations externes. Au moment de la phase de préparation de sa sortie, la clinique accompagne le patient dans les diverses démarches sociales nécessaires.

Il n'y a pas de sélection des patients en fonction de leur situation sociale.

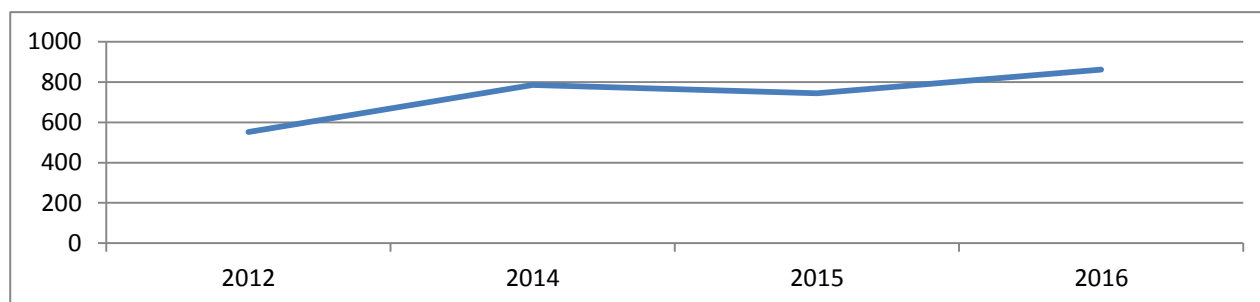
Les médecins sont, pour la plupart, salariés de l'établissement. Un médecin généraliste à temps partiel est salarié de l'établissement. Il y a en permanence un psychiatre de garde.

Un médecin exerce normalement, dans les établissements du groupe Orpea, les fonctions de coordonnateur au sein de l'établissement, pour toutes les tâches de nature institutionnelle. A la clinique l'Alliance, ce coordonnateur n'a pas été nommé. En revanche, il y a un président de CME.

## 2 L'EVOLUTION DES ACTIVITES ET DES MOYENS

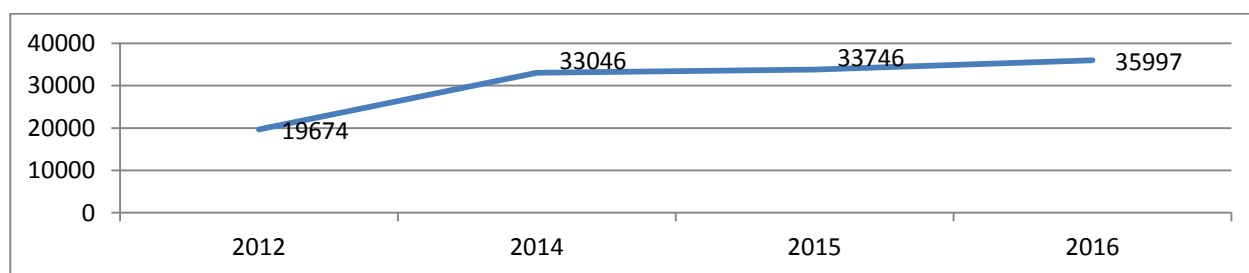
### ► Evolution de l'activité en hospitalisation temps plein

Graphique 94 : Evolution du nombre des entrées entre 2012 et 2016



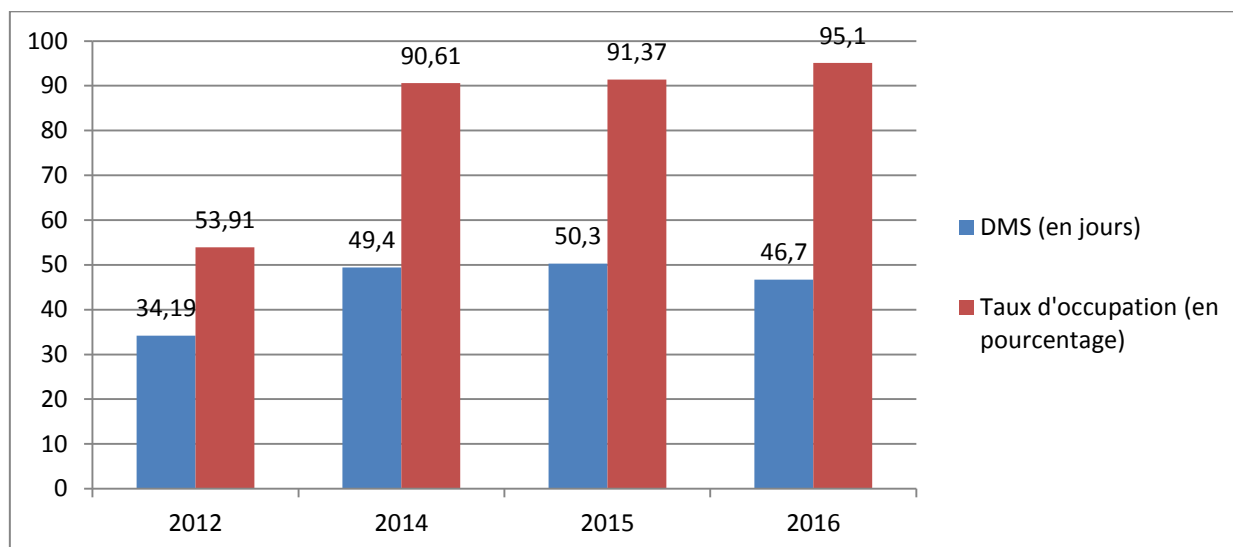
Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 95 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 2012 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 96 : Evolution de la DMS et du taux d'occupation entre 2012 et 2016

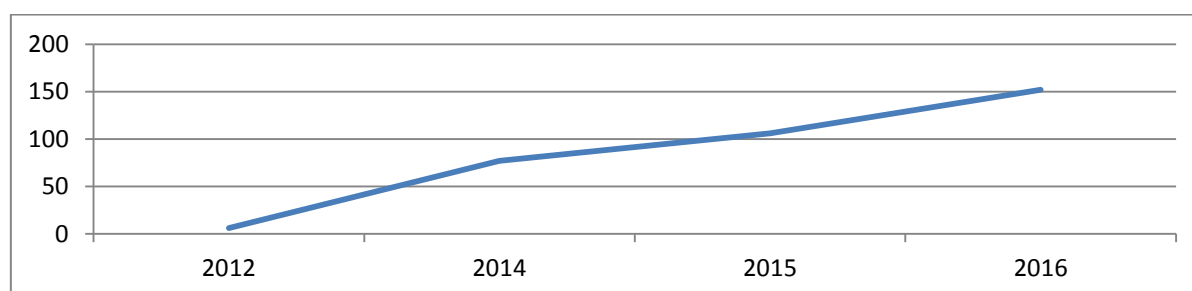


Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

L'évolution de la DMS a tendance à suivre celle du taux d'occupation selon une pente inverse.

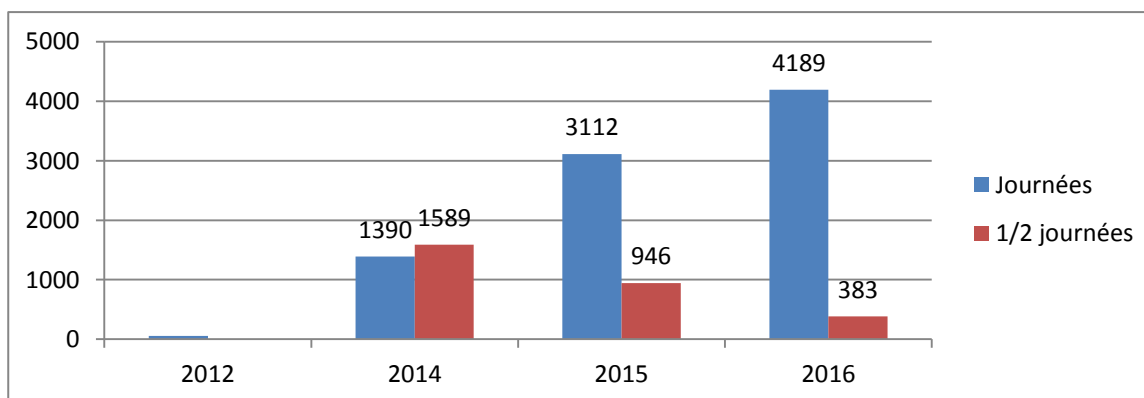
► **Evolution de l'activité en hospitalisation de jour**

Graphique 97 : Evolution du nombre des entrées en hospitalisation de jour de 2012 à 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement

Graphique 98 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation de jour de 2012 à 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement

➤ **L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux**

Si on met à part l'année 2012 qui a été l'année d'ouverture, entre 2013 et 2016, les moyens en personnels ont peu varié :

- les médecins sont passés de 7,8 ETP à 7,61 ;
- les infirmiers sont passés de 27,57 ETP à 28,46 ;
- les aides-soignantes sont passées de 5,77 à 5,56
- les psychologues sont passés de 3,4 ETP à 4,6.

