



Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient



Rapport

Stéphanie DUPAYS

Dr Julien EMMANUELLI

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2019-090R
Juillet 2020

SYNTHÈSE

La ministre des solidarités et de la santé a demandé par lettre du 11 juillet 2019 à l'IGAS de diligenter une mission pour évaluer et conforter la place des centres médico-psychologiques (CMP) de psychiatrie générale dans les parcours en santé mentale des patients adultes et améliorer la coopération indispensable avec les médecins de ville et les professionnels de santé de proximité.

A titre d'appréciation globale, la mission tient à souligner l'extrême diversité des CMP pour adultes que ce soit en ce qui concerne leur taille, leurs moyens, leurs manières de travail ou leur rôle parmi les autres acteurs du soin psychique. La faiblesse des systèmes de remontée d'informations nationaux ainsi que la faible connaissance de ces structures au niveau local ont contraint la mission à exploiter des données d'une maille plus large que le CMP -le département, l'établissement- et à récolter ses propres données auprès des structures auditionnées pour revenir à l'échelle du CMP.

Autre élément de contexte : la mission a été interrompue par la crise liée à la COVID-19, ce qui a conduit à annuler un dernier déplacement, mais elle est quand même parvenue à se déplacer dans quatre régions et à auditionner près de 30 CMP répartis sur 14 départements.

1- Le CMP, fer de lance de la psychiatrie ambulatoire, s'insère dans une offre de soins inégale qui doit faire face à une demande en hausse

Issus d'une évolution dans l'organisation des soins reposant sur la désinstitutionnalisation et la territorialisation, les CMP sont au cœur de l'offre de soins publique en psychiatrie. Pivot du secteur, le CMP est censé déployer un large spectre d'interventions en articulation avec d'autres acteurs, le tout en proximité. Or cette organisation est mise à mal par une augmentation de la demande de soins psychiques, qu'elle s'explique par un meilleur dépistage, une augmentation de la prévalence des troubles psychiques ou une moindre stigmatisation. Ainsi en 2017, le nombre de patients pris en charge par le secteur de psychiatrie avoisine les deux millions contre 700 000 en 1989. Sur ces deux millions, le dispositif ambulatoire accueille 1,6 millions de patients (560 000 en 1989) dont une grande partie a fait l'objet d'une prise en charge au sein des CMP.

Pour répondre à cette demande croissante, l'offre de soins dans son ensemble (psychiatres, généralistes, psychologues, établissements, infirmiers) est, au niveau national, importante comparativement à d'autres pays européens. Mais les territoires présentent des situations très diversifiées. Plus que de refléter des choix voulus en matière d'organisation de soins afin de s'adapter à des besoins différenciés, ces disparités obéissent à des logiques d'implantation exogènes avec lesquelles les acteurs ont dû composer et que les différentes évolutions réglementaires ont eu de la peine à infléchir.

L'analyse croisée des différents segments de cette offre montre que, s'il existe des endroits où les faiblesses d'offre d'un type de professionnels sont compensées par les autres, le plus souvent les difficultés se cumulent. Ainsi, dans près d'un quart des départements, tous les types de professionnels sont très faiblement présents. Ces disparités déjà importantes au niveau départemental se creusent avec un maillage plus fin.

2- Les différences de moyens des CMP mettent à mal dans certains lieux les principes de proximité, pluridisciplinarité et accessibilité

Selon la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), le nombre de CMP adultes s'élève en 2018 à 1780 soit 3,2 CMP pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Cependant, l'absence de définition administrative précise rend ce chiffre peu fiable. L'appellation CMP peut correspondre à des structures de taille très différente (de 8 à 35 ETP pour les CMP auditionnés). La mission préconise à cet égard d'arrêter une définition administrative, juridique et organisationnelle des CMP qui permette d'en recenser le nombre tout en s'assurant d'un minimum de caractéristiques et de moyens communs, en envisageant la possibilité d'un régime d'autorisation fondé sur un cahier des charges à définir collégialement (fonctionnement, organisation, délégations, coordinations...).

La mission a préféré caractériser l'offre par d'autres indicateurs que le nombre de CMP :

- Par l'activité : en 2018, le nombre d'actes ambulatoires en CMP varie selon les départements de 4 700 à 38 300 pour 100 000 habitants, avec une médiane de 15 800. La part des CMP dans l'activité ambulatoire varie entre 44,8 % et 77,7 % selon les départements. Cela montre qu'en fonction des lieux, le CMP est plus ou moins le centre de l'activité ambulatoire et que celle-ci est parfois plus assurée autrement ou ailleurs (hôpital, domicile du patient, établissement médico-social, etc.). Cela pourrait suggérer que le CMP n'a pas systématiquement une fonction de pivot.
- Par les moyens de la psychiatrie en établissement, dont le CMP est une composante : ceux-ci sont très disparates puisqu'il existe des écarts de moyens rapportés à la population entre départements variant d'un facteur 15 pour les médecins et d'un facteur 22 pour le personnel non-médical.

De telles différences de moyens se traduisent par des couvertures territoriales plus ou moins denses. L'idéal de proximité du CMP a pu être altéré par des contraintes de moyens. Par exemple, dans les Hauts-de-France, il existe des lieux à plus de 50 minutes d'un CMP contre 13 minutes en moyenne régionale. Ces disparités de présence territoriale reflètent davantage des questions d'attractivité des territoires qu'elles ne sont la réponse à des besoins différenciés.

En outre, la pluridisciplinarité n'est, elle non plus, pas toujours assurée. Il existe même des structures où la présence médicale n'est pas maintenue en permanence et où le CMP est piloté par un ou plusieurs infirmiers qui réfèrent des cas les plus complexes à un médecin à distance.

En ce qui concerne les délais, pour les CMP auditionnés par la mission, le délai d'obtention d'un premier RDV varie entre un jour et un mois même si les acteurs affirment prendre en charge l'urgence beaucoup plus vite, soit en réservant des créneaux soit en intercalant un rendez-vous.

Le délai d'obtention d'un rendez-vous médical varie quant à lui de quelques jours à trois mois dans les CMP auditionnés par la mission. Les délais les plus importants sont souvent associés à une faible présence médicale mais la corrélation n'est pas parfaite. Là encore, en cas d'urgence, le délai peut être réduit, soit en étendant les horaires, soit en organisant un rendez-vous téléphonique si le médecin est absent.

La mission insiste sur la nécessité de poursuivre les investigations sur les délais en faisant réaliser par l'ANAP un outil de mesure et d'identification des leviers d'amélioration et de reproduire dans toutes les régions les travaux menés par deux ARS auditionnées pour identifier les difficultés d'accès.

Enfin, sur le plan des financements, l'absence de comptabilité analytique ne permet pas de tracer la part de la dotation pour la psychiatrie qui revient au CMP. La réforme en cours du financement des établissements de santé qui comporte un volet relatif au financement des établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie, et prévoit de moduler les dotations en fonction de plusieurs paramètres dont la population, la qualité et l'innovation ne pourra être mise en œuvre sans travaux complémentaires sur les indicateurs de contexte et d'activité, qui ne sont pas définis pour l'instant.

De plus, les écarts actuels des moyens humains rapportés à la population rendent difficilement concevable une convergence des moyens alloués à court-terme.

3- Le CMP : entre repli sur son cœur de métier et pivot du soin psychique

Le CMP aujourd'hui est le produit d'une évolution historique qui se caractérise par un élargissement progressif de son périmètre d'action. A l'origine, le CMP associe une activité d'accueil et de prise en charge, et une fonction de pivot et de coordination des acteurs et est appelé à proposer un large spectre de réponses allant de la prévention, du repérage et du dépistage à l'accompagnement médico-psychosocial en passant par les soins. Dans les textes, les missions de service public se sont multipliées depuis une vingtaine d'années, des périmètres d'intervention particuliers ayant été signalés ou réaffirmés comme pouvant impliquer les CMP d'amont en aval (soins aux détenus, développement de l'aller-vers, gériatrie, détection des psychoses débutantes...) sans qu'on puisse établir dans quelle mesure cette extension des missions est effective.

Face à cet élargissement des missions, deux grandes tendances se dessinent entre des CMP qui tentent d'assurer l'ensemble des missions qui leur sont originellement confiées, intégrant de surcroît les nouveaux publics qui se présentent à leur accueil sans tous relever d'une prise en charge pluridisciplinaire, et des CMP qui se recentrent tant que possible sur le noyau dur des patients les plus en souffrance.

En ce qui concerne la production de soins, l'analyse de l'activité des CMP montre que la plupart des CMP ont une vocation polyvalente et reçoivent tous types de patients qui s'y présentent, à la fois les profils sévères et chroniques (psychotiques, schizophrènes, dépressifs, bipolaires...) et les patients présentant des troubles de l'humeur plus classiques et d'intensité variable, des troubles réactionnels ou de l'adaptation et d'autres troubles psychiques d'allure modérée. Tous les interlocuteurs rencontrés par la mission font état d'une augmentation de ce dernier type de patientèle évaluée à près d'un tiers des patients. Pour partie, celle-ci ne relève pas stricto sensu d'une prise en charge pluri-professionnelle mais le choix est souvent fait d'accueillir tous les patients, faute de solutions alternatives (peu de psychologues ou problème de solvabilité) ou par position de principe conformément aux orientations historiques.

En plus de prodiguer des soins le CMP assure également une fonction de pivot et de coordination des acteurs. Il est censé assurer les articulations d'amont, avec le réseau des soins primaires (premier recours non spécialisé incluant, outre les soins psychiques, des actions de prévention, de sensibilisation, de dépistage, et la prise en charge d'une partie des urgences), les professionnels du champ de la santé somatique et mentale (second recours spécialisé, assurant, outre les soins et les suivis non urgents, l'accueil et la prise en charge d'une partie des urgences et des soins non programmés) et, en aval, les professionnels et structures contribuant à la prise en charge du handicap psychique.

Cette fonction est réalisée diversement selon les endroits. C'est d'autant plus important que la plupart des patients passant par le CMP relèvent d'un parcours faisant intervenir au cours du temps ou concomitamment des acteurs divers et nombreux, qu'il s'agisse de ceux intervenant en amont et particulièrement en gestion de crise et de l'urgence, de ceux qui prennent en charge les comorbidités somatiques ou limitent l'impact du handicap, ou de ceux encore qui accompagnent les personnes dans leurs liens avec la cité.

- Sur l'organisation de l'urgence : il ressort que, faute de moyens ou d'organisation adaptés, la question des urgences et des soins non programmés est diversement appréhendée par les CMP. Quand elle n'est pas traitée à l'hôpital général ou au sein des CMP, l'urgence peut être prise en charge par des structures spécifiques type centre d'accueil et de crise (CAC), ou moins spécifiques comme certains dispositifs intersectoriels qui évaluent la situation, traitent et/ou orientent le cas échéant certains patients vers des soins plus spécialisés. Parfois le CMP peut être partie prenante d'un de ces dispositifs mais, dans la majorité des cas, la plateforme de tri et d'évaluation de l'urgence est organisée hors CMP. En tout cas, il convient de clarifier sur chaque territoire la participation de chacun (CMP, équipes mobiles, secteur privé) à la gestion coordonnée des urgences par le biais de plateformes.
- Sur la prévention : malgré les enjeux qui y sont attachés, la fonction de prévention des CMP est difficile à mettre en œuvre. Notons toutefois en matière de prévention secondaire l'existence de dispositifs innovants de détection en amont des psychoses émergentes.
- Sur le somatique : ce lien essentiel avec les acteurs du somatique est plus ou moins assuré selon les endroits. La mission a noté l'existence de dispositifs innovants : mise en réseaux avec le soin somatique, implantation de CMP dans les maisons pluridisciplinaires...
- Sur le social et le médico-social : des dispositifs existent dans certains territoires pour accompagner le patient dans son insertion ; il faudrait les systématiser.

4- Enjeux et perspectives d'évolution : la nécessité d'organiser les interventions et de piloter

Ces constats montrent la nécessité d'organiser et de réguler les demandes, à plusieurs niveaux.

Au niveau des CMP

Il faut, sur le plan du fonctionnement des CMP, s'entendre sur un minimum commun avec des missions précises et réalistes (les priorités en termes de besoin et les obligations en termes d'accessibilité d'offre) en favorisant tant que faire se peut une approche graduée des soins. Un certain nombre de fonctions doivent être a minima assurées, d'autres pouvant faire l'objet d'une délégation (typiquement, et dans la mesure du possible, la prévention dans son ensemble et une partie des soins légers) ou d'un appui coordonné (typiquement, les urgences et les soins non programmés que les structures ne peuvent gérer elles-mêmes). Pour ce faire, il faut que les acteurs puissent s'adosser à une doctrine d'organisation partagée (qui fait quoi, dans quelles conditions, avec quels moyens).

Au niveau des territoires

Pour coordonner le fonctionnement des CMP entre eux et avec le reste des structures participant aux soins psychiques, il faudrait dans l'idéal désigner un chef de file suffisamment doté en moyens (CMP référent ou dispositif avancé issu de mutualisations intersectorielles) pour :

- Assurer l'accueil et l'orientation des demandes qui ne trouvent pas de solutions (urgences, soins non programmés, prise en charge des troubles légers à modérés ne relevant pas d'une prise pluridisciplinaire) ; cela pourrait prendre la forme d'un portail ou d'une plateforme d'évaluation et d'orientation physique ;
- Informer et renseigner téléphoniquement les demandes de professionnels, de patients et de leurs proches sur l'offre territoriale (sorte de centre de ressources pour les demandes tout venant et pour les situations relevant de l'expertise) ;
- Constituer et animer un réseau sentinelle d'amont pour contribuer au repérage et à l'orientation précoce des pathologies émergentes potentiellement graves et chroniques.

La mission a également constaté que le pilotage tant sur le plan organisationnel que stratégique était inexistant et appelle la désignation de chef de file et la construction d'indicateurs d'activité plus solides que ceux existants (et reposant sur une cartographie détaillée de l'offre et des besoins).

En conclusion, la mission considère que les CMP ont démontré leur adaptabilité. Les événements récents liés au COVID-19 confirment que les équipes ont continué à prodiguer des soins en temps de crise, mettant en exergue l'intérêt des moyens d'écoute, d'expertise et de consultation à distance alors même que la crainte de la maladie et les contraintes du confinement ont mis les psychismes en tension en entraînant des troubles importants et/ou durables chez des malades connus mais aussi un accroissement de la demande chez les personnes jusqu'alors bien portantes.

Cependant la mission voudrait attirer l'attention sur l'existence de territoires où le manque de moyens humains rend impossible la création des dispositifs d'appui et de structuration de la réponse à la demande. Maintenir une prise en charge équitable dans ces territoires suppose :

- De créer de la ressource, en autorisant les psychologues cliniciens volontaires à entrer sous certaines conditions dans les parcours de soins sur la base des expérimentations en cours à la CNAM, en renforçant l'attractivité des postes de psychologues en CMP et également en mobilisant la ressource psychiatrique privée pour mieux « répartir le fardeau » ;
- Dans les territoires où tous les segments de l'offre sont déficitaires, de répartir la charge au niveau régional : le département le mieux doté de la région fournirait un appui au département très démuné. Le déploiement de la téléconsultation à partir de centres urbains afin de pallier le manque de moyens de certaines zones péri-urbaines ou rurales est une solution possible.

S'agissant des préconisations, l'amélioration des systèmes d'information est à mettre en œuvre sans délai, les mesures relatives à l'évolution des missions et modes d'organisation des CMP devant pour leur part reposer sur un état des lieux plus précis de la situation des territoires.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Reproduire les travaux des ARS Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France dans les autres régions pour identifier les difficultés d'accès	1	ARS en lien avec les PTSM	2021
2	Poursuivre les investigations de la mission sur les délais en faisant réaliser par l'ANAP un outil de mesure et d'identification des leviers d'amélioration	1	ANAP/CMP	2021
3	Identifier une section budgétaire dans le budget des établissements dédiée à la psychiatrie et au sein de celle-ci à l'ambulatoire en distinguant ses différentes composantes dont les CMP	1	DGOS	2021
4	Dans le cadre des PTSM et CPTS et dans la mesure où l'environnement le permet, renforcer les collaborations avec les acteurs du soin psychique hors CMP pour alléger la charge des CMP	2	CNAM/DGOS/DSS	2022
5	Inclure la question de l'organisation des urgences et des soins non programmés dans les PTSM en lien avec les CPTS pour s'assurer que chaque type de demande reçoit une réponse adaptée	2	ARS en lien avec les PTSM	2022
6	Proposer une définition administrative, juridique et organisationnelle des CMP qui permette d'en recenser le nombre tout en s'assurant d'un minimum de caractéristiques et de moyens communs, en envisageant la possibilité d'un régime d'autorisation fondé sur un cahier des charges à définir collégialement (fonctionnement, organisation, délégations, coordinations...)	2	DGOS en lien avec COPIL psychiatrie	2022
7	Organiser la participation de chacun (CMP, équipes mobiles, autres acteurs du soin psychique incluant secteur privé) à la gestion coordonnée des urgences par le biais de plateformes de coordination à un niveau intersectoriel (dispositif intersectoriel avancé type CESAM ou SECOP, CMP référent) telles que présentées dans la recommandation suivante	2	DGOS en lien avec COPIL psychiatrie	2022
8	Désigner dans les territoires (inter-secteur ou département) un chef de file (dispositif intersectoriel avancé ou CMP référent) en capacité, sous réserve de moyens complémentaires, de garantir une équité dans les prises en charge en évaluant et régulant les demandes sans réponses ou en mal d'orientation (notamment urgences et soins non programmés) et en animant un réseau de correspondants susceptibles de faire de la prévention d'amont (repérage précoce, formation des acteurs) et d'aider à la prévention d'aval (suivi médicosocial..)	2	ARS en lien avec les PTSM	2022
9	Organiser une consultation nationale pour améliorer l'attractivité salariale et fonctionnelle des postes de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers en CMP	1	DGOS	2021

10	Dans le sillage des pratiques développées lors du confinement, évaluer la faisabilité et les limites d'utilisation de l'expertise et de la consultation psychiatrique à distance dans des zones privées de CMP ou dans des CMP insuffisamment dotés en psychiatres en vue, le cas échéant, d'équiper et de former les structures en conséquence.	1	DGOS/ANAP	2021
----	--	---	-----------	------