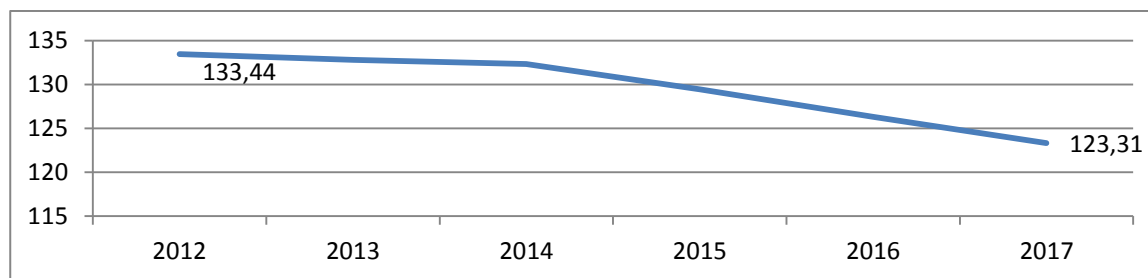
➤ **L'évolution de la dotation de l'établissement**

L'établissement est autorisé à facturer trois prix de journée :

- un prix de journée, pour la partie « sectorisée », de 394,35€, fixé en 2013, intégrant le forfait journalier, auquel s'ajoute un forfait d'entrée de 65,84€. En 2017, ce prix de journée est à 364,10€, et le forfait d'entrée à 60,87€ ;
- un prix de journée en hospitalisation, pour la partie clinique, de 123,31€, fixé en 2017, auquel s'ajoutent un forfait d'entrée de 60,87€ et des suppléments notamment pour une chambre particulière de 38€ (l'établissement a peu de chambres doubles) ;
- un prix de journée pour l'hospitalisation de jour constitué de cinq types de forfaits selon les soins prodigués (42,87€ ; 125,18€ ; 53,20€ ; 84,43€ ; 94,80€).

Depuis 2012, année d'ouverture de la clinique, le prix de journée a baissé régulièrement pour la partie « clinique ». Entre 2014 et 2016, la baisse a été au total de 4,5 % (la baisse a été de 2,1 % entre 2014 et 2015, de 2,4 % entre 2015 et 2016, et de 2,3 % entre 2016 et 2017). Mais sur la même période (2014-2016), le nombre des journées d'hospitalisation a augmenté au total de 8,9 %.

Graphique 99 : Evolution des prix de journée de la clinique en hospitalisation depuis 2012



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

L'établissement estime que le prix de journée qui lui est facturé pour la partie « clinique » ne couvre pas ses dépenses. Il compense ce manque de recette par les suppléments tarifaires pris en charge par les mutuelles (avec des mutuelles qui limitent souvent leur prise en charge à un mois). La clinique a également souligné que la part restant à la charge des patients, après remboursement de la mutuelle, était croissante (9 %).

Pour les médecins salariés, la clinique facture des dépenses à l'acte à l'assurance maladie et reverse aux praticiens une part de cette recette sous forme de salaire.

Pour les médecins libéraux payés à l'acte, ils perçoivent leurs honoraires et versent une redevance à la clinique (la clinique effectue la facturation auprès de l'assurance maladie).

### 3 LE POSITIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT

#### ➤ *Le partenariat dans le domaine des soins : les liens avec l'hôpital Robert Ballanger*

La régulation des admissions pour la partie « sectorisée » est faite par l'hôpital Robert Ballanger.

Chaque secteur de l'hôpital a désigné un médecin référent chargé d'être en lien avec la clinique. Toute admission fait l'objet d'un contact téléphonique avec le médecin de la clinique.

Des réunions mensuelles ont lieu entre équipe de la clinique et équipe des secteurs psychiatriques, afin de décider de l'orientation des patients hospitalisés. Peuvent s'ajouter, en fonction des besoins, des réunions de synthèse.

#### ➤ *La recherche : le dispositif Territorial de Recherche et de Formation*

Le groupe Clinea participe aux DTRF (dispositifs territoriaux de recherche et de formation<sup>253</sup>), mais la clinique de l'Alliance n'en fait pas partie car il n'y a pas de DTRF sur son territoire.

#### ➤ *Le partenariat avec le secteur médico-social*

Une convention a été établie entre la clinique et un EHPAD qui appartient aussi au groupe Orpea. Cette convention prévoit des facilités d'admission au sein de l'EHPAD pour des patients hospitalisés à l'Alliance et un soutien éventuel de la clinique pour la prise en charge de résidents de la maison de retraite.

### 4 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

L'établissement a surtout des chambres individuelles. Dans la partie « sectorisée », toutes les chambres sont individuelles. Les locaux sont neufs, agréables. Il y a un vaste espace extérieur.

Les patients hospitalisés dans la partie « sectorisée » peuvent circuler dans les parties communes de l'établissement, mais pas dans les étages. Ils ne peuvent pas sortir librement de la clinique. Un système de badge pour ouvrir les portes permet de réguler cette circulation des patients.

#### ➤ *Les hospitalisations en SDT et en SDRE*

Elles sont peu nombreuses.

---

<sup>253</sup> Les Dispositifs Territoriaux de Recherche et de Formation en psychiatrie (DTRF) sont issus d'un projet initié par le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et la Conférence des Présidents de CME de CHS. Ils ont pour but de créer un partenariat de recherche et de formation entre des établissements de santé, de formation et de recherche, il existe actuellement une dizaine de DTRF sur le territoire national.



Tableau 40 : Evolution des entrées et des journées en hospitalisation sans le consentement du patient entre 2012 et 2016

	Nombre d'entrées		Nombre de journées	
	<i>SDT</i>	<i>SDRE</i>	<i>SDT</i>	<i>SDRE</i>
<b>2012</b>	0	0	0	0
<b>2014</b>	1	10	174	600
<b>2015</b>	7	0	395	0
<b>2016</b>	2	1	112	74

Source : Données transmises à la mission par l'établissement

Il y a une chambre « d'apaisement » dans l'établissement pour pouvoir isoler un patient. Elle est très peu utilisée. A noter qu'elle ne comporte pas de double entrée.

#### ➤ **Les soins somatiques**

Un médecin généraliste est salarié de l'établissement à temps partiel.

## 5 LES DISPOSITIFS INNOVANTS

La clinique dispose d'un équipement pour des stimulations magnétiques trans-crâniennes (TMS).

A noter une expérience de télémédecine menée par une autre clinique du groupe implantée à Argenteuil (la clinique d'Orgemont). Un équipement de télémédecine, financé en partie par l'ARS, relie la clinique d'Orgemont à cinq EHPAD. Le fonctionnement de ce dispositif a deux avantages :

- réaliser des consultations psychiatriques à distance (l'expérience a montré que ces consultations étaient parfaitement possibles) ;
- aider les équipes lors de visioconférences à mieux gérer la situation particulière de certains résidents<sup>254</sup>.

Après deux ans, l'expérience a été interrompue, faute de moyens pour tarifier les actes médicaux de télémédecine.

Il faut constater un défaut de conception de cette expérimentation au départ. N'a pas été inclus au financement public des équipements celui des actes. Manifestement un suivi n'a pas été prévu.

<sup>254</sup> La consultation pouvait durer environ 1h et comprenait deux temps : un temps de consultation avec le patient accompagné par un médecin ou un soignant, un temps de débriefing avec l'équipe.

## 6 OBSERVATIONS GENERALES

Le groupe fait observer le problème posé par la baisse régulière de ses prix de journées. Pourtant l'OQN est en augmentation constante. On peut penser que la nécessité de tenir les dépenses dans une enveloppe, même en augmentation, alors que des lits et places sont créés et que des réajustements se font en fonction du degré d'inégalité de l'équipement des régions entre elles, explique ces baisses de tarifs, par ailleurs compensées par la participation des mutuelles et un effet volume parfois, comme c'est le cas pour la clinique de l'Alliance. Pour ce qui concerne la compensation par la participation des mutuelles cependant, il faut noter les limites que posent de plus en plus les mutuelles sur le niveau de leurs remboursements et leur durée.

Cette situation de contrainte budgétaire semble pousser les cliniques à se regrouper quand elles n'atteignent pas une taille critique (environ 80 à 100 lits). Ainsi, les cliniques psychiatriques sont en train de connaître l'évolution suivie par les cliniques de MCO il y a une trentaine d'années. Mais ce regroupement de cliniques psychiatrique a quelque chose de paradoxal. Constituer des établissements de 100 lits et plus, alors que la politique publique de soins psychiatriques vise à diminuer la part de l'hospitalisation dans les prises en charge, risque de mettre à mal le maillage territorial ou de compromettre l'atteinte de l'objectif global de réduction des capacités d'hospitalisations.

Du côté des cliniques privées à but lucratif, on est donc sans doute en train d'assister à un phénomène de concentration de lits, qui concerne aussi les places d'hôpital de jour<sup>255</sup>, alors que du côté du dispositif de soins sectorisé, on va vers une diminution forte du nombre des lits et une dispersion des modes de prise en charge dans la cité.

Le dispositif de soins privé à but lucratif paraît ouvert à des partenariats avec le secteur public qui vont jusqu'à définir des complémentarités dans la prise en charge des patients. La clinique l'Alliance en est un exemple. Par ailleurs, souvent les cliniques se tournent vers le secteur public pour s'associer aux GHT et faire partie de la CPT. Elles sont dans une position d'attente, le secteur public n'ayant pas encore suffisamment muri sa propre réorganisation.

Le groupe Orpea a souhaité avoir une stratégie de développement de la qualité des soins. Cette volonté explique le recours à des recrutements de médecins salariés facilitant leur implication dans le fonctionnement des services. Cette orientation porte aussi le groupe à s'impliquer dans la formation (partenariat avec l'université pour monter et cogérer des DU) et l'activité scientifique (exemple de la création de l'association de promotion de soins psychiques en institutions – APSPI –, qui a conduit à la création d'une revue et l'organisation de colloques).

---

<sup>255</sup> Pour des raisons de rentabilité, les cliniques privées à but lucratif autorisées à ouvrir des places d'hôpital de jour ont tendance à le faire dans leurs locaux d'hospitalisation.



# MONOGRAPHIE 9 :

## DU POLE DE PSYCHIATRIE ET D'ADDICTOLOGIE DE L'HOPITAL ALBERT CHENEVIER A CRETEIL (94)

Le pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert CHENEVIER fait partie des hôpitaux universitaires Henri Mondor implantés sur cinq sites. C'est un pôle universitaire qui représente environ 28 % de l'offre de psychiatrie de l'APHP. Il gère trois secteurs de psychiatrie générale correspondant à une population de 219 537 habitants :

- Secteur de Créteil : 91 780 habitants
- Secteur de Maisons-Alfort : 54 841 habitants
- Secteur de Boissy : 72 916 habitants.

La population des trois secteurs a progressé de plus de 17 % en 8 ans passant de 187 122 habitants en 2006 à 219 537 en 2016.

Son activité est plus large, le pôle comporte également des unités ayant une vocation hors secteur.

Service de l'APHP, ce pôle ne fait pas partie d'un GHT. Il est associé au GHT 94 Nord qui comprend le CH Saint-Maurice (établissement support) et le CH les Murets et au GHT 94 Est qui comprend CHIC et CHIV. Cette position de membre associé au GHT ne permet pas au pôle d'être véritablement partie prenante des décisions qui sont prises.

La constitution d'une CPT n'a pas été engagée sur ce territoire.

### 1 LE MODELE D'ORGANISATION DU POLE

Le pôle est constitué de trois composantes, auxquelles s'ajoutent des centres experts et un centre de remédiation cognitive et sociale placés sous la responsabilité d'un PU-PH :

- la « psychiatrie sectorisée » qui regroupe les structures hospitalières et extrahospitalières des trois secteurs (5 unités d'hospitalisation totalisant 100 lits, trois CMP sur deux sites et deux hôpitaux de jour de 15 places chacun, 24 places d'appartements thérapeutiques). A été mis en place un dispositif de soins partagés (DSP)<sup>256</sup>. Cette partie du pôle est placée sous la responsabilité d'un PU-PH, par ailleurs responsable de pôle adjoint ;
- l'addictologie comprenant un hôpital de jour et des consultations, une unité d'hospitalisation en SSR de 12 lits et une unité d'hospitalisation MCO de 12 lits également. Cette partie du pôle est placée sous la responsabilité d'un PH ;

---

<sup>256</sup> Il s'agit d'un dispositif de structuration des liens avec les médecins généralistes.

- la « psychiatrie intersectorielle », sous la responsabilité d'un PH, regroupant 15 lits d'hospitalisation non sectorisés et 3 lits d'hospitalisation de courte durée (CRUP) installés près du SAU à l'hôpital Henri Mondor, l'activité de liaison et les urgences psychiatriques du SAU de Mondor, la psychiatrie de liaison de l'hôpital H Mondor et une PASS-PSY.
- regroupant l'activité de liaison et les lits de courte durée installés près du SAU à l'hôpital Henri Mondor.

Le chef de pôle est le professeur Marion LEBOYER.

Bien que le découpage en secteurs ait été conservé, de fait, le pôle est devenu le secteur, à savoir le territoire de référence par rapport auquel est organisée l'offre de soins de proximité. Les unités d'hospitalisation de la partie « psychiatrie sectorisée » répondent aux besoins de la population de l'ensemble des trois secteurs indistinctement. L'extrahospitalier garde une référence plus forte aux trois secteurs qui constituent le pôle.

Le reste du pôle (centres experts, centre de remédiation cognitive, addictologie et psychiatrie intersectorielle) répond aux besoins de territoires plus larges que celui des seuls trois secteurs. Ainsi, l'activité de psychiatrie liée au SAU répond aux besoins de la population correspondant au GHT 94 nord, mais aussi, en partie, au GHT psy Sud Paris et au GHT 93 Est. La coordination nationale des centres experts est implantée au niveau de ce pôle.

Le pôle entend constituer des filières de prise en charge spécialisées allant de la consultation à la réinsertion. C'est le cas pour l'addictologie, les jeunes adultes, les patients psychotiques chroniques. Des liens étroits entre centres experts et maison des adolescents sont en train d'être organisés, pour dépister au plus tôt et prendre en charge des pathologies psychotiques apparaissant chez ces adolescents et jeunes adultes.