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	9
RAPPORT	13
1 ISSUS D'UNE EVOLUTION DANS L'ORGANISATION DES SOINS REPOSANT SUR LA DESINSTITUTIONNALISATION ET LA TERRITORIALISATION, LES CMP SONT CONFRONTES A UNE DEMANDE EN HAUSSE ET UN CONTEXTE EN MUTATION	15
1.1 FER DE LANCE D'UNE PSYCHIATRIE DE PROXIMITE, LE CMP EST AU CŒUR DE L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE EN PSYCHIATRIE ...	15
1.1.1 <i>Le CMP est le résultat d'une évolution historique ancienne combinant sectorisation et développement de l'ambulatoire</i>	<i>15</i>
1.1.2 <i>Pivot du secteur, le CMP doit déployer un large spectre d'interventions en articulation avec d'autres acteurs</i>	<i>16</i>
1.2 DEVENUS PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE, LES TROUBLES PSYCHIQUES ENGENDRENT UNE DEMANDE CROISSANTE DE SOINS QUI IMPACTE FORTEMENT LES CMP	17
1.2.1 <i>Du fait de leur prévalence, de leur impact et de leur coût, les troubles psychiques constituent un enjeu de santé majeur</i>	<i>17</i>
1.2.2 <i>Observable depuis une trentaine d'années, la hausse de la demande de soins dans le secteur et au sein des CMP est en partie liée à un meilleur repérage et une moindre stigmatisation des troubles psychiques.....</i>	<i>18</i>
1.2.3 <i>Cette hausse tient également à certaines évolutions sociétales et à une meilleure représentation des usagers</i>	<i>20</i>
1.3 CETTE HAUSSE DE LA DEMANDE INTERVIENT DANS UN CONTEXTE DE MUTATIONS SOCIOLOGIQUES ET REGLEMENTAIRES QUI MODIFIENT L'ORGANISATION DES SOINS.....	21
1.4 LE CMP DANS SON ECOSYSTEME : LA FRANCE EST BIEN DOTE EN PROFESSIONNELS DU SOIN PSYCHIATRIQUE MAIS CEUX-CI SONT TRES MAL REPARTIS.	22
1.4.1 <i>Concernant les psychiatres, la France dispose de ressources humaines importantes mais celles-ci sont très mal réparties sur le territoire.....</i>	<i>23</i>
1.4.2 <i>Les psychologues, dont le nombre croît fortement, sont eux aussi inégalement répartis sur le territoire</i>	<i>28</i>
1.4.3 <i>L'accès à la médecine générale, qui joue souvent un rôle prépondérant dans la prise en charge des troubles psychiques, se réduit</i>	<i>30</i>
1.4.4 <i>Les infirmiers travaillant en psychiatrie, dont le nombre est impossible à quantifier précisément, ne reçoivent plus de formation initiale spécialisée.....</i>	<i>32</i>
1.4.5 <i>La prise en charge hospitalière, majoritairement à temps plein pour les adultes, a beaucoup diminué depuis une trentaine d'années.....</i>	<i>33</i>
1.4.6 <i>Les secteurs social et médico-social souffriraient d'un déficit de places ayant pour conséquence un recours inadéquat aux autres segments du soin psychiatrique.....</i>	<i>36</i>
1.5 D'AUTRES ACTEURS NON ISSUS DU SECTEUR SANITAIRE INTERVIENNENT DANS LA PRISE EN CHARGE DEPUIS UNE VINGTAINE D'ANNEES.....	36
1.5.1 <i>Largement répandus mais de formes différentes selon les endroits, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) aident les personnes souffrant de troubles psychiques à mieux s'insérer</i>	<i>37</i>
1.5.2 <i>Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent aux acteurs issus des secteurs sanitaire et non sanitaire de se rencontrer.....</i>	<i>37</i>
2 DIVERSITE ET INEGALITES CARACTERISENT L'OFFRE EN CMP.....	40
2.1 L'OFFRE EN CMP EST DIFFICILE A QUANTIFIER PRECISEMENT A TOUS LES NIVEAUX MAIS LAISSE APPARAÎTRE DES ZONES TRES PEU OU NON COUVERTES	40
2.1.1 <i>Le nombre de CMP adultes, difficile à établir avec précision, serait en diminution</i>	<i>40</i>
2.1.2 <i>Aux niveaux régional ou local, la connaissance est également imprécise</i>	<i>41</i>
2.2 L'ACTIVITE ET LES MOYENS DES CMP PRESENTENT UNE GRANDE DIVERSITE TERRITORIALE, QUI NE SEMBLE PAS CORRESPONDRE A DES DIFFERENCES DE BESOINS DE LA POPULATION.....	42

2.2.1	<i>Les fortes disparités départementales d'activité dans les CMP ne sont généralement pas compensées par d'autres prises en charge ambulatoires.....</i>	42
2.2.2	<i>Selon les endroits, la place du CMP dans l'offre de soins en psychiatrie est très variable</i>	44
2.2.3	<i>Les moyens de la psychiatrie en établissement, dont le CMP est une composante, sont très disparates : des écarts de moyens variant d'un facteur 15 pour les médecins et d'un facteur 22 pour le personnel non-médical</i>	45
2.2.4	<i>Les CMP sont en principe caractérisés par une pluridisciplinarité qui est dans les faits remise en question dans certains lieux pour des raisons d'attractivité</i>	47
2.2.5	<i>Les délais d'accès peuvent aller jusqu'à trois mois pour un rendez-vous médical</i>	53
2.3	LES FINANCEMENTS SONT IMPOSSIBLES A TRACER ET LES COUTS PEU ANALYSES	55
2.3.1	<i>En l'absence de comptabilité analytique, les financements des CMP demeurent inconnus</i>	55
2.3.2	<i>Les analyses de coût menées par l'ATIH sont difficilement interprétables</i>	57
2.3.3	<i>La réforme en cours, pour être mise en œuvre, impose de mieux décrire l'activité</i>	58
3	LE CMP ASSOCIE UNE ACTIVITE D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE, ET UNE FONCTION DE PIVOT ET DE COORDINATION DES ACTEURS	59
3.1	PLUSIEURS CONCEPTIONS DES MISSIONS DU CMP SE COTOIENT	59
3.1.1	<i>Déjà larges à l'origine, les missions du CMP se sont complexifiées au cours du temps</i>	59
3.1.2	<i>Deux conceptions plus ou moins marquées du CMP coexistent aujourd'hui</i>	60
3.2	L'ACTIVITE EN CMP COMBINE ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE A L'INTENTION D'UNE LARGE PATIENTELE	63
3.2.1	<i>L'activité mesurée à travers EDGAR, nomenclature perfectible, consiste essentiellement en entretiens.....</i>	63
3.2.2	<i>La patientèle de CMP mêle troubles modérés et profils psychiatriques avérés</i>	67
3.3	LE CMP ASSURE EGALEMENT UNE FONCTION DE PIVOT ET DE COORDINATION DES ACTEURS.....	70
3.3.1	<i>Faute de moyens ou d'organisation adaptés, la question des urgences et des soins non programmés semble diversement appréhendée par les CMP</i>	70
3.3.2	<i>Malgré les enjeux qui y sont attachés, la fonction de prévention des CMP est difficile à mettre en œuvre</i>	79
3.3.3	<i>Le lien essentiel avec les acteurs du somatique est plus ou moins assuré selon les endroits.....</i>	85
3.3.4	<i>Des liens de qualité variable avec le secteur social et médico-social</i>	90
4	ENJEUX ET PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES CMP	92
4.1	UNE GRADATION DES SOINS SELON LA SEVERITE DES TROUBLES SUPPOSE DE DISPOSER DE SOLUTIONS DE DEPORT ARTICULEES A UNE CAPACITE DE REGULATION DES DEMANDES	92
4.2	D'AUTRES EVOLUTIONS SONT IMAGINEES A PARTIR DU MODELE DES CENTRES EXPERTS MAIS ELLES SEMBLENT PEU FAISABLES AU REGARD DU CONTEXTE DE PENURIE ACTUELLE	93
4.3	UN PILOTAGE INEXISTANT TANT SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL QUE STRATEGIQUE QUI APPELLE LA DESIGNATION DE CHEF DE FILE ET LA CONSTRUCTION D'INDICATEURS.....	94
4.4	L'IMPACT DE LA PANDEMIE COVID-19 SUR LES PRATIQUES ET L'ACTIVITE DES CMP	95
4.4.1	<i>La crainte de la maladie et les contraintes du confinement ont mis les psychismes en tension, entraînant des troubles importants et/ou durables chez des malades connus mais aussi chez personnes jusqu'alors bien portantes.....</i>	95
4.4.2	<i>Sous la pression du confinement, l'écoute et la consultation à distance ont connu un essor inédit qui témoigne de leur pertinence dans les situations d'inaccessibilité physique des services psychiatriques.....</i>	97
	LETTRE DE MISSION	103
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	105
ANNEXE 1 :	COMPLEMENT SUR LES ASSOCIATIONS D'USAGERS.....	111
ANNEXE 2 :	SOURCES D'INFORMATION NATIONALES SUR LES CMP	113
ANNEXE 3 :	DONNEES COMPLEMENTAIRES.....	117
ANNEXE 4 :	CHARTRE DES CMP.....	121
ANNEXE 5 :	EFFETS DU CONFINEMENT ET DE LA PANDEMIE A CORONAVIRUS SUR LA SANTE MENTALE... 	123
	SIGLES UTILISES	129

RAPPORT

Introduction

La ministre des solidarités et de la santé a demandé par lettre du 11 juillet 2019 à l'IGAS de diligenter une mission pour évaluer et conforter la place des centres médico-psychologiques (CMP) pour adultes dans les parcours en santé mentale et améliorer la coopération indispensable avec les médecins de ville et les professionnels de santé de proximité. La cheffe de l'IGAS a désigné mi-septembre Stéphanie DUPAYS et Julien EMMANUELLI pour effectuer cette mission. Cette évaluation s'inscrit dans le « cadre plus général de la place de l'ambulatoire dans la prise en charge des patients », que les travaux de mission « devront permettre de renforcer et de rénover ».

La lettre de mission s'insère en outre dans les travaux liés à la feuille de route Santé mentale et psychiatrie¹ visant notamment à « mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)² ». Les CMP sont à cet égard l'un des éléments dont il convient de repenser le rôle au sein du parcours du patient dans un contexte de forte attente des professionnels de santé comme des usagers³.

Bien qu'éparses et de qualité hétérogène, les données disponibles, tant sur les prévalences que le recours aux soins, suggèrent que les troubles psychiques sont en hausse, avec des besoins qui excèdent la demande exprimée et la capacité de l'offre à y répondre de manière satisfaisante. Cette inadéquation de l'offre se traduit notamment par la mise en tension des CMP, porte d'entrée dans le dispositif de soins psychiatriques, avec pour effet :

- Un allongement des délais d'attente qui constitue un frein à l'accessibilité aux soins ;
- Un possible tri des patients et le déport d'une partie d'entre eux sur les urgences ;
- L'abandon de certaines missions historiques comme la prévention et des difficultés notamment pour déployer en amont un repérage précoce pourtant indispensable, et pour assurer en aval le suivi médico-psycho-social de qualité (réhabilitation psychosociale).

Ces limitations aboutissent dans un certain nombre de cas à un défaut de prise en charge ou à une prise en charge insatisfaisante des troubles psychiques, avec, pour les patients, un risque d'aggravation de ces troubles et de leur retentissement fonctionnel, et pour la collectivité, un risque d'augmentation des coûts directs (soins plus lourds) et indirects associés (absentéisme...).

Outre l'établissement d'un état des lieux du fonctionnement et du positionnement des CMP, il s'agit donc pour la mission de répondre en particulier aux questions suivantes :

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf. Afin de déployer cette feuille de route, un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a été nommé en avril 2019.

² Instauré par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les PTSM préconisent des actions pour favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoire dans les champs sanitaire, social et médico-social.

³ Cette commande fait suite à une interpellation directe de la ministre lors du congrès de l'Encéphale de 2018 regrettant que les CMP ne répondent pas à leur mission de porte d'entrée dans le système de soins psychiatriques.

- Comment accroître l'agilité et la réactivité de ce réseau afin d'améliorer la fluidité des parcours, l'adéquation de la réponse apportée, la précocité du repérage et des prises en charge des troubles chez les adultes, notamment dans le cadre des prises en charge non programmées et en urgence ?
- Comment positionner les CMP dans leur environnement en vue de mieux les articuler avec les autres acteurs du sanitaire, du médicosocial et du social, et de mieux associer les usagers?
- Quels sont les leviers d'amélioration de la fluidité et de la qualité des prestations et de respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles ?

Pour répondre à ces questions, la mission a conduit ses travaux à partir

- **D'une revue et d'une analyse des données disponibles issues des :**

- rapports et ouvrages comme « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », rapport IGAS N°2017-064R par A. Lopez et G. Turan-Pelletier, « Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des CAMPS, CMPP, CMP-IJ » rapport IGAS N°2018-005R par C. Branchu, J. Buchter, J. Emmanuelli et P.-M. Robineau, « Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution », rapport IGAS N°2019-002R, J. Emmanuelli et F. Schechter ; rapport de Mmes Fiat et Wonner⁴ et travaux en cours de la cour des comptes sur les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie.
- politiques d'autres pays (Belgique) ;
- projets territoriaux en santé mentale (PTSM) ;
- données nationales dont les deux principales sources sont la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)⁵ et le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) qui permet d'appréhender l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- données locales, notamment sur certains sujets (les délais d'accès par exemple) pour lesquels il n'existe pas de données nationales ;
- recueil d'information ad hoc auprès de certaines ARS en vue de repérer les études et données existantes sur le sujet, les initiatives locales ou d'approfondir des dispositifs évoqués dans les PTSM.

- **Des déplacements de terrain**

La mission s'est rendue dans 4 régions (Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Grand-Est) pour avoir des échanges avec des CMP de quatorze départements (Gironde, Vienne, Corrèze, Deux-Sèvres, Charente-Maritime, Haut-Rhin, Bas-Rhin, Meurthe et Moselle, Meuse, Paris, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Yvelines, Nord) choisis pour refléter une certaine diversité géographique (rural/urbain), socio-économique et sanitaire.

- **Des rencontres avec des administrations centrales et des agences nationales, des représentants des usagers et des professionnels de santé (syndicats, associations), des personnalités qualifiées.**

⁴ Assemblée nationale, rapport n° 2249 en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale.

⁵ Enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France (métropole et DOM), pour recueillir des informations sur leur activité, capacités, équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux, cf. Annexe.

Au total, la mission a rencontré plus de 140 personnes.

Le calendrier prévisionnel prévoyait des déplacements à partir d'octobre avec une remise du rapport fin avril-début mai. Mais les grèves à la SNCF en novembre et décembre suivies de la pandémie et du confinement de mi-mars à mi-mai 2020 ont fortement perturbé ce calendrier prévisionnel. Les travaux de la mission ont été retardés puis suspendus, menant à une remise du rapport deux mois plus tard, dans la première quinzaine de juillet.

La survenue de la pandémie et le confinement ont aussi permis d'enrichir le rapport d'une sous-partie consacrée à l'analyse des conséquences de cette période sur les psychismes et à la manière dont le secteur psychiatrique s'est organisé pour assurer la continuité des soins et prendre en charge les nouvelles demandes.

1 Issus d'une évolution dans l'organisation des soins reposant sur la désinstitutionnalisation et la territorialisation, les CMP sont confrontés à une demande en hausse et un contexte en mutation

1.1 Fer de lance d'une psychiatrie de proximité, le CMP est au cœur de l'offre de soins publique en psychiatrie

1.1.1 Le CMP est le résultat d'une évolution historique ancienne combinant sectorisation et développement de l'ambulatoire

A partir des années 1960, plusieurs pays occidentaux ont engagé un mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie ayant pour effet une diminution progressive des patients hospitalisés⁶ et un développement concomitant des prises en charge en ambulatoire dans le milieu de vie du malade.

Cette dynamique prend son origine à la confluence de deux faits majeurs : une conscience accrue des effets de l'aliénation par des psychiatres, accompagnée du souci d'humaniser les prises en charge des patients accueillis en psychiatrie ; l'élargissement rapide des moyens thérapeutiques⁷ avec la découverte des médicaments psychotropes⁸ qui révolutionnent les modalités de prise en charge et le développement de la psychothérapie institutionnelle.

Au terme de ce processus, les séjours en hôpital psychiatrique et/ou en structures médico-sociales dédiées à l'accueil à temps plein des patients présentant des troubles lourds et chroniques (psychose, schizophrénie, troubles bipolaires, autisme, troubles sévères de l'humeur, ...) sont remplacés par des services en milieu ouvert avec des soins prioritairement effectués en milieu ambulatoire.

La circulaire du 15 mars 1960 considère ainsi que « l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement », et impulse en conséquence une organisation des soins

⁶ La baisse du nombre des malades hospitalisés s'est produite plutôt à partir des années 1970.

⁷ Jusqu'à la découverte des neuroleptiques, face à un état d'agitation délirant, des hallucinations conduisant à un comportement agressif, une prostration mélancolique, la réponse était le plus souvent l'enfermement, accompagné selon les cas d'autres mesures (contention physique, traitement par électrochocs, recours à la douche froide, insulinothérapie...) dont certaines ont été abandonnées.

⁸ Neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants, régulateurs de l'humeur... la pharmacopée préexistante se réduisant au laudanum (dérivé de l'opium), au chloral (hypnotique et sédatif) et aux barbituriques (sédatif, anticonvulsivant).

reposant sur le découpage du département en plusieurs secteurs géo-démographiques⁹ articulés à un service hospitalier qui prend en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire (dispositif extrahospitalier comprenant dispensaires d'hygiène mentale -futur centres médico-psychologiques¹⁰-, foyers de postcure, ateliers protégés).

Le dispositif de soins psychiatriques qui doit dès lors s'organiser repose sur un trépied associant une composante sectorisée 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) et d'établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC), une composante non sectorisée regroupant des établissements publics et privés essentiellement à but lucratif et une composante ambulatoire.

Les objectifs de cette politique précisés dans la circulaire du 9 mai 1974¹¹ sont de limiter les indications de l'hospitalisation plein temps et d'en réduire sa durée en pratiquant au maximum les soins ambulatoires dans des structures extrahospitalières tout en assurant la continuité des soins ambulatoires ou hospitaliers en les plaçant sous la responsabilité d'une même équipe pluridisciplinaire. Pour ce faire, le secteur doit travailler en lien avec d'autres institutions sociales ou médico-sociales mais aussi avec les secteurs mitoyens et leurs nombreux partenaires.

La sectorisation s'est mise en place de façon progressive et inégale selon les départements. Pour favoriser l'essor de l'ambulatoire, mais aussi dans un souci de maîtrise des dépenses de santé, la loi de 1985¹² dispose que les CMP et le dispositif extrahospitalier dans son ensemble, jusqu'alors à la charge des conseils généraux et de l'État au titre de la prévention, sont désormais financés par l'assurance maladie. En 1986¹³, sont arrêtées la liste et la définition des structures diversifiées gérées par un secteur au sein duquel l'hôpital devient une modalité de prise en charge parmi d'autres.

1.1.2 Pivot du secteur, le CMP doit déployer un large spectre d'interventions en articulation avec d'autres acteurs

Institués par le décret de 1986¹⁴, les CMP sont des unités d'accueil et de coordination en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile.

Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, en charge de coordonner les activités ambulatoires, qu'elles soient dispensées en son sein, dans les autres structures ambulatoires (ateliers thérapeutiques, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel -CATTP...), au domicile des patients, auprès des partenaires sociaux, éducatifs ou médico-

⁹ Le terme de secteur n'apparaît que dans la circulaire du 14 mars 1972 qui précise notamment la composition mais c'est la loi de 1985 qui officialise l'existence d'une équipe pluridisciplinaire de secteur de psychiatrie générale.

¹⁰ Sur le modèle de la lutte contre la tuberculose menée par les dispensaires d'hygiène sociale, les centres d'hygiène mentale apparus dans les années 1940-50 ont pour mission le repérage et la prise en charge des maladies mentales et de l'alcoolisme, en s'appuyant notamment sur l'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie, avec une attention particulière pour les facteurs psychologiques. La circulaire du 20 mai 1960 les intègre dans le dispositif de la sectorisation psychiatrique en les dénommant centres médico-psychologiques.

¹¹ Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 qui définit la composition type d'un secteur de psychiatrie générale et prévoit également la mise en place dans chaque département d'un conseil de santé mentale de secteur, auquel les psychiatres privés sont invités à participer.