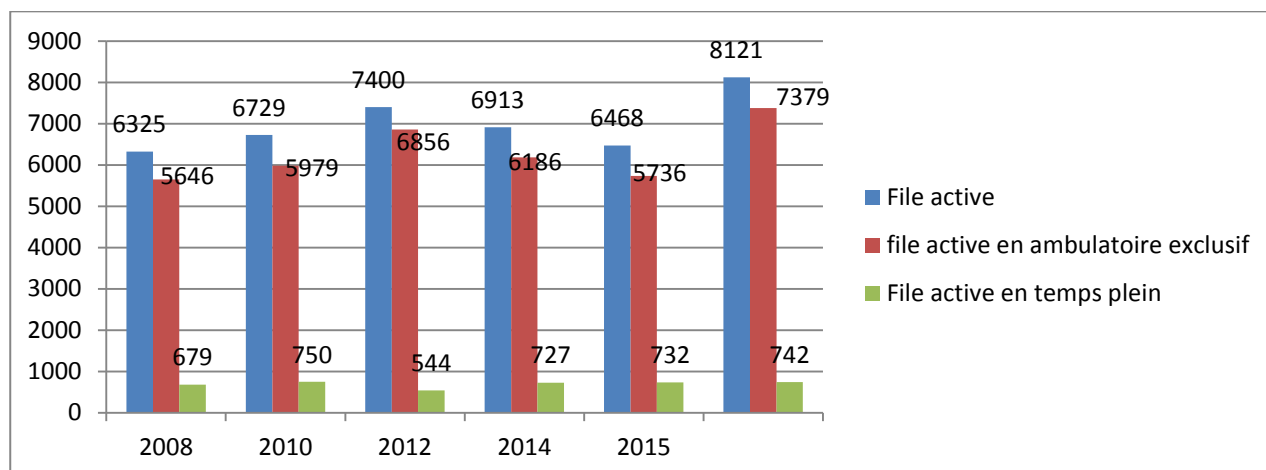
Sont portés par le pôle quatre centres experts (troubles bipolaires, schizophrénie, syndrome d'Asperger, dépression résistante) qui permettent de faire des évaluations très spécialisées et d'orienter les patients en conséquence vers des prises en charge adaptées à leur situation. De plus une activité de recherche importante est assurée à partir de ce pôle (unité INSERM, fondation de coopération scientifique FondaMental...).

## 2 LES ACTIVITES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT ET LES MOYENS EN PERSONNELS

### ➤ *L'évolution globale des activités*

Entre 2008 et 2016, la file active a eu une évolution fluctuante, la tendance générale étant à la hausse.

Graphique 100 : Evolution des files actives en 8 ans



Source : Données transmises à la mission par le pôle

### ► L'évolution générale des moyens en personnels soignants et médicaux

Pour les médecins, le nombre d'ETP a été multiplié par un peu plus de trois en 8 ans, passant de 9 à 29,7, le nombre des internes étant de 5 en 2010 et de 12 en 2016 (taux général d'évolution du nombre des internes en Ile de France).

Cette augmentation s'explique par des missions nouvelles et des évolutions de structure qui ont eu lieu (création des centres experts, création de la PASS-PSY et du DSP, création de deux équipes de psychiatrie de liaison) et regroupement de structures (fermeture de l'association APSY et regroupement des personnels médicaux et para-médicaux).

Le nombre des infirmiers a peu varié en 8 ans (78,9 ETP en 2008 et 75,3 ETP en 2016). La part de ces effectifs affectée exclusivement en extrahospitalier est de 26,5 % en 2016. Elle n'a que très peu varié en dix ans.

Le nombre des psychologues a fluctué selon les années pour rester, au final, à peu près stable (19,21 ETP en 2008 et 20,3 ETP en 2016). La part de ces effectifs affectés exclusivement en extrahospitalier est de 36,4 % en 2016. Elle était de 32 % en 2010.

Le pôle signale un important turn-over des médecins (départ de un à deux PH par an en moyenne) et des infirmiers, qui s'expliquerait par une forte charge de travail liée à de trop faibles effectifs en personnel. Il a été rapporté à la mission que les arrêts de courte durée des aides-soignants ont doublé entre les premier et second trimestres de cette année, par rapport à ceux de l'année dernière. Cette situation n'est pas spécifique à la psychiatrie, elle est constatée sur l'ensemble de l'établissement dans un contexte de réorganisation du temps de travail. Le pôle rencontre par ailleurs des difficultés pour recruter des infirmiers et des médecins, sur les postes vacants. La mission souligne qu'aucun des autres établissements qu'elle a rencontrés n'a indiqué avoir des difficultés de recrutement infirmier.

Le nombre des médecins du pôle est supérieur à celui constaté par la mission dans les établissements où elle s'est déplacée. Mais cette comparaison est fragile dans la mesure où une large part des activités du pôle a une vocation plus large que les 3 secteurs (et il est difficile de comparer l'importance de ces activités d'un établissement à l'autre). Cependant, l'effectif en infirmiers est lui inférieur à ce qui peut être constaté dans d'autres secteurs desservant pourtant une population plus petite (exemple du secteur d'Armentières vu par la mission où le nombre

d'infirmier est de 48 ETP, pour une population de 86 000 habitants environ). En tout cas il n'a pas été porté à la connaissance de la mission une méthode de répartition des effectifs médicaux et paramédicaux entre les services de psychiatrie de l'APHP qui prennent en compte des critères de population desservie ou d'activité.

### 3 LE POSITIONNEMENT DE L'HOPITAL DANS SON ENVIRONNEMENT

#### 3.1 Le partenariat dans le domaine des soins

##### ➤ *Autour du fonctionnement du SAU*

Des conventions ont été passées avec trois hôpitaux ayant des activités en psychiatrie pour organiser l'orientation des urgences : Les Murets, Saint-Maurice-Esquirol. A noter que les praticiens de ces trois établissements ne participent pas au tour de garde permettant d'assurer la présence d'un psychiatre au SAU. On pourrait s'attendre à ce que ce sujet soit abordé dans le cadre de la préparation du projet médical partagé (PMP) du GHT réunissant Les Murets et Saint-Maurice, auquel le pôle d'Albert Chenevier est associé.

En 2016, 3 304 patients ont été vus aux urgences psychiatriques de Mondor. Sur ces 3 304 patients, 2 847 proviennent du département du Val de Marne, et 547 hors Val de Marne. 1076 patients vus relèvent des 3 secteurs du pôle soit 37.8 % du total des patients du Val de Marne et 32.5 % du total des patients vus aux urgences.

##### ➤ *Les liens avec la psychiatrie du secteur privé*

Le pôle travaille surtout avec une clinique privée (convention avec une clinique à Nogent), alors qu'il y en a quatre dans son environnement proche. Les psychiatres de ces cliniques ne participent pas au fonctionnement du SAU.

##### ➤ *La prise en charge des problèmes somatiques et les liens avec les médecins généralistes*

Il n'y a pas de médecins généralistes au sein du pôle, contrairement à ce qui se passe dans de nombreux établissements spécialisés en psychiatrie. C'est le résultat d'une politique générale de l'APHP qui ne permet pas l'embauche de médecins généralistes titulaires.

Une unité de 15 lits implantée à l'hôpital Henri Mondor prend en charge les patients présentant des troubles somatiques et psychiatriques intriqués, réalise les activités de sismothérapie.

Malgré les liens noués dans le cadre des activités de psychiatrie de liaison avec les services de MCO de l'hôpital Henri Mondor, la prise en charge des problèmes somatiques des personnes présentant des troubles psychiques ne paraît pas satisfaisante (accueil mal adapté à cette clientèle, examens un peu trop rapides...). Ces observations faites au niveau du pôle vont dans le sens de constats faits à l'occasion d'une autre mission de l'IGAS concernant aussi l'APHP (l'inspection de Paul Guiraud)<sup>257</sup>. Il n'y avait alors pas de relations organisées concernant la prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiatriques entre Clamart (annexe de Paul Guiraud) et Antoine Béclère (établissement de l'APHP), alors que les deux établissements sont face à face de part et d'autre

---

<sup>257</sup> « Contrôle du fonctionnement du groupe hospitalier Paul Guiraud (Villejuif, Val-de-Marne) ». Rapport IGAS 2013-101R.

d'une avenue. Là aussi, les secteurs de Clamart font état de problèmes d'accueil et de soins trop rapides à Béclère.

**Il serait utile qu'une étude soit menée, au sein de l'APHP, pour examiner les conditions de prise en charge somatique des patients présentant des troubles psychiatriques.**

Par ailleurs, le pôle d'Albert Chenevier a mis en place un Dispositif de Soins Partagés (DSP 94) pour organiser ses liens avec les médecins généralistes.