¹² Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

¹³ L'arrêté du 14 mars 1986 énonce la liste des équipements et services de lutte contre les maladies mentales avec ou sans hébergement parmi lesquels les CMP dont les missions sont également précisées. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

¹⁴ Décret du n°86-602 du 14 mars 1986 et arrêté du 14 mars 1986.

sociaux. Il articule son action avec celle des hôpitaux de jour et des équipes mobiles sectorielles ou intersectorielles et avec les unités d'hospitalisation.

Actuellement, chaque service de psychiatrie sectorisé dispose d'un ou de plusieurs CMP. La même équipe pluridisciplinaire peut parfois intervenir à l'hôpital et dans les structures extrahospitalières du secteur mais la règle semble plutôt la présence de temps pleins en CMP renforcés par des temps partagés avec le service hospitalier de référence.

En tant que pivot du secteur¹⁵, l'organisation et le fonctionnement du CMP doivent lui permettre d'être la porte d'entrée dans les soins psychiatriques en veillant à leur bonne inscription dans un parcours plus général de santé et en s'assurant de leur accessibilité territoriale et financière.

Le CMP déploie à cet égard une activité de diagnostic, de prise en charge et de suivi des troubles psychiques, incluant l'évaluation, le suivi thérapeutique ou la prévention de la crise. Il peut également orienter les patients vers des prises en charge plus adaptées à leur situation (ville, hôpital).

Le décret de 1986 lui confie également la mission d'intervenir en amont du soin via une participation aux actions de prévention primaire et un soutien au repérage des troubles psychiques, et en aval, via une coordination de la prise en charge avec les acteurs de l'accompagnement médico-social, de la réinsertion et du soutien à l'autonomie en termes d'accès et de maintien dans le logement.

Pour mettre en œuvre ces différentes activités, le CMP assure en propre ou via les structures qu'il coordonne un fonctionnement en réseau avec les médecins de ville généralistes ou spécialistes (et psychologues libéraux éventuellement) pour l'accès aux soins psychiques et la prise en charge somatique. Il coordonne également l'activité de visites à domicile ou en institutions substitutives au domicile (structures médico-sociales, établissements pénitentiaires...) effectuées par ses personnels ou les équipes soignantes attachées aux secteurs.

Outre de répondre aux demandes de l'entourage, des proches et partenaires, le CMP peut enfin proposer un entretien d'accueil de psychiatrie, en urgence et/ou non programmé. La fonction d'accueil des urgences est diversement assurée par les CMP, certains se limitant à renvoyer sur les services d'accueil des urgences psychiatrique ou générale (SAU) quand d'autres les gèrent par eux-mêmes ou, en s'appuyant, quand il en existe à proximité, sur des centres d'accueil et de crise (CAC) ou des centres d'accueil permanent (CAP), lieux d'accueil, de soins et d'orientation ouverts 24 heures sur 24, assurant des consultations en urgence ou d'hospitalisation (CAC) pour une durée brève (cf. aussi 3.3.1.1).

1.2 Devenus priorité de santé publique, les troubles psychiques engendrent une demande croissante de soins qui impacte fortement les CMP

1.2.1 Du fait de leur prévalence, de leur impact et de leur coût, les troubles psychiques constituent un enjeu de santé majeur

Les troubles psychiques concernent un large spectre de tableaux cliniques, allant des difficultés existentielles et des détresses psychologiques réactionnelles aux troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques, plus ou moins sévères, de durée variable et parfois invalidantes.

¹⁵ Plus précisément, selon le CSP (article R3221-2), c'est l'établissement de santé autorisé en psy qui est le responsable du secteur.

En quelques décennies, leur prise en charge s'est imposée comme un enjeu majeur de santé publique sur le territoire national comme à l'international¹⁶, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) les classant au deuxième rang des causes mondiales de handicap¹⁷.

En France, les études disponibles montrent une prévalence élevée de ces troubles qui concerneraient une personne sur quatre au cours de leur vie¹⁸, étant par ailleurs observé que leur concomitance est fréquente (un tiers des personnes ayant un trouble anxieux développera un autre trouble mental au cours de sa vie). L'assurance maladie évalue pour sa part à plus de sept millions le nombre de personnes ayant eu recours à des soins ou des prestations en 2016¹⁹.

Ces affections sont également associées à une mortalité prématurée liée aux suicides ainsi qu'aux comorbidités somatiques non dépistées et/ou non traitées (pathologies cardiovasculaires, diabète, ...), elles-mêmes associées à une moindre capacité d'accès aux soins, à une exposition accrue à des facteurs de risque associés (tabac, alcool, sédentarité) et aux effets secondaires des traitements.

Tous régimes confondus, le coût médical direct de ces troubles est estimé à 23 milliards d'euros en 2016 soit 14 % des dépenses d'assurance maladie²⁰ (premier poste de dépense de santé devant les cancers et les maladies cardiovasculaire). En intégrant les coûts indirects²¹, la dépense annuelle associée à ces prises en charge est évaluée à 109 milliards d'euros, soit 4 % du PIB²².

1.2.2 Observable depuis une trentaine d'années, la hausse de la demande de soins dans le secteur et au sein des CMP est en partie liée à un meilleur repérage et une moindre stigmatisation des troubles psychiques

En 2017, le nombre de patients pris en charge par le secteur de psychiatrie avoisine les deux millions (ce nombre étant estimé aux environs de 700 000 en 1989)²³. Entre 1989 et 2017, le dispositif ambulatoire a accueilli un million de patients supplémentaires (passant de 560 000 à 1 630 000)²⁴ dont une partie importante a fait l'objet d'une prise en charge au sein des CMP (qui concentrent la majorité des actes).

¹⁶ Pour un exposé détaillé de la situation, se reporter au rapport IGAS N°2019-002R, Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution.

¹⁷ Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur quatre souffre de troubles psychiques dans le monde (OMS, 2017).

¹⁸ Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère de la santé, 2018. Il y a 20 ans, on estimait déjà à 21,4% la prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EsMED 2001-2003) et celle des troubles anxieux à 24,6% (SMPG 1999-2003).

¹⁹ 2,1 millions de patients hospitalisés pour motif psychiatrique et/ou ayant des droits ouverts au titre d'une ALD pour pathologie psychiatrique et 5,1 millions de personnes ayant un traitement chronique par psychotropes (Charges et produits, CNAM 2019).

²⁰ Rapport Charges et produits, CNAM 2019

²¹ Les coûts indirects médicaux représentent 6,3 Md€ et sont associés à différentes allocations et aux dépenses de fonctionnement d'établissements sociaux et médico-sociaux s'adressant aux adultes et enfants handicapés souffrant de déficiences psychiques. Les coûts indirects non médicaux qui s'élèvent à 89,5 Md€, incluent perte de productivité liée aux absences au travail, indemnités versées au titre des incapacités, du chômage ou des arrêts maladies, et perte de qualité de vie.

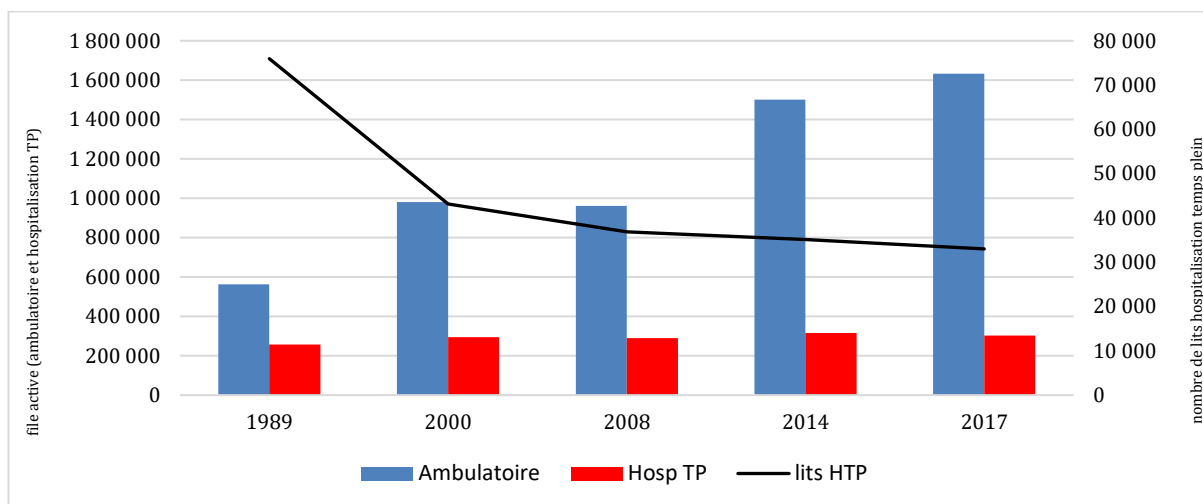
²² The cost of mental disorders in France, K. Chevreur, A. Prigent, A. Bourmaud, M. Leboyer, I. Durand-Zaleski, European Neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, September 2012

²³ Cette hausse et cette complexification des besoins s'observent aussi parmi les adultes incarcérés (cf. rapport IGAS-IGJ 2018-072R relatif à l'évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées pour les détenus ayant des troubles mentaux).

²⁴ Sur les dernières années écoulées, cette hausse est également perceptible à travers les données de l'assurance maladie qui estime à plus de 200 000 le nombre de nouveaux traitements pour troubles psychiatriques entre 2012 et 2016.

Cette augmentation historique des patients vus en CMP ne peut pas, ou pas seulement, s'expliquer par le transfert des patients de l'hôpital vers l'ambulatoire, puisque le nombre des hospitalisations a également crû pendant la même période (certes de manière plus modérée, + 15 %) malgré la forte diminution du nombre de lits²⁵ (-57 %), les hospitalisations étant plus nombreuses du fait du raccourcissement important des durées moyennes de séjour.

Graphique 1 : Évolution des files actives ambulatoires et des hospitalisations à temps plein ainsi que du nombre de lits d'hospitalisation temps plein entre 1989 et 2017



Source : Mission, d'après Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees)²⁶

Pour reprendre les termes de psychiatres²⁷ qui s'en estiment paradoxalement victimes au regard de la tension que cela engendre dans leurs structures, cette hausse tient au succès de la sectorisation qui a contribué à rendre à la fois plus acceptables la maladie et les troubles mentaux et plus accessibles les soins pour les prendre en charge.

Au-delà de la seule existence de l'offre, la conjonction d'une mobilisation associative de longue haleine et d'une sensibilisation accrue des pouvoirs publics et des professionnels de premier recours aux enjeux de santé mentale ont contribué à déstigmatiser les troubles psychiques et à les repérer plus largement et plus précocement.

Ce dernier point est important, étant observé que les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants ne recourent pas toujours aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux requis, pour diverses raisons : déni/méconnaissance de leur pathologie, crainte de la stigmatisation, isolement social, grande précarité... Parmi ces personnes, certaines sont d'ailleurs repérées lorsqu'elles sont en situation de précarisation ou ont des difficultés de maintien dans leur logement.

²⁵ En vertu de la logique de désinstitutionnalisation qui vise à maintenir et à réinsérer les malades psychotiques stabilisés dans leur environnement naturel via le développement des structures extrahospitalières et des alternatives à l'hospitalisation. Cette diminution du nombre de lits a été très importante jusqu'en 2000 (-46%) avant de marquer un net ralentissement. Au total, le nombre des lits de psychiatrie générale en France a diminué de 60 % entre 1976 et 2016 (rapport IGAS - N°2017-064R).

²⁶ *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000, évolution et disparité*, DREES, Études et résultats, N°342, octobre 2004 ; *Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale*, DREES, série statistique, N°15, avril 2011 ; *Les établissements de santé*, éditions 2016 et 2019, DREES.

²⁷ Données communiquées par le syndicat des psychiatres hospitaliers (SPH).

1.2.3 Cette hausse tient également à certaines évolutions sociétales et à une meilleure représentation des usagers

Les besoins et la manière de les exprimer ont changé dans les dernières décennies. A côté des publics traditionnels du secteur psychiatrique (profils chroniques et complexes, avec des épisodes récurrents et présence d'éléments de sévérité limitant plus ou moins fortement les compétences sociales et les capacités fonctionnelles²⁸) ont émergé des files actives de patients consultant pour des troubles psychiatriques moins sévères, voire pour des souffrances psychiques à forte composante psycho-sociale et/ou liée aux aléas de la vie.

Une part de ces patients se caractérisent par une symptomatologie diffuse et transitoire allant du mal-être existentiel au tableau de détresse psychologique aiguë. Le plus souvent, ils présentent des troubles anxieux et/ou dépressifs légers à modérés sans retentissement majeur sur leur fonctionnement (cf. 3.2.2).

L'émergence de cette patientèle s'observe dans un contexte marqué par la précarisation socio-économique, l'évolution des structures familiales, les migrations, le vieillissement de la population, la pression performative au travail et la tendance à la médicalisation des difficultés existentielles. S'ils sont plus nombreux que les publics traditionnels évoqués plus haut²⁹, leur prise en charge mobilise en revanche moins de temps et de ressources.

En termes d'organisation, ce niveau de sévérité plus ou moins important des besoins renvoie chez certains³⁰ à l'idée de gradation des soins avec, d'un côté, les détresses psychologiques, les troubles anxieux et dépressifs légers à modérés, susceptibles d'être pris en charge dans le réseau de soins primaires (médecins généralistes, psychologues) et de l'autre, les troubles psychiatriques qui nécessitent un regard spécialisé (quitte à ce que la prise en charge soit assurée par un médecin en lien avec spécialiste) et un suivi en ambulatoire, voire parfois une hospitalisation.

Parallèlement à ces évolutions, la mobilisation des usagers pour faire entendre leur voix et peser dans les politiques publiques dans le domaine de la psychiatrie et du handicap psychique s'est déployée de manière progressive et relativement discrète. Elle s'est construite pour partie en référence aux grands mouvements historiques dédiés à la défense des droits des malades et du soutien à leurs proches dans le domaine du handicap³¹ mais également en prenant modèle sur les associations nées plus tard dans le sillage de la lutte contre le VIH ou des maladies rares.

Cette mobilisation s'exerce selon des modalités et avec des objectifs qui s'inspirent des mouvements cités plus haut, mais la dynamique de son déploiement et sa visibilité en diffèrent toutefois. Aux effets de stigmatisation peut-être plus marqués, s'est ajoutée la difficulté des personnes à participer à la

²⁸ Patients souffrants de psychoses et de schizophrénies, de troubles bipolaires, de dépressions sévères, de troubles dépressifs ou anxieux associés à l'alcool, de troubles obsessionnel compulsifs sévères, de troubles des conduites alimentaires.

²⁹ Dans son rapport de 2011 sur le système de soins psychiatriques, la Cour des comptes estime la prévalence de ces troubles à près de 25% de la population (contre moins de 8% pour les pathologies psychiatriques plus sévères), cf. L'Organisation des soins psychiatriques, 2011.

³⁰ A l'instar de la Belgique qui réforme son dispositif de soin psychique sur cette base, cf. aussi le travail en cours de la cour des comptes consacré aux parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie.

³¹ Fondation d'aide à la santé mentale (FASM) Croix-Marine - devenue récemment Santé mentale France après fusion avec l'association gestionnaire et d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique (AGAPSY), elle-même créée en 2008, après la reconnaissance du handicap psychique, à l'initiative d'associations de familles et d'association du secteur du handicap psychique- fondée en 1952 pour transformer les asiles en véritables établissements de soins et soigner en dehors de l'hôpital ; Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis (UNAPEI), créée en 1960 pour construire une société solidaire et inclusive, respectueuse des différences et du libre arbitre des personnes handicapées intellectuelles, autistes, polyhandicapées et porteuses de handicap psychique.

défense de leur intérêt du fait même de leurs troubles, soit que la réalité en soit déniée soit que les effets en soient trop marqués pour permettre un engagement.

Malgré ces obstacles, la représentation des patients a connu un essor certain depuis une vingtaine d'années³² (cf. annexe 1). Cependant, même si la libération de leur parole a sans doute contribué à la hausse de la demande de soin, ils ne s'estiment pas suffisamment pris en compte, certains demandant même une réforme de l'agrément pour une représentation plus démocratique et transparente au sein des instances sanitaires des usagers.

1.3 Cette hausse de la demande intervient dans un contexte de mutations sociologiques et réglementaires qui modifient l'organisation des soins

La psychiatrie, qui a fait l'objet de textes de loi et de plans successifs, s'inscrit aujourd'hui dans un contexte de réformes susceptibles d'impacter le fonctionnement, l'organisation et les missions des CMP.

En France, la politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960 suivie par plusieurs textes législatifs, réglementaires et des circulaires. Elle se traduit par des stratégies qui ont pris la forme de trois plans nationaux³³.

La loi de modernisation de notre système de Santé du 26 janvier 2016 entérine la logique de soins gradués à laquelle contribuent peu ou prou les CMP en favorisant l'articulation des intervenants de première ligne entre eux et avec ceux de seconde ligne³⁴. Elle participe aussi à en renforcer la mission de coordination d'amont (via le renforcement de la continuité des soins ambulatoires³⁵) comme d'aval (via l'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes³⁶).

La feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie du 28 juin 2018 décline, quant à elle, une centaine d'actions dont certaines concernent directement les CMP (« repréciser, au besoin, leurs missions et organisations et actualiser leur cahier des charges ») et d'autres en interrogent le positionnement (mise en place des parcours en santé mentale dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale³⁷, développement des prises en charge ambulatoires³⁸).

De même, il est vraisemblable que des actions comme le développement de partenariats en vue de l'accès aux soins somatiques, le développement de la pair-aidance, la formation d'infirmier en pratique avancée (IPA) et la participation des psychologues au parcours coordonné de soins entre les psychiatres et psychologues vont peu ou prou impacter l'organisation et les modes de fonctionnement des CMP.

³² Notamment sous l'impulsion de la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 valorisant la place et de la parole de l'utilisateur et de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

³³ Le premier plan psychiatrie et santé mentale date de 2001, le second porte sur 2005-2008, et le 3ème sur 2011-2015.

³⁴ Elle encourage la coordination entre professionnels de santé (parcours de santé, équipe de soins primaire) et la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médicosociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

³⁵ Via des plateformes de régulation téléphonique accessibles gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou d'aide médicale urgente.

³⁶ Via des plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (PTA).

³⁷ Mise en œuvre des PTSM sur les territoires d'ici à l'échéance du 28 juillet 2020 (3 ans suivant la parution du décret PTSM).

³⁸ Incluant interventions au domicile du patient et ESMS, l'intervention à domicile ou à ses lieux de substitution faisant partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur.

Enfin, d'autres actions de la feuille de route vont conforter certaines missions des CMP sur lesquelles l'accent est de plus en plus mis (repérer précocement la souffrance psychique, améliorer l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné, développer une offre de réhabilitation psychosociale sur les territoires³⁹, favoriser l'accompagnement médico-social des personnes en situation de rupture de parcours ou de non-recours).

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020 vise à réduire la dichotomie des modes de financement entre établissements publics et privés⁴⁰, qui freine le développement de l'ambulatoire et la coopération des établissements nécessaires au bon déploiement des parcours de soins.

A cette fin, il prévoit, en cohérence avec les axes stratégiques de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, l'instauration d'un financement commun⁴¹ reposant sur une dotation populationnelle ainsi que des modalités de financement incitant à la qualité, à la réactivité et au développement de nouvelles activités, tout en valorisant la recherche.