### **3.2 La participation au conseil local de santé mentale (CLSM)**

Un conseil local de santé mentale a été créé à Créteil en 2016 porté par la ville, l'ARS et Mondor

## **4 L'ACCES AUX SOINS**

### **4.1 Les soins en urgence**

Les urgences psychiatriques sont prises en charge au niveau de locaux dédiés (SAU Psychiatrie) dans le service des urgences de l'hôpital Henri Mondor. Par ailleurs depuis Juin 2017, trois des 18 lits du service de psychiatrie intersectoriel sont dévolus à l'hospitalisation en post-urgence (Centre Renforcé d'Urgences Psychiatriques, CRUP).

En dehors du poste d'assistant financé par les Murets dans le cadre de la convention passée avec eux, la participation au fonctionnement du SAU de jour comme de nuit repose entièrement sur les médecins du pôle, comme cela l'a déjà été dit plus haut (3 107 avis par an) ce qui impacte lourdement la présence des médecins en repos de sécurité sur les différentes structures du pôle en intra comme en extra-hospitalier.

Malgré le dépôt de plusieurs projets de création d'équipe mobile (Vigilans94 pour les suicidants, équipe mobile premier épisode, équipe mobile pour la prise en charge des personnes autistes sur les structures médico-sociales du 94), le pôle ne dispose toujours pas d'équipe mobile lui permettant d'intervenir en urgence au domicile du patient ou en institution médico-sociale.

### **4.2 L'accès aux soins dans les CMP**

Les délais pour obtenir un rendez-vous en CMP sont importants (deux mois).

Le pôle s'interroge sur le regroupement possible de toutes ses activités de consultation sur le site hospitalier. Actuellement, deux CMP sont implantés sur les territoires sectoriels au plus près de la population.

## **5 L'HOSPITALISATION PLEIN TEMPS**

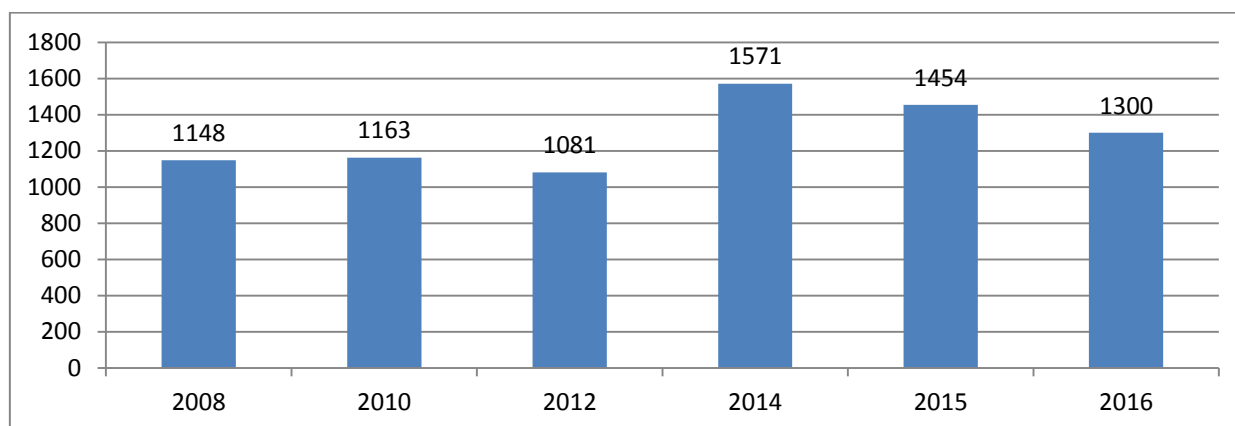
### **► L'évolution des capacités et des activités**

Le nombre des lits du pôle est resté inchangé depuis 8 ans. Rapportée à la population, la densité en lits est de 45 lits pour 100 000 habitants (81 en France entière).



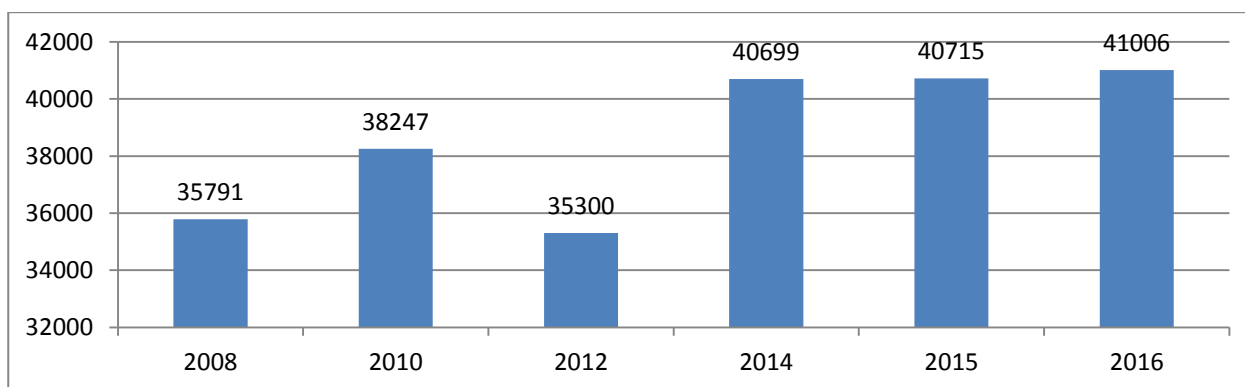
Le nombre des entrées en hospitalisation fluctue selon les années, avec une tendance à la hausse. Il en est de même pour les journées d'hospitalisation.

Graphique 101 : Evolution des entrées en hospitalisation temps plein depuis 8 ans



Source : Données transmises à la mission par le pôle

Graphique 102 : Evolution des journées d'hospitalisation en 8 ans

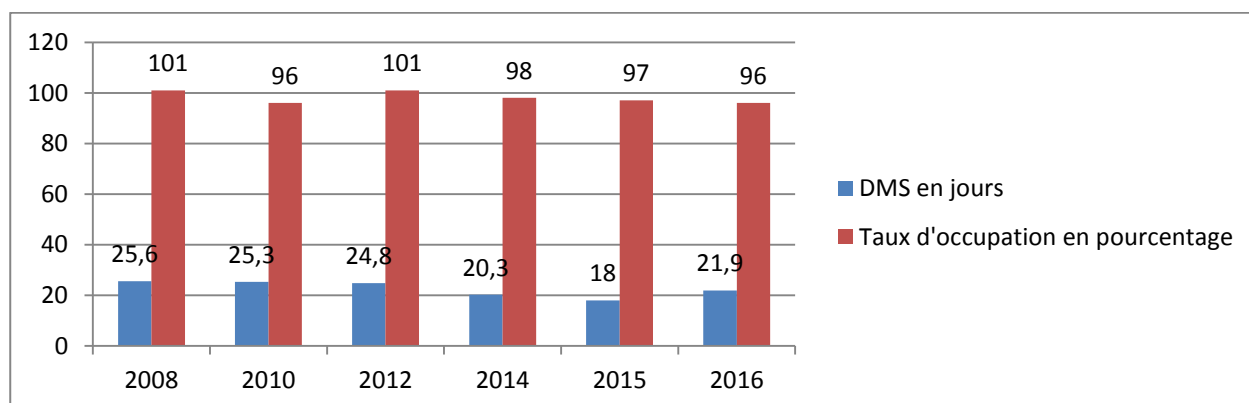


Source : Données transmises à la mission par le pôle

Le taux d'occupation est globalement élevé, supérieur en permanence à 95 %. En conséquence, environ 10 patients relevant des secteurs du pôle sont admis dans d'autres établissements de soins psychiatriques, et 10 patients par mois sont gardés aux urgences au-delà de 24 heures, en attendant qu'une place d'hospitalisation se libère. Par manque de place, des lits supplémentaires sont régulièrement installés dans les chambres, portant le taux d'occupation au-delà de 100 %.

La DMS est basse par rapport à la moyenne nationale (54 jours). Elle a tendance à diminuer.