En lien avec la réforme de son financement, la réforme des régimes d'autorisation d'activité en psychiatrie constitue enfin l'occasion de réfléchir aux conditions de fonctionnement de certains dispositifs peu encadrés tels les CMP dont la forte hétérogénéité interroge (*cf. infra*).

1.4 Le CMP dans son écosystème : la France est bien dotée en professionnels du soin psychiatrique mais ceux-ci sont très mal répartis.

Le CMP faisant système avec les autres segments de l'offre de soins (hôpital, urgences, psychiatrie libérale, paramédicaux, psychologues) et le médico-social, il importe de décrire ce contexte car un dysfonctionnement de l'un de ces segments perturbera le fonctionnement du CMP.

Par exemple, une offre libérale absente ou inaccessible empêche le départ de patients légers et risque d'engorger le CMP ; a contrario une hospitalisation adéquate en termes de durée et de qualité renverra un patient plus stabilisé à son domicile et donc moins difficile à suivre pour le CMP. A cet égard, il est donc indispensable de donner quelques éléments d'état des lieux sur l'ensemble des acteurs de la psychiatrie (annexe 2).

Le bon fonctionnement du CMP et de son écosystème ne repose pas que sur une question d'offre. Il tient aussi aux différences de pratiques qui aboutissent parfois à une perte de chances tant pour des raisons quantitatives que qualitatives (par exemple, un même patient pourra faire l'objet d'une prise en charge plus ou moins ajustée à ses besoins d'un endroit à l'autre, ou un même lit pourra être utilisé de manière différente selon les endroits), néanmoins un état des lieux de l'offre permet de préciser les forces en présence et de cerner le champ des possibles.

³⁹ Ce parcours est constitué de suivis intensifs ambulatoires pour éviter les hospitalisations, et d'un accès aux techniques de soins connues pour être efficaces dans la réduction du handicap fonctionnel (case management de proximité, sanitaire et social, assurant une continuité du suivi socio-sanitaire tout au long du parcours).

⁴⁰ La psychiatrie publique et à but non lucratif bénéficie d'une dotation annuelle de financement (DAF) tandis que la psychiatrie privée à but lucratif est financée par des prix de journée. Cette dichotomie pérennise les inégalités régionales du fait de différences entre les niveaux de dotation annuelle de financement et entre les niveaux de prix de journée.

⁴¹ L'entrée en vigueur de ce nouveau modèle de financement pour la psychiatrie est prévue en 2021 après une année de préparation et d'accompagnement de l'ensemble des acteurs.

1.4.1 Concernant les psychiatres, la France dispose de ressources humaines importantes mais celles-ci sont très mal réparties sur le territoire

La France compte 15 388 psychiatres en 2018⁴², soit 12,5 % des spécialistes.

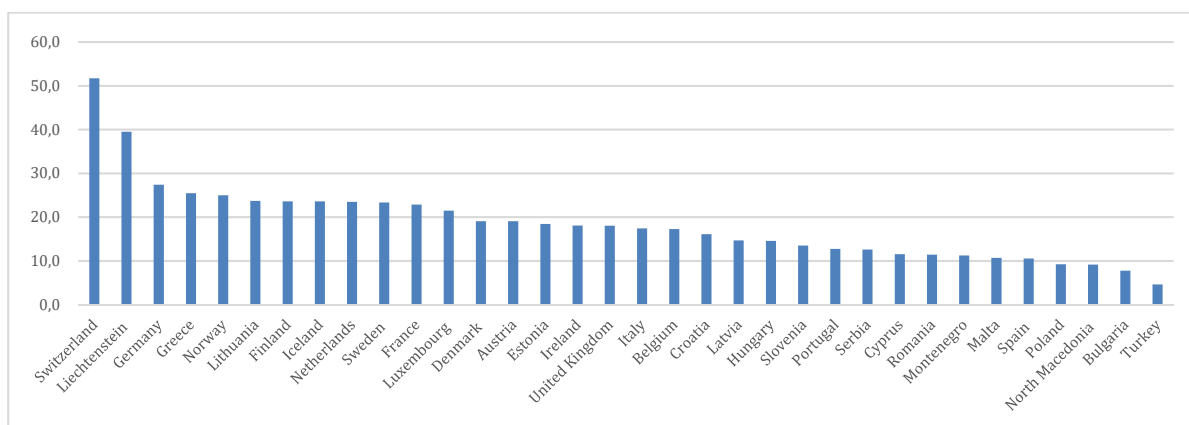
Tableau 1 : Effectifs de psychiatres en 2018 France entière

	Ensemble des modes d'exercice	Mode d'exercice			
		Libéraux exclusifs	Mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
Ensemble des spécialités d'exercice	226219	103335	26423	69306	27155
Spécialistes	123753	43121	18567	50345	11720
Psychiatrie	15388	4623	1827	7735	1203

Source : RPPS/Adeli, traitement mission

Comparée aux autres pays européens (et en excluant la Suisse dont les données portent sur un champ plus large), la France fait partie des pays où la densité de psychiatres est importante : 22,9 pour 100 000 habitants en 2017, contre 27,4 en Allemagne, 23,5 aux Pays-Bas, 18 au Royaume Uni, 17,4 en Italie.

Graphique 2 : Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en 2017 en Europe



Source : Eurostat, calculs mission⁴³

Dans les années récentes (2012-2018), le nombre de psychiatres évolue à peu près comme celui des autres spécialistes (+1,1 % par an, +1,3 % par an) et significativement plus que celui de l'ensemble des médecins. Cette croissance fait suite à une période d'augmentation faible, très en deçà de celle de l'ensemble des médecins et des spécialistes (+0,3 % par an entre 1999 et 2011 contre +0,7 et +0,9 %). Quant à l'évolution de ces ressources dans le futur, les projections réalisées par la DREES sont assez anciennes et ne permettent pas de trancher nettement (cf. annexe 3). La mission recommande de renouveler ces projections, en actualisant les hypothèses.

⁴² source RPPS-Adeli <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>

⁴³https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians. Pour la Suisse, les chiffres comprennent les médecins en formation contrairement aux autres données ; pour la Finlande les données datent de 2015 ; pour le Danemark de 2016, pour l'Espagne les chiffres ne comprennent que les médecins hospitaliers.

Tableau 2 : Taux d'évolution annuel du nombre de médecins

	1999-2011	2012-2018
Ensemble des médecins	0,70 %	0,70 %
Spécialistes	0,90 %	1,30 %
Psychiatres	0,30 %	1,10 %

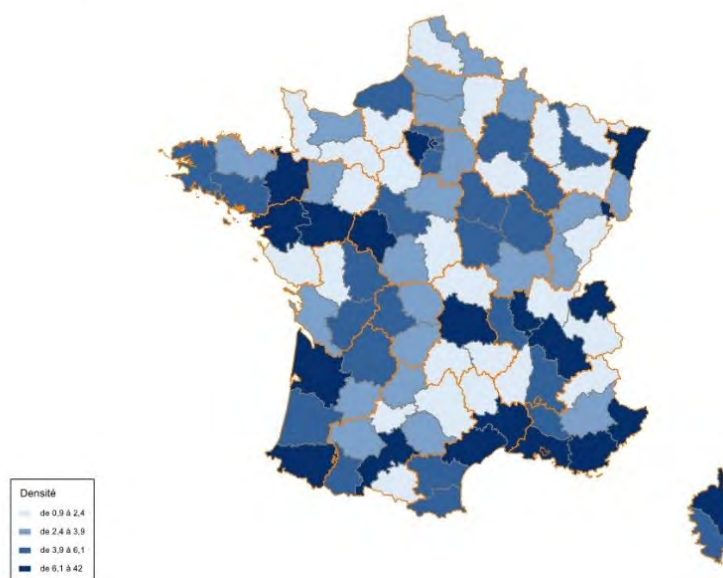
Source : Données ADELI entre 1999 et 2011, RPSS entre 2012 et 2018, calculs mission

Si la ressource médicale en psychiatres ne manque pas, rien ne permet cependant d'indiquer qu'elle est suffisante pour répondre à des besoins qui ont beaucoup augmenté. De plus, elle est très mal répartie sur le territoire. C'est particulièrement le cas pour la psychiatrie libérale : il existe des départements qui ne comptent qu'un ou deux psychiatres libéraux (Meuse, Ariège, Cantal, Lozère) alors que les grosses villes concentrent des effectifs importants (906 libéraux à Paris).

Quant aux densités, elles varient entre 1 et 42 ETP de psychiatre libéral pour 100 000 habitants.

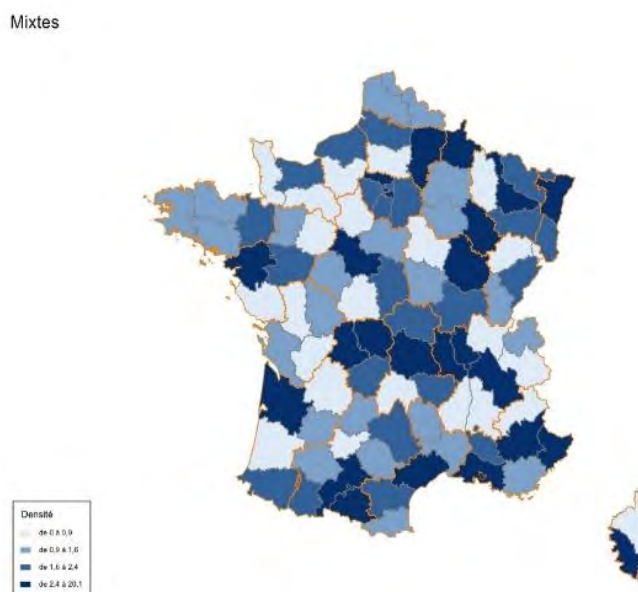
Carte 1 : Densité de psychiatres libéraux en 2018

Libéraux exclusifs



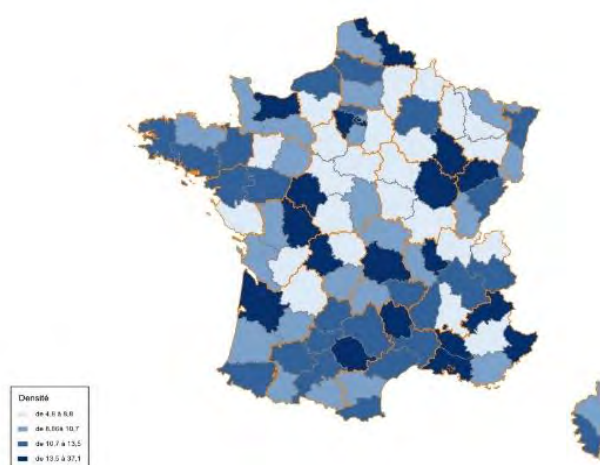
Source : ASIP-Santé RPPS, Drees

Carte 2 : Densité de psychiatres mixtes en 2018



Source : ASIP-Santé RPPS, Drees

Carte 3 : Densité de psychiatres salariés en 2018



Source : ASIP-Santé RPPS, Drees

Tableau 3 : Densité en psychiatres (en ETP pour 100 000) habitants en 2018

	Libéraux	Mixtes	Salariés
Min	1	0	4,8
Max	42	20,2	37,2
Médiane	3,9	1,7	10,7
Écart-type	4,9	2,3	4,5

Source : RPPS, DREES

Les départements denses en psychiatres libéraux sont aussi le plus souvent ceux qui le sont en psychiatres hospitaliers ; il n'y a pas de déport sur l'offre libérale en cas de faiblesse de l'offre hospitalière mais davantage un cumul des forces et des faiblesses : les lieux les mieux pourvus le sont quel que soit le mode d'exercice des psychiatres, les lieux les moins bien pourvus idem.

Tableau 4 : Nombre de départements selon leur densité en psychiatres libéraux et mixtes d'une part, et salariés

SALARIES ET MIXTES	LIBERAUX				Total général
	1er quartile (très peu de psy libéraux)	2eme quartile	3ème quartile	4ème quartile (beaucoup de psy libéraux)	
1er quartile (très peu de psy salariés et mixtes)	8	10	4	2	24
2eme quartile	9	8	5	2	24
3ème quartile	4	2	9	9	24
4ème quartile (beaucoup de psy salariés et mixtes)	3	4	6	11	24
Total général	24	24	24	24	96

Source : Données DREES, calculs mission. Lecture : 8 départements sont à la fois dans le quart des départements les moins denses en psychiatres libéraux (et mixtes) et salariés et cumulent donc une offre libérale et une offre salariée faibles.

Des travaux anciens de la DREES permettent de caractériser à un niveau plus fin les disparités d'accessibilité de l'offre aux professionnels libéraux. Ces travaux reposent sur un indicateur, l'accessibilité potentielle localisée⁴⁴ (APL), qui prend en compte les professionnels sur le territoire mais aussi sur les territoires proches ainsi que l'intensité de l'activité de ces professionnels.

Ces travaux montrent que plus qu'entre régions, les disparités sont fortes entre types de communes. Les habitants des grands pôles urbains ont une meilleure accessibilité que ceux des communes des périphéries. Ce résultat qui se vérifie pour toutes les spécialités testées dans l'étude est encore plus marqué pour la psychiatrie. Ainsi à Paris, on compte 13 ETP pour 100 000 habitants contre 1 ETP pour les communes isolées et éloignées des pôles urbains.

⁴⁴ Indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes et permet de mieux observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur un zonage plus large, aura tendance à masquer, et en minimisant les biais liés au zonage. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice, ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune, qui influence les besoins de soins (cf. Études et résultats 970 DREES juillet 2016). La comparaison de l'accessibilité aux professionnels libéraux est cependant biaisé car les répartitions libéraux/salariés diffèrent beaucoup selon les spécialités : en raison de l'organisation en secteurs, l'accès aux soins psychiatriques repose beaucoup plus l'activité salariée que libérale (la DREES est en train de revoir la définition de l'APL pour la psychiatrie).

Tableau 5 : Accessibilité par type de communes en 2013 pour la psychiatrie, valeur moyenne en ETP pour 100 000 habitants (et écart-type entre parenthèses)

Grands pôles	
Unité urbaine de Paris	13 (9,5)
Communes des pôles (hors unité urbaine de Paris)	10 (8,0)
Communes des couronnes	
Communes urbaines	4 (3,0)
Communes rurales	3 (2,4)
Moyens et petits pôles	
Communes des pôles	2 (2,1)
Communes des couronnes	2 (1,7)
Communes isolées hors influence des pôles	
	1 (1,3)
Ensemble	8 (7,8)

Source : DREES Études et résultats n° 970, à partir de SNIIRAM 2013 CNAMTS et Insee pour les populations⁴⁵

Ces inégalités d'accès sont plus importantes en psychiatrie que pour les autres spécialités puisque le rapport interdécile (indicateur de dispersion) s'élève à 19,4 contre 2,8 pour la médecine générale (spécialité la plus uniformément répartie sur le territoire) ou 10,4 pour l'ophtalmologie (spécialité réputée inégalement répartie).

Tableau 6 : Indicateurs d'inégalité d'accessibilité en 2013, en ETP pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes	Gynécologues	Ophtalmologues	Pédiatres	Psychiatres
Premier décile	36,3	1,5	1,7	0,5	1
Dernier décile	100,7	12,4	10,4	6,6	18,6
Rapport interdécile (sans unité)	2,8	8,3	6,1	13,8	19,4
Premier quartile	51,1	3,2	3,2	1,3	2,4
Dernier quartile	86,3	9,4	8,1	5,1	10,7
Rapport interquartile (sans unité)	1,7	2,9	2,5	3,8	4,5

Source : DREES Études et résultats n° 970, à partir de SNIIRAM 2013 CNAMTS et Insee pour les populations⁴⁶

Si ces données sont anciennes, le constat établi par les professionnels auditionnés par la mission est identique en 2019-2020. L'offre libérale est, dans beaucoup de territoires éloignés des grands centres

⁴⁵ L'unité urbaine de Paris a une accessibilité moyenne de 55 ETP pour 100 000 habitants en 2013 ; Champ : Professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France entière, hors Mayotte.

⁴⁶ Champ : professionnels de santé libéraux (hors médecins à exercice particulier pour les généralistes), France hors Mayotte.

urbains, difficilement accessible, que ce soit pour des raisons de rareté et de distance ou de solvabilité du patient⁴⁷.

Il n'existe pas de données nationales récentes permettant de quantifier précisément les disparités infra-départementales mais tous les travaux menés localement et les appréciations des professionnels auditionnés font état d'écarts infra-départementaux souvent préoccupants. Plusieurs CMP visités par la mission n'ont aucun psychiatre libéral dans leur secteur.

La question de la disponibilité physique en psychiatre se double de la problématique de l'attractivité, certains responsables de CMP faisant valoir que leurs jeunes confrères se montrent parfois moins enthousiastes qu'ils ne l'étaient au même âge à la perspective de travailler en CMP.

Une explication parmi d'autres peut être avancée pour expliquer ce constat en résonance avec l'époque. Les jeunes professionnels de santé cherchent plus qu'avant un mode d'exercice compatible avec leur vie familiale⁴⁸, avec des loisirs, avec des horaires relativement fixes, d'où notamment l'attrait pour l'exercice salarié et le choix d'un lieu d'exercice compatible avec leurs attentes, souvent pas trop éloigné des centres urbains, ce qui peut impacter le recrutement dans des CMP péri-urbains, a fortiori dans ceux implantés en zone rurale ou semi rurale⁴⁹. Par ailleurs, si la psychiatrie n'est pas la spécialité où l'écart de rémunération public/privé est le plus important en moyenne, le facteur revenu peut cependant jouer dans la désaffection des CMP dans les lieux où la pratique libérale peut s'appuyer sur une clientèle aisée et prête à payer d'importants dépassements d'honoraires.

1.4.2 Les psychologues, dont le nombre croît fortement, sont eux aussi inégalement répartis sur le territoire

Le nombre de psychologues a fortement augmenté entre 2014 et 2018, passant de 49 906 à 65 765 sur toute la France. Les salariés -hospitaliers ou non- sont majoritaires, mais le nombre des libéraux et leur part dans le total connaît une forte augmentation. On peut s'interroger sur l'interprétation de cette tendance et se demander si elle n'est pas le signe d'un déficit d'attraction de l'hôpital et de l'une de ses composantes, le CMP (*Cf. infra*).

⁴⁷ Les problèmes d'accessibilité financière de l'offre libérale, du fait du non remboursement des actes des psychologues et des dépassements d'honoraires des psychiatres de secteur 2, peuvent se traduire par des inégalités territoriales, les libéraux ne s'installant pas dans des zones où les revenus de la population sont faibles.

⁴⁸ Ceci concerne aujourd'hui les hommes comme les femmes, de plus en plus nombreuses dans la profession, qui devraient être majoritaires dès 2021 et représenter plus de 60 % des médecins en exercice en 2034, in Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, Études et résultats, DREES, n°1011, mai 2017.

⁴⁹ L'attrait concurrentiel du secteur libéral joue aussi dans une certaine mesure (un psychiatre sur cinq décidant de s'installer en libéral au bout de la 5ème année d'inscription à l'ordre, in Jeunes psychiatres, faut-il avoir peur de l'installation en libéral ? Dr A. Deschenau, European Psychiatry, Volume 30, Issue 8, Supplement, November 2015, Pages S36-S37.