Graphique 103 : Evolution de la DMS (en jours) et du taux d'occupation (en pourcentage) sur 8 ans



Source : Données transmises à la mission par le pôle

L'établissement observe que la difficulté à trouver des solutions de prise en charge médico-sociale en aval de l'hospitalisation, et l'insuffisance de ses dispositifs en soins ambulatoires (équipes mobiles notamment), entraînent un taux d'inadéquation élevé dans les unités d'hospitalisation (20 à 25 % des patients seraient hospitalisés pour des durées supérieures à 6 mois) et des ré-hospitalisations trop nombreuses, estimées à 30 % des patients (faute de places en hospitalisation, les durées de séjour sont souvent trop courtes et le patient, peu accompagné à l'extérieur, rechute rapidement).

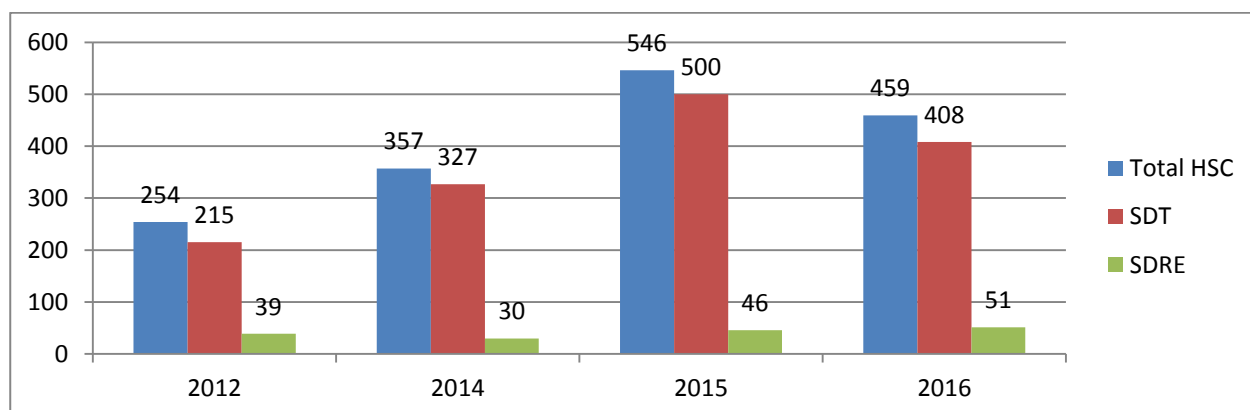
➤ **Les conditions d'hospitalisation, notamment les hospitalisations sans le consentement des patients**

Le nombre des journées d'hospitalisation réalisées en soins sans consentement représente entre 54 % (en 2012) et 49 % (en 2016) du total.

Le recueil des données du nombre d'hospitalisations sans consentement apparaît en partie artificiellement comme ayant augmenté ce qui est probablement dû à une amélioration de l'exhaustivité du codage depuis 2014. De fait, le nombre des entrées en hospitalisation sans le consentement du patient a tendance à fortement augmenter (il a presque doublé en 5 ans). Il s'en suit plus de journées d'hospitalisation pour les patients relevant de cette position (deux fois plus de journées en 5 ans).

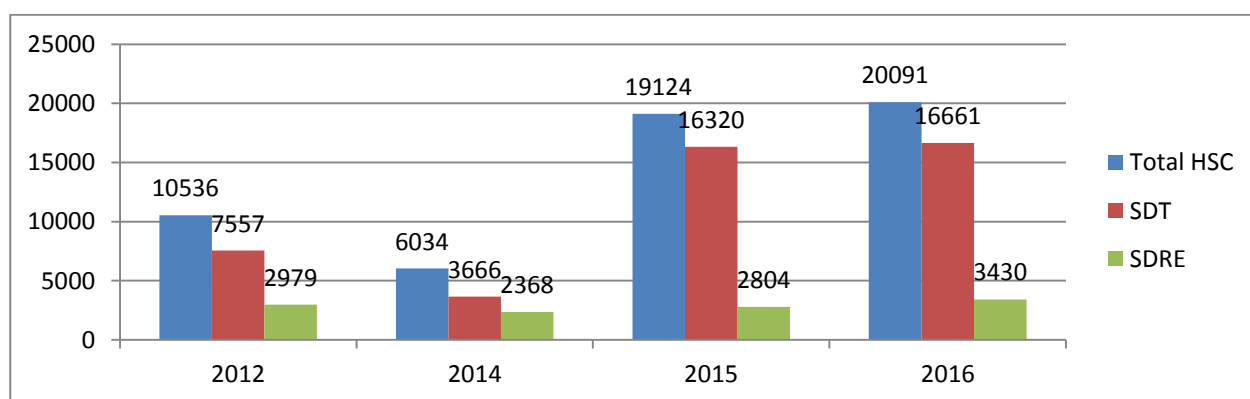
La part des hospitalisations en SDRE est faible (11 % du total des hospitalisations sans le consentement du patient).

Graphique 104 : Evolution des entrées pour des patients hospitalisés sans leur consentement entre 2012 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Graphique 105 : Evolution des journées d'hospitalisation pour des patients hospitalisés sans leur consentement entre 2012 et 2016



Source : Données transmises à la mission par l'établissement.

Mise à part une unité d'hospitalisation destinée à accueillir de jeunes adultes, deux unités ouvertes disposent d'une chambre d'isolement chacune, une unité fermée dispose d'une chambre d'isolement et une d'apaisement et la seconde unité fermée, dispose de deux chambres d'isolement et d'une unité d'apaisement. Les locaux sont satisfaisants, mise à part l'absence d'une double porte pour accéder à l'une des chambres d'isolement par deux côtés.

Les unités d'hospitalisation sont implantées dans des locaux récents, pas toujours bien adaptés cependant à l'exercice de la psychiatrie. Les conditions de confort des chambres sont convenables.

Deux unités d'hospitalisation sur les cinq sont des unités fermées.

## 6 LE DISPOSITIF DE SOINS HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

### ► Les CMP

Entre 2008 et 2016, le nombre des consultations a augmenté de 57 %.

Les deux CMP sont ouverts 5 jours par semaine.

➤ **Les hôpitaux de jour**

Le nombre des séances en hospitalisation partielle a augmenté de 19 % entre 2008 et 2016.

➤ **Les dispositifs innovants : les 4 centres experts et la coordination nationale**

Il y a au total 43 centres experts en France répartis sur 17 CHU, formant un réseau d'échanges de données et de travaux de recherche collectifs, mettant en œuvre des pratiques soignantes définies en commun. Le réseau a mis en place un dossier médical informatisé.

Ce dispositif a pour origine une initiative prise au CH Albert Chenevier de Créteil il y a dix ans. Le pôle de psychiatrie gère quatre centres experts.

Le réseau dispose d'un financement ayant trois origines :

- à partir des crédits fléchés nationalement (2,4M€ par an en 2010, et 3,2 M€ en 2017, pour 8 centres experts sur 10 consacrés aux troubles bipolaires ;
- le FIR mobilisé par certaines ARS ;
- des fonds privés servant notamment à financer le réseau dépression résistante et la coordination nationale.

Ce dispositif, financé par des fonds publics depuis 2010, n'a fait l'objet d'aucune évaluation pour savoir s'il convenait d'en modifier ou pas les principes de fonctionnement, de le pérenniser ou pas, de le généraliser ou pas, pour déterminer son financement nécessaire.

Dans un an, les fonds privés viendront à manquer, selon ce qui a été rapporté à la mission, et la coordination nationale qui confère à ce dispositif une grande part de son intérêt (homogénéisation des pratiques, développement de la recherche) disparaîtra.

Il existe manifestement un risque d'épuisement des professionnels qui portent de tels projets sans avoir une visibilité suffisante sur leur devenir. Il faut par ailleurs noter qu'à partir de ces centres experts et de leur coordination s'est développée une activité de recherche non négligeable, qui pourrait pâtir d'un avenir trop incertain de ce dispositif.

## **7 LE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE DES SOINS ET DE LA GESTION DES RISQUES**

Il y a quatre ans a été engagée une approche méthodique de l'analyse des événements indésirables. Cela a eu des effets sur les pratiques. En conséquence, les événements indésirables ont diminué.



# DONNEES DE COMPARAISON ENTRE LES SITES VISITES PAR LA MISSION

## Précautions de lecture

Sont présentées ci-dessous les données 2016 transmises par les établissements. Les données sont présentées à des fins de comparaison. Pour autant, les comparaisons comportent de nombreux biais car l'activité des établissements peut différer ainsi que les dénombrements effectués. Les patients traités ne présentent pas toujours les mêmes pathologies et le degré de gravité de leurs troubles peut être variable. Les données peuvent donc seulement apporter un éclairage sur les disparités existantes au sein du dispositif de soins, ainsi les valeurs maximales et minimales ont été mises en évidence dans les tableaux (respectivement en rouge et en bleu). Mais tous les écarts présentés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des anomalies qu'il conviendrait de supprimer. La lecture des monographies peut apporter des éléments de compréhension de certains écarts. D'autres écarts ne sont pas explicables et des travaux de recherche évaluative seraient indispensables.

## 1 MOYENS RAPPORTES A LA POPULATION OU A LA FILE ACTIVE POUR LES ETABLISSEMENTS SECTORISES

### 1.1 Moyens en personnels et en DAF par rapport à la population

Tableau 41 : Moyens en personnel et financiers (DAF) et population couverte par les établissements

	ETP médicaux en psy générale	ETP infirmiers en psy générale	ETP médicaux en pédopsychiatrie	ETP infirmiers en pédopsychiatrie	DAF	population du secteur	population enfants et ados
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	6,8	48,3			NC	63 231	
<b>CH Vinatier (69)</b>	145,2	463,1	44,92	105,94	151 192 595 €	646 908	188 327
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	62,0	323,1	27,1	59,54	110 777 411 €	512 495	177 630
<b>CH Chartres (28)</b>			3,6	23,96	5 404 439 €	324 850	110 606
<b>CH Bonneval (28)</b>	16,9	148,4	3,668	18,206	31 061 001 €	227 030	77 300
<b>CH Dreux (28)</b>	8,7	49,1	3,5	9	9 030 965 €	107 954	44 523
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	22,8	238,0	7,42	42,6	42 899 612 €	227 369	52 885
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	55,1	482,8	10,68	38,4	68 527 473 €	1 124 287	106 369
<b>CHU Toulouse (31)</b>	20,4	123,6*	15,46	26,6	21 403 162 €	116 557	114 189
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	29,8	75,3			NC	219 537	

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Méthode : pour la population du secteur la mission a dû procéder à des calculs soit pour déterminer la part des moins des enfants et adolescents (à partir du poids des moins de 20 ans dans le département dans les données

Insee), soit pour actualiser les chiffres (à partir du taux de croissance de la population du département dans les données Insee)

*Remarque* : pour le CHU de Toulouse sont comptabilisés 51,86 ETP infirmiers affectés au service des urgences psychiatriques qui couvre un territoire équivalent au département, bien plus large que la seule zone de l'établissement.

Tableau 42 : Moyens en personnel et DAF rapportés à la population

	ETP médicaux en psy générale pour 100 000 hab.	ETP infirmiers en psy générale pour 100 000 hab.	ETP médicaux en pédopsy pour 100 000 hab.	ETP infirmiers en pédopsy pour 100 000 hab.	DAF par habitant
pôle 59G21 - EPSM Lille (59)	10,8	76,4			NC
CH Vinatier (69)	22,5	71,6	23,9	56,3	181,02 €
H de Saint-Maurice (75)	12,1	63,0	15,3	33,5	160,52 €
CH Chartres (28)			3,3	21,7	48,86 €
CH Bonneval (28)	7,4	65,3	4,7	23,6	102,06 €
CH Dreux (28)	8,1	45,5	7,9	20,2	59,23 €
ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)	10,0	104,7	14,0	80,6	153,07 €
CH Marchant Toulouse (31)	4,9	42,9	10,0	36,1	55,68 €
CHU Toulouse (31)	17,5	106,0*	13,5	23,3	92,76 €
CHU Chenevier APHP (94)	13,6	34,3			NC

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

## 1.2 Moyens rapportés à la file active

Tableau 43 : Moyens en ETP en psychiatrie générale rapportés à la file active

	ETP médecins	ETP infirmiers	file active	ETP médecins pour 1000 patients	EPT ide pour 1000 patients
pôle 59G21 - EPSM Lille (59)	6,9	48,3	3011	2,3	16,0
CH Vinatier (69)	145,3	463,1	20057	7,2	23,1
H de Saint-Maurice (75)	62,0	323,1	10529	5,9	30,7
CH Chartres (28)					
CH Bonneval (28)	16,9	148,4	NC	NC	NC
CH Dreux (28)	8,7	49,1	3029	2,9	16,2
ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)	22,8	238,1	4983	4,6	47,8
CH Marchant Toulouse (31)	55,1	482,8	12709	4,3	38,0
CHU Toulouse (31)	20,4	123,6	4608	4,4	26,8
CHU Chenevier APHP (94)	29,8	75,3	8121	3,7	9,3

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Tableau 44 : Moyens en ETP en psychiatrie infanto-juvénile rapportés à la file active

	ETP médecins	ETP infirmiers	file active	ETP médecins pour 1000 patients	EPT ide pour 1000 patients
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>					
<b>CH Vinatier (69)</b>	44,9	105,9	6483	6,9	16,3
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	27,1	59,5	5071	5,3	11,7
<b>CH Chartres (28)</b>	3,6	24,0	844	4,3	28,4
<b>CH Bonneval (28)</b>	3,7	18,2	1590	2,3	11,5
<b>CH Dreux (28)</b>	3,5	9,0	1010	3,5	8,9
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	7,4	42,6	1195	6,2	35,6
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	10,7	38,4	1520	7,0	25,3
<b>CHU Toulouse (31)</b>	15,5	26,7	5217	3,0	5,1
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>					

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

## 2 PART DE L'AMBULATOIRE DANS LE DISPOSITIF SECTORISE

### 2.1 Part de la file active exclusivement ambulatoire

Tableau 45 : Part de la file active exclusivement ambulatoire en psychiatrie générale

	File active exclusivement ambulatoire	File active totale	Part de la file active exclusivement ambulatoire
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	2633	3011	87 %
<b>CH Vinatier (69)</b>	15411	20057	77 %
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	8455	10529	80 %
<b>CH Chartres (28)</b>			
<b>CH Bonneval (28)</b>	NC	NC	NC
<b>CH Dreux (28)</b>	1768	3029	58 %
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	3232	4983	65 %
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	10670	12709	84 %
<b>CHU Toulouse (31)</b>	3827	4608	83 %
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	7379	8121	91 %

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements



Tableau 46 : Part de la file active exclusivement ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile

	File active exclusivement ambulatoire	File active totale	Part de la file active exclusivement ambulatoire
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>			
<b>CH Vinatier (69)</b>	6210	6483	<b>96 %</b>
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	4881	5071	<b>96 %</b>
<b>CH Chartres (28)</b>	548	844	<b>65 %</b>
<b>CH Bonneval (28)</b>	1350	1590	85 %
<b>CH Dreux (28)</b>	871	1010	86 %
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	981	1195	82 %
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	1175	1520	77 %
<b>CHU Toulouse (31)</b>	4837	5217	93 %
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>			

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

*Remarque* : compte tenu de l'organisation de la pédopsychiatrie en Eure-et-Loir, de la structuration de filières et de la mutualisation d'unités de pédopsychiatrie, il est utile d'examiner les données à cet échelon : ainsi 80 % de la file active est traitée exclusivement en ambulatoire

## 2.2 Part des infirmiers affectés exclusivement en ambulatoire

Tableau 47 : Part des ETP infirmiers affectés en ambulatoire en psychiatrie générale

	ETP IDE	ETP IDE exclusivement en ambulatoire	part des IDE uniquement affectés en ambulatoire
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	48,3	28,9	<b>60 %</b>
<b>CH Vinatier (69)</b>	463,1	152,6	33 %
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	323,1	190,9	59 %
<b>CH Chartres (28)</b>			
<b>CH Bonneval (28)</b>	148,4	38,7	26 %
<b>CH Dreux (28)</b>	49,1	NC	NC
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	238,0	61,0	26 %
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	482,8	204,9	42 %
<b>CHU Toulouse (31)</b>	123,6	5,8	<b>5 %</b>
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	75,3	20,0	27 %

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Tableau 48 : Part des ETP infirmiers affectés en ambulatoire en psychiatrie infanto-juvénile

	ETP IDE	ETP IDE exclusivement en ambulatoire	part des IDE uniquement affectés en ambulatoire
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>			
<b>CH Vinatier (69)</b>	105,9	68,5	65 %
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	59,5	59,5	100 %
<b>CH Chartres (28)</b>	24,0	3,4	14 %
<b>CH Bonneval (28)</b>	18,2	18,2	100 %
<b>CH Dreux (28)</b>	9	NC	NC
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	42,6	16,3	38 %
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	38,4	29,6	77 %
<b>CHU Toulouse (31)</b>	26,7	3,6	13 %
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>			

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Remarque : Certains établissements ne disposant pas d'unités d'hospitalisation, d'autres ayant un rôle de recours pour un territoire étendu, ces données sont à examiner avec précaution.