Tableau 7 : Évolution du nombre de psychologues⁵⁰ de 2014 à 2018

	Ensemble des modes d'exercice globaux	Libéraux ou mixtes	Salariés hospitaliers	Autres salariés
2014	49 906	14 247	11 868	23 791
2015	53 913	16 187	12 529	25 197
2016	57 854	17 985	13 205	26 664
2017	61 633	19 726	13 878	28 029
2018	65 765	21 656	14 473	29 636
évolution 2014-2018	32 %	52 %	22 %	25 %

Source : ADELI, calculs mission

Là encore, la répartition est très inégale. La densité en psychologues libéraux ou mixtes va de 10 à 116 pour 100 000 habitants ; celle des salariés de 40 à 124.

Tableau 8 : Densité de psychologues en 2018 pour 100 000 habitants en France métropolitaine

	Exercice libéral ou mixte	Salariés
Min	10	40
Max	116	124
Médiane	23	64
Écart-type	15	13

Source : DREES répertoire ADELI calculs mission

Cette disparité dans la densité géographique des psychologues peut s'expliquer, notamment pour ceux qui travaillent en secteur libéral, par le fait que l'offre de soins psychiques s'est historiquement structurée à partir de l'hôpital, et que la forte surreprésentation du secteur public dans certaines régions peut contribuer à en réduire l'attractivité pour les professionnels de santé libéraux⁵¹. De plus, les disparités reflètent, comme pour les autres professionnels, les différences d'attractivité des régions.

Au-delà des questions d'implantation géographique, la question de l'attractivité financière du service public se pose par ailleurs avec une acuité particulière pour les psychologues dont les syndicats⁵² mettent en avant le manque de reconnaissance institutionnelle⁵³ et le gel de la revalorisation salariale depuis 1992, les CMP devant tout à la fois faire face à l'inadéquation de l'offre libérale et au moindre niveau des salaires au sein des milieux hospitalier et médico-social.

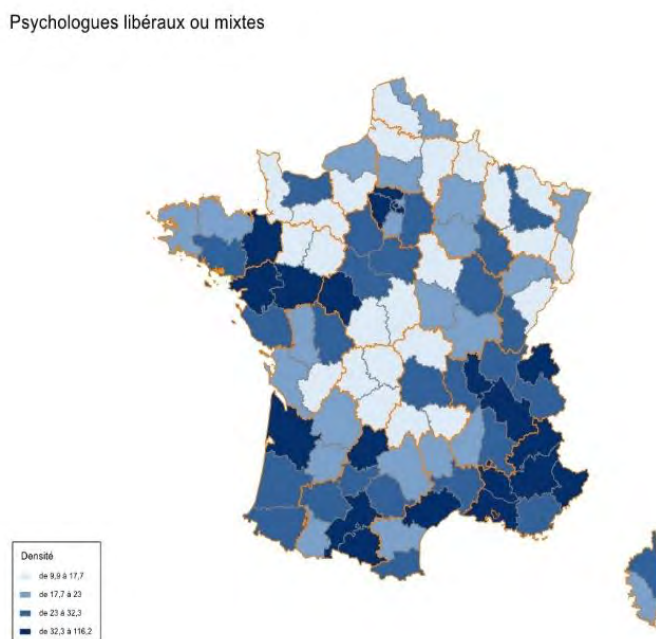
⁵⁰ Il s'agit là de l'ensemble des psychologues en activité, les psychologues cliniciens n'en représentant qu'un tiers ; Le nombre de psychologues cliniciens salariés ou employés dans le secteur public (hôpitaux, CMP, CMPP, ESMS...) serait de 7 600 en établissement de santé avec le statut de fonction publique hospitalière et jusqu'à 18 000 en intégrant les personnels occasionnels et non titulaires, soit de 12 000 ETP (DGOS 2016).

⁵¹ Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, rapport IGAS N°2019-002R.

⁵² Collectif Psychologues UFMIC-T-CGT.

⁵³ Qu'il soit bac +5, +8 ou +10, le psychologue se situe au même niveau sur la grille salariale à ancienneté égale, l'employeur public ne valorisant pas le niveau de formation après bac +5.

Carte 4 : Densité de psychologues en 2018 pour 100 000 habitants en France métropolitaine



Source : ASIP-Santé RPPS, Drees

1.4.3 L'accès à la médecine générale, qui joue souvent un rôle prépondérant dans la prise en charge des troubles psychiques, se réduit

Entre un quart et un tiers de la patientèle des généralistes consulterait pour des troubles psychiques⁵⁴ ceux-ci constituent donc un acteur important de la prise en charge et un partenaire indispensable pour le CMP. Au 1er janvier 2019, la France compte un peu plus de 102 000 médecins généralistes dont 67 500 exercent en ville (exercice libéral ou mixte)⁵⁵. L'accès des Français à une consultation de médecine générale est en diminution : en 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. Plusieurs raisons sont à l'origine de cette moindre accessibilité, la première étant la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des numerus clausus appliqués au cours de ces dernières décennies⁵⁶.

De surcroît, les généralistes sont inégalement répartis sur le territoire : la densité varie entre 101 et 418 médecins généralistes qui exercent en libéral ou ont un exercice mixte pour 100 000 habitants.

⁵⁴ Place de la santé mentale en médecine générale, *L'information psychiatrique*, 2014, 90, 5, p. 311-7, G. Milleret, I. Benradia, W. Guicherd, J.-L. Roelandt et « L'organisation des soins psychiatriques », 2011 <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/1132>

⁵⁵ Source RPPS <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>

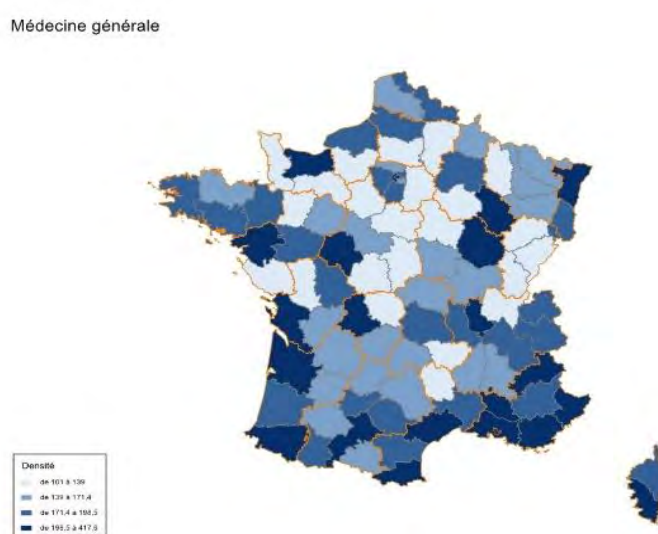
⁵⁶ En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population, *Études et résultats* n°1144, DREES 2020.

Tableau 9 : Densité de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte en 2017 pour 100 000 habitants en France métropolitaine

Min	101
Max	418
Médiane	171
Écart type	50

Source : DREES ASIP-Santé RPPS

Carte 5 : Densité de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte en 2017 pour 100 000 habitants en France métropolitaine



Source : DREES ASIP-Santé RPPS, traitement mission.

A un niveau plus fin que le département, près de 5,7 millions de personnes résident en 2016 dans une commune sous-dense⁵⁷ en médecins généralistes. 9 142 communes sont en situation de sous-densité. Ce sont le plus souvent des communes rurales périphériques des grands pôles ou des communes hors influence des pôles. Toutefois, des espaces urbains sont également touchés : un quart de la population habitant dans une commune sous-dense en médecins généralistes vit dans un pôle urbain, dont près de 18 % dans l'unité urbaine de Paris.

En complément des questions de densité de l'offre, il est également important de rappeler l'insuffisance de la formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles psychiques et la difficulté parfois rencontrée à trouver des conseils, ce qui peut amener certains à réduire leur participation à ce type de prise en charge⁵⁸.

⁵⁷ En prenant en compte le seuil de 2,5 consultations par habitant et par an. Source : DREES.

⁵⁸ Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, rapport IGAS N°2019-002R.

1.4.4 Les infirmiers travaillant en psychiatrie, dont le nombre est impossible à quantifier précisément, ne reçoivent plus de formation initiale spécialisée

Il aurait été intéressant de caractériser l'offre en infirmiers psychiatriques, qui sont des acteurs importants de la prise en charge en CMP, à l'hôpital ou dans les structures médico-sociales. Comme la psychiatrie n'est plus une spécialité dans la formation infirmière depuis 1992⁵⁹, on ne peut dénombrer les infirmiers psychiatriques dans les répertoires des professionnels de santé. Seuls les cadres infirmiers en psychiatrie sont dénombrables. La SAE permet néanmoins de compter les effectifs travaillant en établissement de santé psychiatrique. En 2018, on dénombre 49 832 ETP d'infirmiers travaillant en établissement psychiatrique pour les adultes. La densité départementale varie entre 4,4 ETP pour 10 000 habitants adultes (Indre) et 17,7 (Lozère).

Tableau 10 : Nombre d'ETP infirmiers psychiatriques pour 10 000 habitants adultes en 2018

min	4,4
max	17,7
médiane	9,8
écart-type	2,7

Source : SAE 2018 de la DREES et INSEE pour la population, calculs mission.

Carte 6 : La densité en infirmiers psychiatriques en 2018



Source : DREES SAE et Insee, calculs mission.

D'un point de vue qualitatif, beaucoup de professionnels, dont les instances représentatives de la profession, déplorent la disparition de la spécialisation psychiatrique. Supprimée en 1992, la formation d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) comprenait en effet 800 heures de cours théoriques spécialisés et 800 à 1100 heures de stage. Avec la formation unique d'infirmier, les cours théoriques en psychiatrie ont été réduits à 400 heures et les stages à 280 heures, les infirmiers pouvant toutefois compléter leur formation post-universitaire s'ils le souhaitent.

⁵⁹ Décret n°92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière.

De même, la réforme licence-master-doctorat (LMD) de 2009 va dans le sens d'une baisse de la qualité de la formation initiale dans le socle : depuis cette date, l'enseignement théorique en psychiatrie s'élève à une centaine d'heures et les stages à 175 à 350 heures maximum.

D'après Annick Perrin-Niquet, présidente du Comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie, « il faudrait consacrer plus de temps aux différentes conceptions de soins et approches cliniques. Les soignants sont par ailleurs très peu formés aux soins sans consentement, au déni des troubles, à la négociation. Et les infirmiers manquent vraiment de connaissances sur la discipline et de savoir-faire relationnels spécifiques »⁶⁰.

Quant aux infirmiers de pratique avancée (IPA) dont l'arrivée est saluée par tous, leur formation semble plus orientée sur la prescription que sur les thérapies et la relation, en plus du fait que la qualification ne concernerait qu'un faible nombre d'après le Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI).

D'après plusieurs interlocuteurs de la mission, cette nouvelle génération d'infirmiers moins bien formée à la psychiatrie aurait tendance à préférer les soins en contexte hospitalier, considéré à la fois plus sécurisé (présence de médecin et d'équipe qui réduit le niveau d'autonomie) et offrant un meilleur niveau de rémunération avec les gardes, alors que le CMP constitue un environnement où on prend plus de risques et qui requiert plus d'autonomie.

1.4.5 La prise en charge hospitalière, majoritairement à temps plein pour les adultes, a beaucoup diminué depuis une trentaine d'années

Essentiellement publique, l'offre de soins en établissement de santé a deux volets : l'hospitalisation à temps plein et l'hospitalisation à temps partiel auxquelles s'ajoute l'ambulatoire qui est majoritairement le fait des CMP. En 2017, la prise en charge à temps complet s'appuie sur 56 000 lits d'hospitalisation, celle à temps partiel sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit (cf. tableau 11). La plus grande partie de cette offre est destinée aux adultes. Pour ceux-ci, la prise en charge est essentiellement à temps complet : 83 % des prises en charge sont à temps complet ; c'est là une différence par rapport à la psychiatrie infanto-juvénile où elle représente seulement un tiers des journées⁶¹.

1.4.5.1 Des capacités hospitalières en diminution

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ont beaucoup diminué. Rendue possible par les progrès apportés dans la prise en charge par les médicaments psychotropes, cette évolution reflète le développement de prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps plein et la diminution des durées de séjour, résultant à la fois d'un changement d'approche thérapeutique, de la désinstitutionnalisation et de la nécessité de maîtriser les coûts du traitement des malades.

Plus récemment, entre 2003 et 2017, le nombre de lits en psychiatrie a diminué de 3 500, tout en se maintenant autour de 57 000 depuis 2007 (cf. graphique 3). Cette évolution est cependant contrastée selon le statut des établissements. Dans les établissements publics, la diminution est de 6 000 lits,

⁶⁰ Exercer en psychiatrie : quelles spécificités pour les infirmiers et les infirmières ? O. Dujardin, revue actuSoins, sept 2017, <https://www.actusoins.com/291462/infirmier-infirmiere-psychiatrie-queelles-specificites.html>;

⁶¹ DREES, Les établissements de santé - édition 2019

alors que dans le même temps la capacité d'accueil des établissements privés à but lucratif augmente de 3 000 lits, pour représenter en 2017 un quart de la capacité totale⁶².

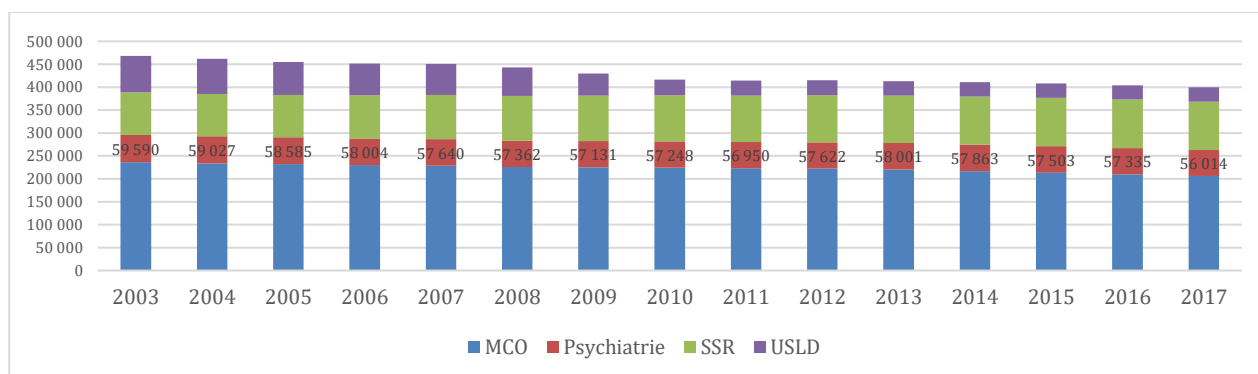
Tableau 11 : Capacité d'accueil et activité en psychiatrie en 2017

	Psychiatrie générale			Ensemble de la psychiatrie (générale + infanto-juvénile)	
	Établissements publics	Établissements privés			Total
		à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet					
Hospitalisation à temps plein					
Nombre de lits	33 013	6 860	13 551	53 424	55 652
Nombre de journées	10 579 208	2 106 973	4 756 982	17 443 163	17 962 674
Placement familial thérapeutique					
Nombre de places	2 421	183	0	2 604	3 362
Nombre de journées	608 619	46 843	0	655 462	773 471
Accueil en centre de postcure					
Nombre de lits	569	677	249	1 495	1 495
Nombre de journées	140 713	161 871	83 297	385 881	385 881
Accueil en appartement thérapeutique					
Nombre de places	803	191	0	994	994
Nombre de journées	200 069	45 834	0	245 903	245 903
Hospitalisation à domicile					
Nombre de places	472	42	15	529	576
Nombre de journées	125 076	11 834	5 446	142 356	148 757
Accueil en centre de crise 1					
Nombre de places	413	34	20	467	514
Nombre de journées	112 027	8 723	9 791	130 541	143 733
Prises en charge à temps partiel					
Hôpital de jour					
Nombre de places	13 533	3 440	1 465	18 438	27 895
Nombre de journées	2 390 391	600 519	504 230	3 495 140	4 758 253
Hôpital de nuit					
Nombre de places	771	221	155	1 147	1 262
Nombre de journées	62 624	50 918	27 532	141 074	147 911
Atelier thérapeutique					
Nombre de structures	192	14	-	206	299
Nombre de journées	156405	26 892	-	183 297	214 966

Source : DREES, Les établissements de santé - édition 2019

⁶² DREES, les établissements de santé, 2019 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/es2019.pdf>

Graphique 3 : Nombre de lits en hospitalisation complète de 2003 à 2017 en psychiatrie et ailleurs



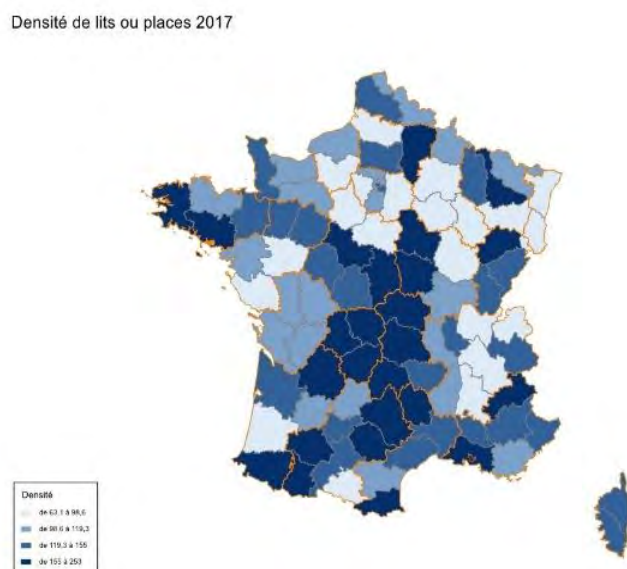
Source : SAE DREES ; Champ : France entière

Si la question de l'équilibre entre l'offre publique et l'offre privée outrepassé le champ de la mission, les évolutions récentes impactent par ricochet l'ensemble du système dont le CMP est l'une des composantes. L'un des psychiatres auditionnés a ainsi alerté la mission sur les risques d'un système à deux vitesses, où, loin de partager les prises en charges et de diminuer l'embolisation du secteur public, le secteur privé se concentrerait sur les patientèles les moins sévères et/ou complexes⁶³.

1.4.5.2 Les taux d'équipement varient fortement selon les départements

La densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet ou partiel est de 137 pour 100 000 habitants en 2017. Elle apparaît plus élevée dans les départements ruraux du centre de la France (cf. carte 7).

Carte 7 : Densité de lits ou places de psychiatrie adulte en 2017⁶⁴



Source : RIM-P 2018 ATIH, traitements mission

⁶³ A cet égard, une mission sur les évolutions des parts de marché public/privé serait utile.

⁶⁴ Minimale 64 ; Maximale = 253 ; Écart type = 38 ; Médiane = 119.

Le taux d'occupation des lits d'hospitalisation, stable depuis 2013, s'élève à 89,4 %⁶⁵ en 2017 en psychiatrie adulte (86,6 %⁶⁶ pour l'ensemble de la psychiatrie). A titre de comparaison il est de 77,3 % en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en 2017⁶⁷. Le taux d'occupation des lits n'est pas identique pour tous les statuts juridiques d'établissement. Il est nettement plus élevé dans les établissements privés à but lucratif que dans le secteur public ou privé à but non lucratif.

1.4.6 Les secteurs social et médico-social souffriraient d'un déficit de places ayant pour conséquence un recours inadéquat aux autres segments du soin psychiatrique

Les secteurs social et médicosocial constituent également des acteurs importants de la prise en charge de la maladie mentale. En 2014, les établissements et services pour personnes handicapées adultes comportaient 331 000 places dont 22 000 autorisées pour les déficients psychiques et 86 600 autorisées pour les déficients intellectuels et psychiques⁶⁸. Il n'est donc pas aisé de dénombrer précisément le nombre de places réservées au handicap psychique dans les structures médicosociales puisqu'ils peuvent relever de l'un ou l'autre des catégories.

Lors des entretiens conduits par la mission, les personnes auditionnées ont fait état d'un déficit de places dans le médico-social qui conduirait à maintenir, faute de solution adéquate, un certain nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques stabilisés dans le circuit de soins spécialisés. Ainsi, plusieurs personnes auditionnées appartenant à des corps de métiers différents estiment que 20 à 25 % de la patientèle hospitalisée devraient être orientés vers le secteur médico-social mais que, faute d'offre, ils occupent des lits à la place de patients qui en auraient davantage besoin.

Cet engorgement provient aussi d'un héritage de pratiques passées (tradition d'hospitalisation, peu d'investissement sur le post-hospitalier). En tout état de cause, ces lits d'hôpital trop longtemps occupés limitent les capacités d'hospitalisation jugées déjà insuffisantes par une partie de la profession⁶⁹, certains praticiens faisant même l'hypothèse que les effets s'en font sentir aussi en amont, en impactant le fonctionnement des CMP qui doivent parfois maintenir des suivis ambulatoires lourds et consommateurs de ressources faute de places hospitalières, réduisant de fait leur file active.

1.5 D'autres acteurs non issus du secteur sanitaire interviennent dans la prise en charge depuis une vingtaine d'années

Au-delà de la prise en charge de la maladie mentale par des acteurs institutionnels du soin et de l'accompagnement, d'autres acteurs et dispositifs interviennent dans la prise en charge, l'orientation et l'information des patients. Ceux-ci sont moins bien appréhendés par les systèmes d'information nationaux.

⁶⁵ DREES calcul à la demande de la mission.

⁶⁶ DREES Les établissements de santé édition 2019.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ Source : DREES, enquête ES handicap 2014.

⁶⁹ A contrario, la mission a rencontré un CMP qui considérait que le processus de désinstitutionnalisation n'avait pas été poussé assez loin et que le nombre de lits d'hospitalisation était encore trop important, au détriment de l'ambulatoire.

1.5.1 Largement répandus mais de formes différentes selon les endroits, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) aident les personnes souffrant de troubles psychiques à mieux s'insérer

Introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des dispositifs d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande vulnérabilité. Les GEM sont des associations autonomes sur le plan juridique, souvent soutenues par les collectivités territoriales. Les GEM sont financés sur crédits du fond d'intervention régionale (FIR) délégués par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à hauteur de 42,8M€ pour l'ensemble des GEM⁷⁰. Ils regroupent des personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité.

Les GEM offrent un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. Leur fonctionnement peut être très différent selon le degré d'implication des patients : certains sont fondés sur l'idée d'*empowerment* et le patient y est décisionnaire, d'autres se situent dans une optique plus institutionnelle et se voient plus comme des structures offrant des activités aux patients.

La CNSA en dénombre 505 au 31 décembre 2018⁷¹, toutes déficiences confondues (troubles du comportement, handicap psychique, troubles du spectre autistique, mixtes). Selon le Collectif national inter-GEM (CNIGEM) interrogé par la mission, en juin 2020 le nombre de GEM est du même ordre de grandeur.

Tous les départements de France comptent au moins un GEM ; leur répartition étant variable sur le territoire, compte tenu de déploiements plus ou moins anciens et d'implantations diversement marquées selon les territoires.

1.5.2 Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent aux acteurs issus des secteurs sanitaire et non sanitaire de se rencontrer

Impulsés par la circulaire ministérielle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale puis le plan Psychiatrie et Santé mentale de 2005-2010, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble partenaires locaux concernés par des problèmes de santé mentale (bailleurs sociaux, services municipaux...).

Ils ont pour objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. La configuration des CLSM est très variable mais ils partagent un même objectif de prévention et d'insertion des personnes ayant des troubles psychiques. Leur intérêt est diversement apprécié (cf. 3.3.2.2).

⁷⁰ Donnée fournie par la DGOS.

⁷¹ https://www.cnsa.fr/documentation/cahierpedagogique_gem2019.pdf ; Données confirmées par la DGOS

On dénombre 244 CLSM⁷² actifs en mai 2020⁷³. Ils couvrent des territoires de 3 000 à 850 000 habitants⁷⁴. Les CLSM reposent sur des financements locaux (cofinancements mairie-Centre hospitalier). Les ARS peuvent contribuer au financement des postes de coordonnateurs, voire d'actions. Ces dernières peuvent aussi être financées par des crédits « Politique de la ville » lorsque le périmètre du CLSM rencontre celui de la géographie prioritaire de la politique de la ville.

Outre les GEM et les CLSM, de nombreux autres acteurs, dispositifs et réseaux participent à la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires, que ce soit les associations de patients ou de proches, des dispositifs ou structures alternatifs non gérés par le secteur sanitaire ou médicosocial.

Conclusion de la partie I :

Le système de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande diversité des structures (CMP, CATTP, hôpitaux, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...), de modalités de soins (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet), et d'organisations (prédominance du secteur hospitalier peu à peu entamée par le secteur libéral, secteur médicosocial, secteur social).

Si l'offre de soins est, au niveau national, importante comparativement à d'autres pays européens, les territoires présentent des situations très contrastées en matière d'offre des soins en psychiatrie. Plus que de refléter des choix voulus en matière d'organisation de soins afin de s'adapter à des besoins différenciés, ces disparités obéissent à des logiques d'implantation exogènes avec lesquelles les acteurs ont dû composer et que les différentes évolutions réglementaires ont eu de la peine à infléchir.

L'analyse croisée de l'offre de psychiatres salariés d'une part, libéraux d'autre part, psychologues salariés d'une part, libéraux d'autre part, médecins généralistes montre que s'il existe des endroits où les faiblesses d'offre d'un type de professionnels sont compensées par les autres, souvent les difficultés se cumulent. Ainsi, par une méthode de classification, la mission a identifié 5 classes de départements de France métropolitaine :

- ***La classe 1 regroupe les départements qui ont les plus faibles densités de tous les types de professionnels : Eure (27), Manche (50), Mayenne (53), Sarthe (72), Ain (01), Nord-Pas-de-Calais (62), Vosges (88), Cantal (15), Moselle (57), Allier (03).***
- ***La classe 2 regroupe les départements qui ont les plus faibles densités de tous les types de professionnels sauf un : Aisne (02), Eure-et-Loir (28), Indre (36), Oise (60), Vendée (85), Aube (10), Haute-Loire (43), Meuse (55), Yonne (89), Charente (16), Jura (39), Loiret (45), Orne (61), Saône et Loire (71), Seine-et-Marne (77).***
- ***La classe 3 regroupe les départements qui ont de faibles densités pour plusieurs types de professionnels et des densités moyennes ou fortes pour les autres : Ardèche (07), Ardennes (08), Aveyron (12), Cher(18), Corrèze (19), Côtes-d'Armor (22), Creuse (23), Dordogne (24), Lot-et-Garonne (47), Haute-Marne (52), Deux-Sèvres (79), Aude (11), Drôme (26), Nièvre (58), Haut-Rhin (68), Tarn-et-Garonne (82), Territoire de Belfort (90), Charente-***

⁷² Source : État des lieux national des CLSM, CCOMS ; http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2018/09/Etat-des-lieux-national-2018-des-CLSM-en-France_Centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-CLSM-2.pdf

⁷³ Source : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) <http://clsm-ccoms.org/>

⁷⁴ Évaluation des Conseils locaux de santé mentale – CLSM - en Ile-de-France.

Maritime (17), Gers (32), Landes (40), Loir-et-Cher (41), Lot (46), Lozère (48), Haute-Saône (70), Seine-Saint-Denis (93).

- *La classe 4 regroupe les départements qui ont des densités très fortes pour presque tous les professionnels : Ariège (09), Finistère (29), Loire (42), Morbihan (56), Haute-Savoie (74), Somme (80), Haute-Corse (2B), Alpes-de-Haute-Provence (04), Gard (30), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Orientales (66), Tarn (81), Var (83), Essonne (91), Corse-du-Sud (2A), Marne (51), Nord (59), Puy-de-Dôme (63), Bas-Rhin (67), Seine-Maritime (76), Val-d'Oise (95), Ille-et-Vilaine (35), Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Yvelines (78), Haute-Vienne (87), Hautes-Alpes (05).*
- *La classe 5 regroupe les départements qui ont des densités très fortes pour tous les professionnels : Isère (38), Pyrénées-Atlantiques (64), Savoie (73), Vienne (86), Val-de-Marne (94), Calvados (14), Côte-d'Or (21), Doubs (25), Haute-Garonne (31), Hérault (34), Meurthe-et-Moselle (54), Vaucluse (84), Bouches-du-Rhône (13), Gironde (33), Indre-et-Loire (37), Rhône (69), Alpes-Maritimes (06), Paris (75), Hauts-de-Seine (92).*

Un département sur quatre est très sous doté en tous types de professionnels (classe 1 et 2) ce qui rend délicate la mise en œuvre de délégations de soins qui auraient pu être envisagées si la situation avait été plus équilibrée.

Tableau 12 : Classement des départements par densités en professionnels participant à l'offre de soins psychiques

	départements	
	nombre	%
classe 1	10	10 %
classe 2	15	16 %
classe 3	25	26 %
classe 4	27	28 %
classe 5	19	20 %
Total	96	100 %

Source : Mission, d'après données ADELI, SAE, RIM-P ; DREES, ATIH, INSEE.

2 Diversité et inégalités caractérisent l'offre en CMP

2.1 L'offre en CMP est difficile à quantifier précisément à tous les niveaux mais laisse apparaître des zones très peu ou non couvertes

2.1.1 Le nombre de CMP adultes, difficile à établir avec précision, serait en diminution

Selon la statistique annuelle des établissements de santé⁷⁵ (SAE), le nombre de CMP adultes s'élève en 2 018 à 1 780 soit 3,2 CMP pour 100 000 habitants de 15 ans et plus. Plus de 80 % d'entre eux sont ouverts au moins 5 jours par semaine. Ce chiffre doit toutefois être interprété avec précaution pour plusieurs raisons :

- Il est issu de l'agrégation des remontées des établissements de santé qui ne comptent pas de la même façon : par exemple, en l'absence de définition précise du CMP, certains comptent les antennes, d'autres non.
- Les CMP ont des tailles très différentes et un département peu étendu peut avoir fait le choix d'un petit nombre de gros CMP alors qu'un département rural où les déplacements sont mal aisés peut préférer couvrir le territoire par un grand nombre de petites structures.

Il n'est pas possible de connaître l'évolution du nombre de CMP sur une longue période car, en plus d'être imprécise, la mesure du nombre de CMP a fait l'objet d'un changement de périmètre depuis l'édition 2017 de la SAE. Avant cette date, on comptait les CMP avec les unités de consultation des services de psychiatrie sans pouvoir distinguer les uns des autres (annexe 3).

Tableau 13 : Nombre de CMP adultes (et unités de consultation pour 2013-2016) selon la SAE

	Nombre de CMP et unités de consultation des services de psychiatrie (jusqu'en 2016)			Nombre de CMP après changement dans la définition en 2016		
	ouverts < 5j/s	ouverts > = 5j/s	total	ouverts < 5j/s	ouverts > = 5j /s	total
2013	534	1667	2201	non mesuré	non mesuré	non mesuré
2014	535	1652	2187	non mesuré	non mesuré	non mesuré
2015	402	1769	2171	non mesuré	non mesuré	non mesuré
2016	415	1848	2263	non mesuré	non mesuré	non mesuré
2017	non mesuré	non mesuré	non mesuré	381	1413	1794
2018	non mesuré	non mesuré	non mesuré	333	1447	1780

Source : SAE DREES, calculs mission, attention rupture de série en 2017

Les chiffres antérieurs à 2017 ne sont donc pas comparables avec les années 2017 et 2018. Les déplacements conduits par la mission laissent penser qu'une diminution du nombre de CMP a été opérée afin de regrouper les effectifs et de proposer une palette d'interventions. Dans chacune des

⁷⁵ Enquête annuelle administrative, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France. Le CMP n'est pas directement interrogé, c'est l'établissement auquel il est rattaché qui remplit le questionnaire.

régions visitées, la mission a noté que le choix de regrouper pour renforcer au lieu de disperser les forces avait souvent été fait dans les années récentes (par exemple dans le Grand-Nancy, réduction du nombre de CMP de 4 à 2, fusion des CMP de Briey et Jarny dans la Meuse, fusion des deux secteurs du 14ème arrondissement parisien, fusion de 3 secteurs du sud-ouest bordelais couvrant Pessac, Mérignac, Talence et Gradignan, fusion des CMP de Maisons-Alfort et Créteil dans le Val-de-Marne). La mission n'a pas eu connaissance de création de CMP dans les secteurs visités. Ces exemples accréditent l'idée d'une diminution du nombre de CMP dans les 5-10 dernières années.

Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) qui répertorie les établissements sanitaires et sociaux ne permet pas non plus de compter avec précision les CMP. En effet, les CMP et CATTP correspondent à une seule catégorie, si bien qu'il est difficile d'identifier précisément les premiers. De plus, il y a là encore une certaine confusion quant à l'unité mesurée : un CMP avec une antenne peut correspondre soit à deux numéros FINESS, soit à un seul. Tous les CMP n'ont pas de numéro FINESS géographique propre, certains n'ont qu'un FINESS juridique qui est celui de l'établissement auquel ils sont rattachés.

Au-delà des problèmes techniques de remontée des données, cette imprécision des sources s'explique par le flou juridique portant sur la notion de CMP : celui-ci ne fait pas l'objet d'une autorisation qui permettrait de le tracer administrativement.

A côté des entités appelées CMP, il existe aussi des entités aux contours plus flous dénommées antennes ou lieux-dits. Celles-ci correspondent à des structures plus légères en termes d'activité, de personnel et d'horaires d'ouverture. Selon le recueil de données, ces structures peuvent ou non être comptabilisées comme CMP.

Un exemple illustre le flou résultant de cette imprécision de définition. Dans le Grand-Est, le nombre de CMP en 2018 est de 106 dans le RIM-P et de 189 dans la SAE. Les différences tiennent, entre autres, au fait que tous les CMP n'ont pas de numéro FINESS géographique mais sont rattachés au FINESS de leur établissement (FINESS juridique).

2.1.2 Aux niveaux régional ou local, la connaissance est également imprécise

Au niveau régional, la connaissance n'est pas plus aisée. Lors de l'établissement des PTSM ou pour répondre aux questions de la mission, plusieurs ARS se sont reportées aux chiffres nationaux décrits ci-dessus pour dénombrer leur CMP au lieu de produire leurs propres données. Cela tend à montrer que le décompte des CMP et leur positionnement ne sont pas des données suivies par les ARS.

Plus surprenante encore est la difficulté d'un directeur d'établissement auditionné par la mission à dénombrer les CMP relevant de son CH, ce qui met en évidence une instabilité des définitions. Dans ses réponses aux diverses enquêtes (PMSI, enquêtes ad hoc de l'ARS), le même établissement compte entre 5 et 17 CMP. Ces écarts tiennent principalement à l'instabilité de la définition même du CMP : compte-t-on ou non les antennes ?

A l'inverse, d'autres ARS, comme la Nouvelle-Aquitaine par exemple, ont fait réaliser par l'ORS en 2019 une étude sur les CMP qui comprend notamment une cartographie précise de leurs implantations. De même dans les Hauts-de-France, la fédération de santé mentale a également localisé ses CMP et a construit un outil pour aider le patient à localiser son CMP (*cf. infra*).

En plus de ne pas être facilement repérable sur le plan statistique au niveau local ou national, on verra plus loin que le CMP déroge à plusieurs titres aux normes et pratiques hospitalières qui le rendent difficilement appréhendable par l'autorité de tutelle : pas de régime d'autorisation ni de contrôle, pas de connaissance ni de traçabilité des ressources affectées, pas ou peu d'outils pour

optimiser les soins ni pour garantir une bonne lisibilité et accessibilité au dispositif (ce point fera l'objet d'une recommandation plus globale en partie 4).

2.2 L'activité et les moyens des CMP présentent une grande diversité territoriale, qui ne semble pas correspondre à des différences de besoins de la population

A leur création, les secteurs ont été définis pour couvrir un territoire d'environ 70 000 habitants et y proposer une offre de soins coordonnée par un médecin-chef. Ce dimensionnement correspond à une population dont les besoins apparaissent aisés à connaître et à une équipe médicale suffisamment importante pour être pluridisciplinaire et suffisamment légère pour être gérée facilement⁷⁶. En 2003 - date de la dernière étude sur le sujet- le secteur couvrait en moyenne 56 000 habitants âgés de 20 ans et plus et comprenait au moins un CMP ce qui n'était pas le cas dans les décennies précédentes.

Une étude un peu plus ancienne pointait une augmentation des disparités initiales de taille entre les secteurs, ceux-ci couvrant entre 33 000 et plus de 100 000 habitants⁷⁷. Si ces études sur le secteur n'ont pas été actualisées récemment, les disparités de couverture semblent perdurer. Le nombre de CMP adultes pour 100 000 habitants de plus de 15 ans⁷⁸ varie, selon les départements de 0,7 à 13,7 avec une médiane de 3,3 (annexe 3)⁷⁹.

Cependant, eu égard à l'imprécision dans la mesure du nombre de CMP décrite plus haut, la mission a préféré analyser la dispersion de l'offre au moyen d'autres indicateurs :

- D'abord en caractérisant les disparités départementales dans l'activité en CMP et les moyens dans les établissements (dont le CMP est une composante) ;
- Ensuite en faisant quelques focus à un niveau plus fin à partir des données recueillies lors des déplacements.

2.2.1 Les fortes disparités départementales d'activité dans les CMP ne sont généralement pas compensées par d'autres prises en charge ambulatoires

D'un point de vue quantitatif, l'activité des CMP est très variable. En 2018, le nombre d'actes ambulatoires en CMP⁸⁰ varie selon le département de 4 700 à 38 300 pour 100 000 habitants, avec une médiane de 15 800.

⁷⁶ Le premier texte fixant la population couverte par le secteur 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. Ce dimensionnement sera repris dans les circulaires suivantes.

⁷⁷ *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000* de M. Coldefy et E. Salines, DREES, document de travail n°42 mars 2004 et *Les secteurs de psychiatrie générale en 2003* de M. Coldefy et J. Lepage, document de travail n° 70 novembre 2007.

⁷⁸ Données 2017, SAE pour le nombre de CMP et Insee pour les estimations de la population, calculs de la mission.

⁷⁹ L'annexe 3 présente les disparités départementales d'implantation des CMP, pour illustrer le progrès à faire dans le recueil des données plus que pour répondre à la question de l'implantation territoriale.