### 2.3 Lits, journées d'hospitalisations et consultations rapportées à la population

Tableau 49 : Lits pour 100 000 personnes en psychiatrie générale

	lits	population	Lits pour 100 000 personnes
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	10	63232	<b>15,8</b>
<b>CH Vinatier (69)</b>	683	646908	<b>105,6</b>
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	260	512495	50,7
<b>CH Chartres (28)</b>			
<b>CH Bonneval (28)</b>	175	227031	77,1
<b>CH Dreux (28)</b>	NC	107954	NC
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	223	227369	98,1
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	287	1124287	25,5
<b>CHU Toulouse (31)</b>	88	116558	75,5
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	100	219537	45,6

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

Tableau 50 : Lits pour 100 000 personnes en psychiatrie infanto-juvénile

	lits	population	Lits pour 100 000 personnes
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>			
<b>CH Vinatier (69)</b>	22	188327	11,7
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	7	177630	3,9
<b>CH Chartres (28)</b>	5	110606	4,6
<b>CH Bonneval (28)</b>	0	77300	0
<b>CH Dreux (28)</b>	0	44523	0
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	15	52885	28,4
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	20	106369	18,8
<b>CHU Toulouse (31)</b>	11	114189	9,7
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>			

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

## 2.4 Journées d'hospitalisations et consultations

Tableau 51 : Nombre de journées d'hospitalisations ou de consultations pour 100 000 personnes (population du secteur)

	psychiatrie générale		psychiatrie infanto-juvénile	
	journées pour 100 000 pers	actes pour 100 000 pers.	journées pour 100 000 pers	actes pour 100 000 pers.
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	3788	48791		
<b>CH Vinatier (69)</b>	36330	30739	2353	48535
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	25763	49626*	5057	54468*
<b>CH Chartres (28)</b>			1393	5660
<b>CH Bonneval (28)</b>	23214	21499	NA	11862
<b>CH Dreux (28)</b>	14250	10858	8851	14055
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	1383	21446	3453	27384
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	9721	18867*	4060	21721*
<b>CHU Toulouse (31)</b>	24443	20106	2963	36239
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	18678	14363		

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

*Remarque*: le codage du nombre de consultations pourrait être plus ou moins exhaustif selon les établissements et ne reflète pas nécessairement la réalité de l'activité ambulatoire compte tenu des autres formes de prise en charge en ambulatoire

\*ces établissements ont communiqué le nombre d'actes ambulatoires

### 3 CARACTERISTIQUES DE L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION

#### 3.1 Taux d'occupation et DMS

Tableau 52 : Taux d'occupation et DMS en psychiatrie générale

	taux d'occupation	DMS
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>	<b>65 %</b>	<b>7,1</b>
<b>CH Vinatier (69)</b>	95 %	42,1
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	94 %	36,8
<b>CH Chartres (28)</b>		
<b>CH Bonneval (28)</b>	83 %	21,4
<b>CH Dreux (28)</b>	83 %	13,81
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	92 %	NC
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	95 %	<b>47,0*</b>
<b>CHU Toulouse (31)</b>	92 %	27,7
<b>clinique Beaupuy Toulouse (31)</b>	<b>100 %</b>	37,5
<b>clinique Belle Allée Chaingy (45)</b>	98 %	39,6
<b>Clinique Alliance Villepinte (93)</b>	95 %	46,7
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>	96 %	21,9

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements  
\*la DMH est elle de 85 jours

Tableau 53 : Taux d'occupation et DMS en psychiatrie infanto-juvénile

	taux d'occupation	DMS
<b>pôle 59G21 - EPSM Lille (59)</b>		
<b>CH Vinatier (69)</b>	<b>53 %</b>	15,7
<b>H de Saint-Maurice (75)</b>	67 %	<b>45,8</b>
<b>CH Chartres (28)</b>	90 %	13,8
<b>CH Bonneval (28)</b>	NA	NA
<b>CH Dreux (28)</b>	<b>110 %</b>	X
<b>ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)</b>	33 %	28,5
<b>CH Marchant Toulouse (31)</b>	72 %	<b>3,0*</b>
<b>CHU Toulouse (31)</b>	84 %	25,3
<b>clinique Beaupuy Toulouse (31)</b>		
<b>clinique Belle Allée Chaingy (45)</b>		
<b>Clinique Alliance Villepinte (93)</b>		
<b>CHU Chenevier APHP (94)</b>		

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements  
\*la DMH est elle de 20 jours

### 3.2 Intensité des soins (moyens IDE par lits et journées d'hospitalisation)

Tableau 54 : Nombre d'IDE pour 10 000 journées d'hospitalisation et par lit

	jours d'hospitalisation	lits	moyens IDE intra-hospitaliers	IDE pour 10 000 jours d'hospitalisation	IDE par lits
pôle 59G21 - EPSM Lille (59)	2395	10	19,4	<b>81,0</b>	<b>1,9</b>
CH Vinatier (69)	235021	683	310,5	13,2	0,5
H de Saint-Maurice (75)	132032	260	132,2	10,0	0,5
CH Chartres (28)					
CH Bonneval (28)	52703	175	109,7	20,8	0,6
CH Dreux (28)	15383	NC	NC	NC	NC
ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)	74760	223	177,1	23,7	0,8
CH Marchant Toulouse (31)	109293	287	277,9	25,4	1,0
CHU Toulouse (31)	28490	88	117,8	41,3	1,3
clinique Beaupuy Toulouse (31)	60906	160	76,1	12,5	0,5
clinique Belle Allée Chaingy (45)	33922	95	25,0	<b>7,4</b>	<b>0,3</b>
Clinique Alliance Villepinte (93)	35997	99	28,5	7,9	<b>0,3</b>
CHU Chenevier APHP (94)	41006	100	55,3	13,5	0,6

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements

### 3.3 Mode d'hospitalisation des patients

Tableau 55 : Journées d'hospitalisations selon le mode d'hospitalisation libre, à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'Etat

	libre	SDT	SDRE	% libre	% SDT	% SDRE
pôle 59G21 - EPSM Lille (59)	1072	1062	261	<b>45 %</b>	<b>44 %</b>	11 %
CH Vinatier (69)	125237	62597	47187	53 %	27 %	20 %
H de Saint-Maurice (75)	48701	20409	16734	57 %	24 %	19 %
CH Chartres (28)						
CH Bonneval (28)	38771	10246	2929	75 %	20 %	6 %
CH Dreux (28)	11506	2700	1015	76 %	18 %	7 %
ESPIC Sainte-Marie Puy-en-Velay (43)	57430	16598	2558	75 %	22 %	<b>3 %</b>
CH Marchant Toulouse (31)	74399	27873	27101	58 %	22 %	<b>21 %</b>
CHU Toulouse (31)	35901	6920	1108	82 %	16 %	<b>3 %</b>
clinique Beaupuy Toulouse (31)	52840	7492	0	88 %	<b>12 %</b>	0 %
clinique Belle Allée Chaingy (45)						
Clinique Alliance Villepinte (93)	34611	112	74	<b>99 %</b>	0 %	0 %
CHU Chenevier APHP (94)	21025	16661	3430	51 %	41 %	8 %

Source : Mission à partir des données transmises par les établissements