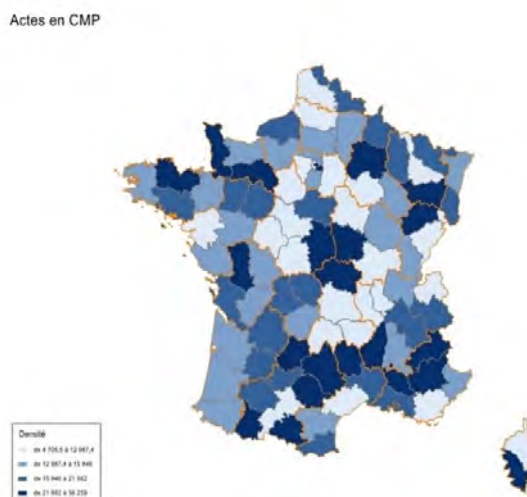
⁸⁰ Le détail des actes sera présenté dans l'encadré 2 de la partie 3.2.1.

Tableau 14 : Nombre d’actes ambulatoires en CMP pour 100000 habitants, au niveau départemental en 2018

	Actes ambulatoires en CMP
Min	4705
Max	38259
Médiane	15812
Écart-type	6769

Source : RIM-P 2018 ATIH, traitements mission

Carte 8 : Nombre d’actes de psychiatrie adulte en CMP pour 100 000 habitants en 2018



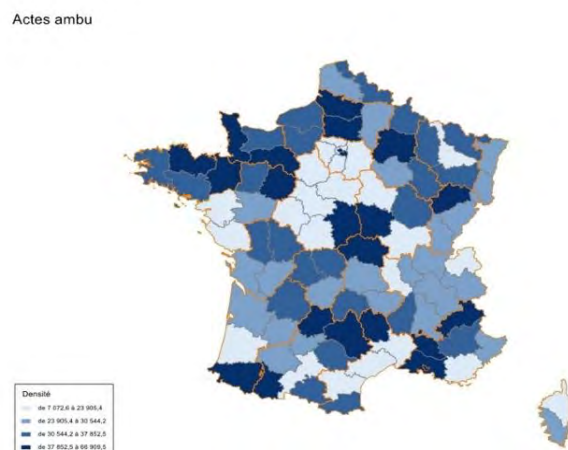
Source : RIM-P 2018 ATIH, traitements mission

Une telle diversité semble trop importante pour refléter des différences de besoins. Elle peut traduire deux situations différentes :

- Soit une inégalité d’accès aux soins
- Soit des différences d’organisation : selon les territoires, le CMP n’aurait pas la même place dans l’activité ambulatoire.

La carte du nombre d’actes ambulatoires tous lieux confondus (cf. carte 9) ne plaide pas totalement en faveur de la 2ème hypothèse : la faible activité ambulatoire en CMP va le plus souvent de pair avec la faible activité ambulatoire tous lieux confondus.

Carte 9 : Nombre d'actes de psychiatrie adulte en ambulatoire tous lieux confondus pour 100000 habitants en 2018



Source : RIM-P 2018 ATIH, traitements mission

Mais il y a quelques exceptions où l'on peut penser que si l'activité ambulatoire se fait peu en CMP elle existe bien ailleurs, dans des consultations externes par exemple⁸¹.

Tableau 15 : Disparités départementales d'activité en 2018 en psychiatrie adulte

	Actes ambulatoires
Min	7 073
Max	66 910
Médiane	30 054
Écart-type	11 920

Source : RIM-P 2018 ATIH, traitements mission

2.2.2 Selon les endroits, la place du CMP dans l'offre de soins en psychiatrie est très variable

En 2017, les patients adultes de la psychiatrie ont bénéficié de 16 millions d'actes, 8,7 millions étant réalisés en CMP soit 53,5 %. La part des CMP dans l'activité ambulatoire varie entre 44,8 % et 77,7 %. Cela montre qu'en fonction des lieux, le CMP est plus ou moins le centre de l'activité ambulatoire et que celle-ci est parfois plus assurée autrement ou ailleurs (hôpital, domicile du patient, établissement médico-social, etc.⁸²). Cela pourrait suggérer que le CMP n'a pas systématiquement une fonction de pivot.

⁸¹ Étant donnée la qualité des données, il est cependant difficile de distinguer ce qui relève de l'atypie et de problèmes de codage ; les cas extrêmes relevés par la mission se sont avérés après enquête être souvent le fait de problèmes de remontée de données.

⁸² Dans la typologie du RIM-P, outre le CMP, les lieux où se déroule l'activité ambulatoire sont, par ordre décroissant de fréquence : CATTP (13,7 % des actes), établissement (10,8 %), domicile du patient (8,1 %), établissement pénitentiaire

Tableau 16 : Activité en ambulatoire et en CMP en 2017 pour les adultes

Région	Nombre d'actes en CMP	Nombre d'actes ambulatoires	Part des actes ambulatoires en CMP (%)
Ile-de-France	1 753 306	2 648 499	66,2
Centre-Val de Loire	269 293	506 189	53,2
Bourgogne-Franche-Comté	309 004	643 758	48
Normandie	530 388	1 002 623	52,9
Hauts-de-France	770 518	1 653 473	46,6
Grand Est	833 155	1 551 499	53,7
Pays de la Loire	406 849	774 950	52,5
Bretagne	494 176	1 036 008	47,7
Nouvelle-Aquitaine	810 605	1 538 149	52,7
Occitanie	764 960	1 419 220	53,9
Auvergne-Rhône-Alpes	890 655	1 677 316	53,1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	707 205	1 578 583	44,8
Corse	45 113	58 061	77,7
DOM	199 534	277 323	71,9
National	8 755 623	16 365 651	53,5

Source : RIM-P ATIH calculs mission. L'ambulatoire hors CMP correspond aux consultations externes à l'hôpital, aux CATTP, aux visites à domicile ou en établissement social ou médico-social.

2.2.3 Les moyens de la psychiatrie en établissement, dont le CMP est une composante, sont très disparates : des écarts de moyens variant d'un facteur 15 pour les médecins et d'un facteur 22 pour le personnel non-médical

Si l'on ne dispose pas de données sur les personnels en CMP, les moyens globaux dédiés à la psychiatrie adulte donnent une indication de l'écart de moyens car le CMP est une composante de l'hôpital. La répartition intra/extra hospitalier est variable selon les stratégies des établissements si bien que les disparités entre CMP ne se calquent qu'en partie sur les écarts globaux ; cependant le volume de la ressource globale est un indicateur sur la tension des moyens pouvant être affectés en CMP, sachant que, lorsque les ressources sont rares, les établissements auditionnés concèdent

(5,1 %), unité d'accueil d'un service d'urgence (3,6 %), unité d'hospitalisation MCO SSR USLD (2,7 %), établissement social ou médico-social avec hébergement (2,1 %), établissement social ou médico-social sans hébergement (0,6 %),

privilégier l'intra sur l'extra afin d'assurer les missions les plus prioritaires (urgences, hospitalisation).

Tableau 17 : Ressources humaines dans les établissements de psychiatrie pour adultes en 2018 (en ETP pour 100 000 habitants adultes), par département

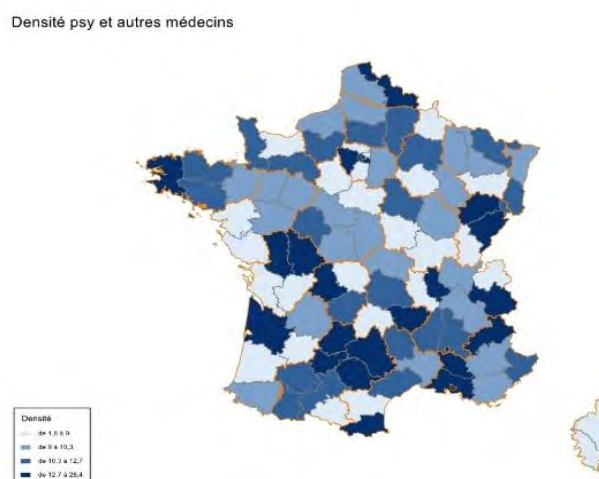
	Personnel médical	Personnel non-médical
Min	1,8	15,0
Max	28,4	339,2
Médiane	10,3	159,5
Écart-type	3,4	50,2

Source : DREES SAE 2018, traitements et calculs mission.

En 2018, l'effectif médical des établissements de psychiatrie adulte varie entre 1,8 (Haute-Corse) et 28,4 ETP (Paris) pour 100 000 habitants adultes. L'effectif de personnel non-médical varie entre 15 ETP (Haute- Corse) et 339 ETP (Lozère). La majorité du personnel non-médical est constitué par les infirmiers : on compte 48 069 ETP infirmiers en établissement psychiatrique pour les adultes en France métropolitaine (source : fichier brut SAE, calcul mission). La densité médiane est de 98 ETP infirmiers pour 100 000 habitants adultes et varie de 16 à 177.

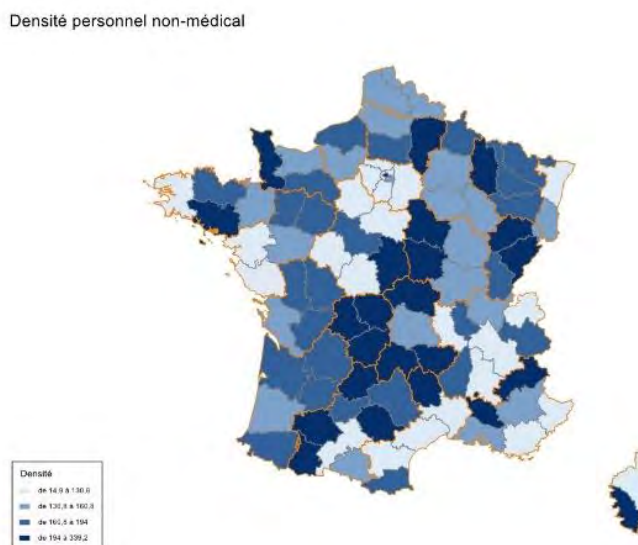
Les cartes suivantes illustrent les disparités de ressources au niveau départemental pour le personnel médical (psychiatres et autres médecins) et le personnel non-médical (infirmiers, psychologues, personnels éducatifs et sociaux, aides-soignants, personnels de rééducation).

Carte 10 : Psychiatres et autres médecins dans les établissements de psychiatrie adulte, en 2018 (ETP pour 100 000 habitants adultes)



Source : SAE 2018, traitements mission

Carte 11 : Personnel non médical dans les établissements de psychiatrie pour adultes, en 2018 (ETP pour 100 000 habitants adultes)



Source : SAE 2018 DREES traitements et calculs mission

Si une part de l'inégalité de répartition observée est justifiée dans la mesure où l'offre peut s'adapter aux besoins différenciés des territoires, là encore les différences entre territoires semblent trop importantes pour refléter des différences de besoins et nécessitent d'interroger les pratiques et les organisations.

2.2.4 Les CMP sont en principe caractérisés par une pluridisciplinarité qui est dans les faits remise en question dans certains lieux pour des raisons d'attractivité

Les analyses ci-dessus présentaient les disparités de ressources humaines au niveau des départements donc à un niveau agrégé, ce qui a pour effet d'atténuer les disparités. Les analyses plus fines au niveau de zones plus restreintes ou de chaque établissement, confirment et aggravent le constat. Les territoires où la mission s'est déplacée témoignent de cette diversité de moyens.

On le voit, les équipes composant les CMP sont très différentes. Numériquement tout d'abord : le plus gros CMP auditionné par la mission a plus de 35 ETP, le plus petit 8,25. La présence médicale n'est pas assurée en permanence partout.

Par exemple, à Commercy, la présence médicale n'est assurée qu'un ou deux jours par semaine et le temps médical est très fractionné, les médecins venant chacun entre une et quatre fois par mois. En revanche, la présence infirmière est forte (6 ETP).

On retrouve cette configuration dans les territoires les plus reculés de la région bordelaise : l'un des pôles regroupant 3 CMP dépendant de l'hôpital Charles Perrens dispose de 0,5 à 0,8 ETP de médecin par CMP mais cette faible présence médicale est compensée par une présence infirmière importante (19,5 ETP pour les 3 CMP).

Se dessinent à gros traits deux modèles de CMP : l'un où la coordination est bien assurée par un ou plusieurs médecins, et l'autre, où elle est déléguée à un ou plusieurs infirmiers.

Rapportés aux files actives, les écarts d'effectifs varient du simple au presque triple ; ce qui pose la question de l'adéquation de la réponse apportée aux besoins.

Une pluridisciplinarité minimale est assurée partout, parfois avec un temps de présence très faible. Tous les CMP auditionnés par la mission bénéficient, au moins à temps partiel, des professionnels suivants : médecins, infirmiers, cadres de santé et secrétaire. La présence des psychologues et assistants sociaux est assurée presque partout, mais le temps dédié n'est pas corrélé à l'importance de la file active. Plusieurs CMP notent d'ailleurs avec regret que le manque de personnel les a conduits à ne plus faire de psychothérapies.

Comme évoqué plus haut, les jeunes psychiatres ne sont pas toujours disposés à s'éloigner des zones urbaines, ce qui complique leur recrutement dans certains départements assez ruraux et peu peuplés comme la Corrèze. On retrouve ce même problème d'attractivité géographique chez les psychologues, qui manifestent cependant une vraie appétence pour le travail en CMP, nonobstant sa valorisation insuffisante (cf. paragraphe 1.4.2). Quant aux infirmiers, leur tropisme moins marqué pour le travail en CMP tient plus à des questions structurelles que géographiques.

Parmi les compétences autres mobilisées par les CMP, l'enquête conduite par la mission a recensé la mobilisation des professionnels suivants, à temps partiel : diététicien (4 CMP), ergothérapeute (3 CMP), éducateur spécialisé (3 CMP), aide-soignant (1 CMP).

On ne peut pas simplement tirer de ces chiffres des conclusions sur l'adéquation de l'offre de soins car les données chiffrées (population couverte par un CMP, ratio effectif/file active) ne correspondent pas totalement et toujours au « ressenti » des acteurs de terrain. Par exemple, le CMP de Commercy ne couvre qu'un territoire de 5 300 habitants mais sa file active est très importante (481 personnes en 2019).

L'effectif lui aussi est important, rapporté à cette file active, mais l'absence de présence médicale permanente, les difficultés à recruter, le morcellement du temps médical entre plusieurs praticiens sont autant de facteurs qui rendent le fonctionnement complexe et donnent le sentiment « qu'on manque de monde au CMP ». D'autres CMP, avec un plus faible effectif rapporté à la population couverte et à la file active, peuvent davantage faire face à la patientèle et semblent moins en difficulté.

Tableau 18 : Les effectifs des CMP auditionnés par la mission

CMP	Environnement	Population couverte	File active en 2019	dont nvx patients	Nombre d'actes en 2019	Médecins	Infirmiers	Psychologues	Cadres de santé	Assistant social	Secrétaire	Autre	ETP Totaux	Effectif pour 1000 patients de la file active	Effectif médical pour 1000 patients de la file active
Commercy (55)	rural précaire++	5 536	481	188	3 126	0,5	6	1,3	0,6	0	0,55	0,4	9,4	19,4	1
Pays d'Eygurande (19)	rural	32 000	622	297	2 620	1,2	5,7	1,1	0,5	0,4	1	1,7	11,6	18,6	1,9
Pessac (33)	urbain	62 737 + 80000 étudiants du campus	737		7 644	1,1	6	0,4	0,3	0,5	0,5		8,7	11,8	1,5
Talence (33)	urbain	70 069 + 80000 étudiants du campus	831		9 191	1,3	7,4	0,4	0,3	0,5	1		10,9	13,1	1,6
Mérignac (33)	urbain	71 203 + 80000 étudiants du campus	832		9 537	1,2	5,8	0	0,3	0,5	0,5		8,3	9,9	1,4
Castelnau (33)	rural péri-urbain à 37 km de Bordeaux	59 611	855		7 453	0,8	5,9	1,2	0,3	0,5	1,0		9,7	11,3	0,9
Lesparre (33)	rural à 66 km de Bordeaux	44 796	974		8 226	0,8	5,9	1,5	0,3	0,5	1,0		10,0	10,2	0,8
Bordeaux Centre (33)	urbain	114 566	1 143		14 790	0,8	8,8	1,4	0,4	0,7	0,8		12,9	11,2	0,7
Paris secteur 15 (75)	urbain	75 000	1 144	430	16 624	3,2	5	2,5	0,3	2	2	0,1	15,1	13,2	2,8
Bordeaux Nord (33)	urbain	57 704	1 265		12 893	2	7,7	1,2	0,4	0,7	1		13,0	10,2	1,6
Saint-Ouen (93)	urbain		1 357	407	13 695	4,5	5	2,5	1	1	1,5		15,5	11,4	3,3
Jarny (55)	rural	81 870	1 453	619	14 102	2	8,5	3,1	0,8	0,2	1,8	2,8	19,2	13,2	1,4
Haubourdin (59)	rural et urbain	97 000	1 492	542		22	3,5	2,1	1	1,5	2		32,1	21,5	14,7
Biganos (33)	péri-urbain à 45 km de Bordeaux, très étendu	85 088	1 503		12 249	1,5	12,5	1,8	0,5	0,5	2		18,8	12,5	1,0
Paris secteur 14 (75)	urbain	94 000	1 611	450	19 485	4,6	6	0,5	0,3	2	2	0,1	15,5	9,6	2,9
Lille Sud (59)	urbain et quartiers défavorisés		1 721	587	14 360	3,3	15	2,3	0,6	1,3	1,6	2,3	26,4	15,3	1,9
Les Prés à Essey lès Nancy (54)	urbain et péri-urbain	106 600	1 931	498	15 293	3	14,9	3,5	0,8	1	2,7	1,6	27,5	14,2	1,6
Paris secteur 16 (75)	urbain	76 000	2 068	602	25 824	4,1	3,4	3	0,3	2	2	0	14,8	7,2	2,0
Chatellerault (86)	rural		2 190		12 018	1,4	6	0,3	0,4	0,6	1,8	1,2	11,7	5,3	0,6
Brive (19)	urbain et rural	131 880	2 341	832	17 210	1,3	8	2,7	0,6		3	1	16,5	7	0,5
Tulle (19)	rural et urbain (Tulle)	42 000	2 369	1 075	16 025	1	11	2,4	0,5	0,9	1	0,2	17	7,2	0,4
Les Jacquard à Vandoeuvre lès Nancy (54)	urbain et péri-urbain	131 453	2 570	644	20 539	3,3	20,6	4,8	1	1	3	1,5	35,2	13,7	1,3
Entre-temps (33)	urbain et péri-urbain	41 960				0,6									
Eysines (33)	urbain et péri-urbain	108 762	2 577		15 892	0,8	19,5	0,8	0,5	1,1	1,8		24,3	9,4	0,2
Caudéran (33)	urbain	47 281				0,5									
Créteil et Boissy Saint-Léger - 2 CMP (94)	urbain- banlieues populaires et précaires	213 155	3 105	783	32 458	8,9	12	6	1	3	5		35,9	11,6	2,9

Source : Mission d'après les réponses des CMP. NB : l'effectif médical très important du CMP Haubourdin s'explique par la mobilisation des internes. Les disparités infra-départementales d'implantation des CMP reflètent des questions d'aménagement du territoire davantage que de besoins de santé

2.2.4.1 Un idéal de proximité mis à mal par des contraintes de moyens

L'idéal de proximité qui animait la philosophie du secteur n'est pas réalisable partout. Face à la tension sur les moyens, on observe une tendance à fusionner plusieurs CMP sur un même lieu pour disposer d'une présence médicale continue et rationaliser les moyens.

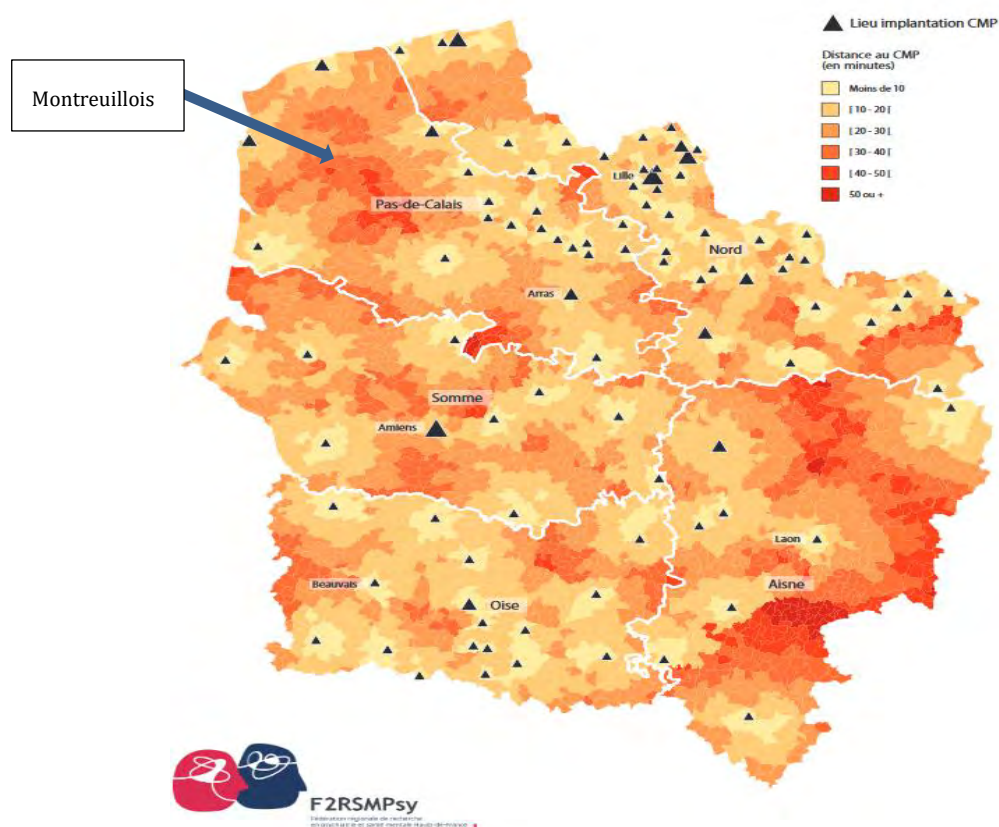
Ce choix a été fait par exemple à Paris, sans conséquences sur l'accessibilité en raison des facilités de transport de la capitale mais dans d'autres endroits moins bien desservis, la rationalisation et condensation des moyens, qui est bénéfique en termes d'offre proposée au patient, a pour conséquence une moindre accessibilité géographique. Ceci dit, c'est moins la distance qu'il faut prendre en compte que la desserte en transports en commun : or, si tous les professionnels ont conscience que la localisation du CMP près d'une gare ou dans un endroit bien desservi est cruciale, ce n'est pas toujours possible.

Il n'existe pas de travaux au niveau national sur l'accessibilité des CMP. Cependant plusieurs régions ont conduit leurs propres travaux.

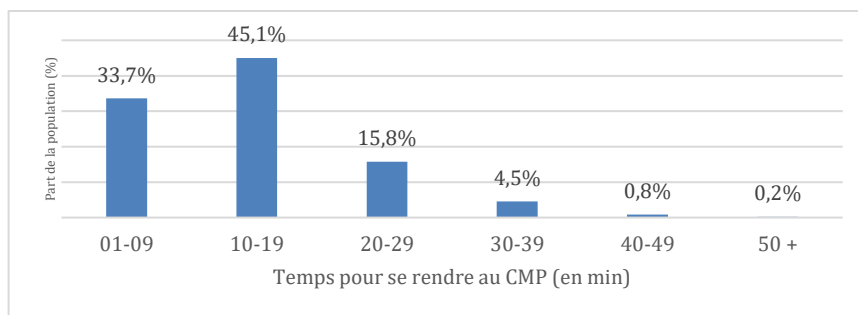
2.2.4.2 L'exemple des Hauts-de-France

Selon un travail de la Fédération de santé mentale des Hauts-de-France, le temps d'accès moyen au CMP en voiture est de 13 minutes, quatre habitants du cinq sont à moins de 20 minutes d'un CMP (cf. carte 12). Mais il existe des territoires très éloignés (est de la région et Montreuillois) où l'accès dépasse les 50 minutes, voire l'heure, ce qui, selon les auteurs de l'étude, aurait un effet sur le niveau de recours.

Carte 12 : Temps d'accès moyens aux CMP dans les Hauts-de-France



Graphique 4 : Distribution de la population des Hauts-de-France selon le temps d'accès au CMP (calcul à la commune, du centre à l'adresse du CMP)

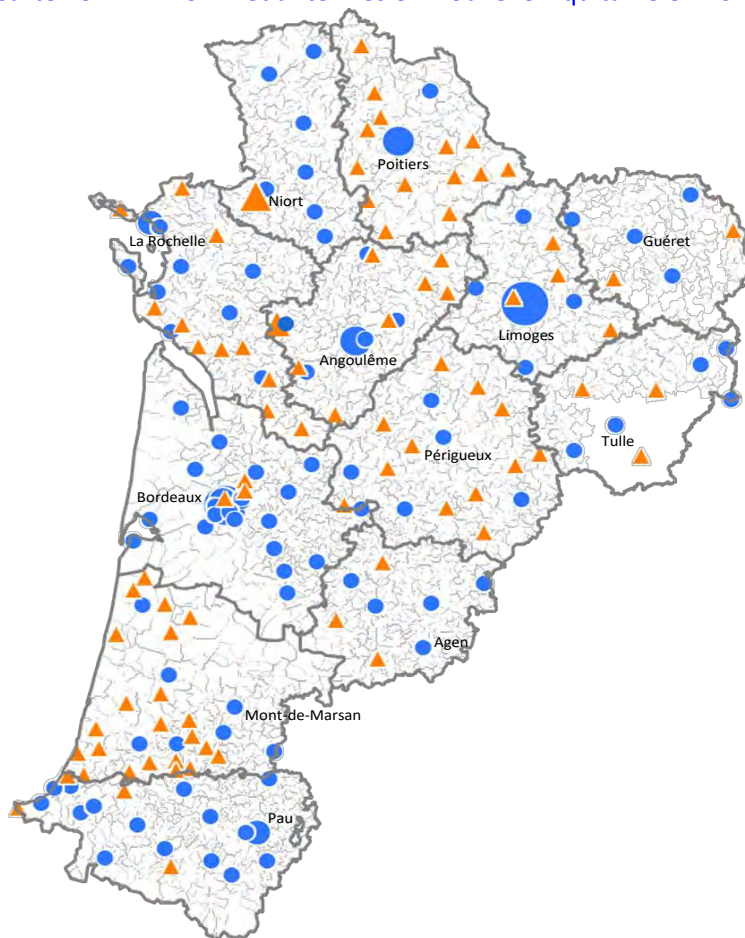


Source : Fédération française de santé mentale, données Hauts de France, 2017

2.2.4.3 L'exemple de la Nouvelle-Aquitaine

Selon une enquête réalisée par l'ARS en 2017, la région Nouvelle-Aquitaine compte 113 CMP et 90 antennes qui sont des lieux ouverts seulement quelques jours par semaine ou présentant une équipe réduite. Ces CMP sont rattachés à 23 CH dont 10 sont spécialisés en santé mentale. Leur distribution sur la région est relativement homogène (cf. carte 13) même si un territoire, du fait de son étendue (une bande de 140 km) -le territoire du Médoc et du Bassin d'Arcachon- ne compte que 3 CMP pour 263 416 habitants.

Carte 13 : CMP et antennes en Nouvelle-Aquitaine en 2017



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine (Légende : Point bleu : CMP, triangle orange : antenne)

2.2.4.4 La difficile objectivation des difficultés d'accès

Dans toutes les régions où la mission s'est déplacée, les acteurs de terrain font état de territoires où le CMP serait difficile d'accès, soit parce qu'il couvre un territoire trop étendu ou dépourvu de moyens de transports (vallées vosgiennes par exemple), soit parce qu'il manque d'effectifs (Jarny).

Cependant, cette faible présence sur le territoire est difficile à objectiver. Selon les données fournies par les CMP auditionnés à la mission, la population couverte par un CMP varie entre 5 300 et 132 000 habitants (cf. tableau 18).

Recommandation n°1 Reproduire les travaux des ARS Nouvelle-Aquitaine et Hauts-de-France dans les autres régions pour identifier les difficultés d'accès

2.2.4.5 Accès à l'information et horaires d'ouverture

Outre la question de l'implantation sur le territoire, l'accessibilité des CMP dépend de deux autres éléments : la facilité à trouver son CMP de rattachement et ses horaires d'accueil.

- L'accès à l'information est loin d'être simple pour le patient. Dans certains secteurs, il n'existe pas d'annuaire indiquant le CMP de proximité en fonction de son adresse. A l'inverse, certaines

régions comme les Hauts-de-France ont mis en place un outil⁸³ qui oriente le patient ou les professionnels vers le CMP adéquat.

- En termes d'horaires, les CMP auditionnés par la mission sont généralement ouverts en semaine tous les jours de 9 heures à 18 heures (17 heures pour certains, 19 heures pour d'autres). Un CMP est ouvert dès 8 heures, quelques autres ont étendu les consultations jusqu'à 20 heures un ou deux jours par semaine. L'extension des horaires le samedi ou tard le soir fait l'objet de débat. Les CMP ayant fait l'essai d'une ouverture le samedi ou en soirée ont constaté que la patientèle n'était pas au rendez-vous. Il semblerait que pour la majorité des patients la plage 9h-17h ou 18 heures conviendrait, seule une minorité gagnerait à bénéficier d'une extension des horaires.

2.2.5 Les délais d'accès peuvent aller jusqu'à trois mois pour un rendez-vous médical

Cette question des délais a été identifiée par la plupart des CMP, certains ont même réalisé des audits afin de suivre cet indicateur. D'autres en revanche n'ont pas mis en place de procédure pour mesurer les délais et les données transmises à la mission reposent davantage sur une impression que sur une mesure.

2.2.5.1 Le délai de premier rendez-vous est hétérogène mais a été, dans beaucoup de CMP, réduit par la mise en place du « premier rendez-vous infirmier »

Pour les CMP auditionnés par la mission, le délai d'obtention d'un premier RDV varie entre un jour et un mois (cf. tableau 19), même si les acteurs affirment prendre en charge l'urgence beaucoup plus vite, soit en réservant des créneaux soit en intercalant un rendez-vous.

S'il n'existe pas de données nationales sur le sujet, une enquête conduite par l'ARS Rhône Alpes en 2015 indiquait un délai moyen déclaré de 21 jours avec des extrêmes dans les délais allant de 1 à 90 jours⁸⁴.

Dans la plupart des CMP auditionnés, une réflexion sur l'accueil et la première évaluation a abouti au « premier rendez-vous infirmier » : un infirmier diplômé d'État (IDE) généralement formé, effectuée, dans un délai bref, une première évaluation de la gravité, en présentiel ou par téléphone. Cette observation de la mission est corroborée par d'autres études comme celle de l'ARS Rhône-Alpes qui en 2016 notait que les premiers accueils étaient réalisés le plus souvent par un IDE puis par un médecin et enfin par un psychologue⁸⁵.

2.2.5.2 Le délai d'obtention d'un rendez-vous médical peut atteindre trois mois

Le délai d'obtention d'un rendez-vous médical varie de quelques jours à trois mois (cf. tableau 19). Les délais les plus importants sont souvent associés à une faible présence médicale mais la corrélation n'est pas parfaite.

⁸³ L'annuaire des CMP conçu par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale indique les coordonnées du CMP où se rendre en fonction de l'adresse du patient : <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>

⁸⁴ Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes, Juin 2015, <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/11730.pdf>, ce chiffre a été établi d'après les réponses de 141 CMP, soit 88.7% des CMP de psychiatrie générale participant à l'enquête.

⁸⁵ Ibidem. Les données portent sur 155 CMP adultes de la région Rhône-Alpes, p52.

Tableau 19 : Délai moyen de rendez-vous en 2019

	Délai en jours du prochain 1er RDV physique disponible à la date de l'enquête	Délai en jours du prochain 1er RDV médical disponible à la date de l'enquête	File active en 2019	Effectif pour 1000 patients de la file active	Effectifs médicaux pour 1000 patients de la file active
Les Prés à Essey-lès-Nancy (54)	7 jours	de 2 à 7 jours	1931	14,2	1,6
Les Jacquard à Vandoeuvre lès Nancy (54)	7 jours	de 2 à 12 jours	2570	13,7	1,3
Paris secteur 15 (75)	1 jour	8 jours	1144	13,2	2,8
Bordeaux Centre (33)	de 4 à 17 jours	de 13 à 35 jours	1143	11,2	0,7
Bordeaux Nord (33)	de 4 à 17 jours	de 13 à 35 jours	1265	10,2	1,6
Biganos (33)	7 jours	16 jours	1503	12,5	1
Entre-temps (33)	moins de 8 jours	moins de 20 jours	2577	9,4	0,2
Eysines (33)					
Caudéran (33)					
Haubourdin, Lille (59)	1 jour	21 jours	1492	21,5	14,7
Pays d'Eygurande (19)	1 jour	21 jours	622	18,6	1,9
Paris secteur 16 (75)	28 jours	30 jours	2068	7,2	2
Paris secteur 14 (75)	7 jours	30 jours	1611	9,6	2,9
Saint-Ouen (93)	10 jours	1 mois	1357	11,4	3,3
Jarny (55)	7 jours	1 jour par téléphone, 1 mois en présence	1453	13,2	1,4
Créteil+ Boissy-Saint-Léger (94)	25 jours	40 jours	3105	11,6	2,9
Commercy (55)	dans la semaine	1 mois et 2 mois	481	19,4	1
Pessac (33)	12 jours	45 jours	737	11,8	1,5
Talence (33)	12 jours	45 jours	831	13,1	1,6
Mérignac (33)	12 jours	45 jours	832	9,9	1,4
Lesparre (33)	10 jours	54 jours	974	10,2	0,8
Castelnau (33)	10 jours	56 jours	855	11,3	0,9
Lille Sud (59)	0 jours	2 mois	1721	15,3	1,9
Brive (19)	1 à 2 jours	75 jours	2341	7	0,5
Châtellerauld (86)	15 jours	3 mois	2190	5,3	0,6
Tulle (19)	quelques jours	3 mois	2369	7,2	0,4

Source : Mission d'après réponse au questionnaire envoyé aux CMP auditionnés⁸⁶

Là encore, en cas d'urgence, le délai peut être réduit, soit en étendant les horaires, soit en organisant un rendez-vous téléphonique en cas d'absence de médecin. Notons que ces données sont déclaratives.

⁸⁶ Les données demandées étaient le délai des prochains premiers RDV à la date de l'enquête, mais la plupart des CMP ont donné un délai moyen (dans quelques cas ce délai est mesuré par un audit, dans les autres, de façon empirique).

Ce constat d'une grande disparité rejoint celui de l'étude de l'ARS Rhône-Alpes déjà citée qui observait que le délai moyen déclaré atteignait les 44 jours (avec des variations conséquentes entre les établissements allant de 20 à 70 jours)⁸⁷.

Dans certains CMP, un travail a été conduit pour apprécier les délais et identifier les facteurs d'amélioration, sachant que les raisons sont souvent plurielles et intriquées. Cela nécessite une analyse des processus pour démêler ce qui relève de l'organisation, des flux, du manque de moyens, des rendez-vous non honorés. Ces démarches pourraient être dupliquées, avec l'aide de l'*Agence Nationale d'Appui à la Performance* (ANAP). Cependant, dans certains endroits, la réduction des délais butera sur la contrainte de moyens humains, surtout concernant la consultation par un psychiatre.

Recommandation n°2 Poursuivre les investigations de la mission sur les délais en faisant réaliser par l'ANAP un outil de mesure et d'identification des leviers d'amélioration

2.3 Les financements sont impossibles à tracer et les coûts peu analysés

Près de la moitié des CMP n'ont pu transmettre le montant de leur budget 2019 à la mission. Pour les autres, le périmètre des données transmises était trop disparate pour être analysé par la mission (confusion budget du CMP/budget du pôle, présence ou non des charges indirectes). Aux échelons territoriaux supérieurs, il n'y a pas non plus de consolidation des financements alloués au CMP, ceux-ci étant fondus dans des enveloppes plus larges.

2.3.1 En l'absence de comptabilité analytique, les financements des CMP demeurent inconnus

Les établissements psychiatriques sont financés selon deux modalités (dotation de financement ou prix de journée) en fonction de leur statut. Les CMP dépendant dans leur très large majorité d'hôpitaux publics (et d'hôpitaux privés non lucratifs) sont financés par le biais de la dotation annuelle de financement (DAF) de leur établissement, sans qu'il soit possible d'isoler le financement pour tel ou tel CMP⁸⁸.

Tableau 20 : La dépense pour la psychiatrie hospitalière de 2018 à 2020

Chiffres clés (en millions)	DAF 2018	DAF 2019	DAF 2020
Montant de la dépense pour la psychiatrie hospitalière	9 039	9 081	9 250
Taux d'évolution DAF	0,8 %	1,6 %	2,2 %
Taux d'évolution ONDAM ES	2 %	2,4 %	2,4 %

Source : DGOS

⁸⁷ Cf. note 84.

⁸⁸ Dans le retraitement comptable, on peut isoler les CMP mais il y a énorme alea dans le retraitement comptable lié aux charges indirectes et aucun contrôle de l'ARS.

Au total, en 2020, 9,25 Md € ont été alloués aux soins en psychiatrie pour les établissements ex-DG. Après deux années d'évolution très en dessous de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le taux d'évolution de la DAF s'en rapproche en 2020 (2,2 % et 2,4 %).

L'enveloppe de la DAF, ainsi que sa répartition régionale, sont fixées par arrêté interministériel. Le directeur général de l'ARS arrête le montant de la DAF de chaque établissement dans le respect du montant de la dotation régionale fixée en application des dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la Santé publique. Le montant de la DAF d'un établissement est fondé sur un principe de reconduction, sous réserve des évolutions négociées avec les tutelles régionales. A partir d'une enveloppe globale, l'ARS module les DAF entre établissements en tenant compte de plusieurs éléments : le montant de l'année précédente, les objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les orientations du schéma régional d'organisation des soins (SROS), les prévisions d'évolution d'activité, les modifications d'activité et d'autorisation, les coûts.

Dans sa modulation des DAF psy entre les établissements, l'ARS peut sur-coefficienter quand l'établissement dispose de CMP. Conformément aux engagements pris dans la feuille de route santé mentale⁸⁹, des crédits ont été délégués en 2019 et 2020 pour favoriser l'ambulatoire :

- En deuxième circulaire budgétaire 2019 à hauteur de 4 M€ afin d'accompagner le développement des prises en charge ambulatoires en psychiatrie et accompagner les équipes à développer leur mobilité et les modalités d'« aller vers » les publics, notamment les plus fragilisés (personnes âgées, personnes précaires...).
- En première circulaire budgétaire 2020 à hauteur également de 4 M€ pour le développement des prises en charge ambulatoires - Équipes mobiles et mobilités des équipes de psychiatrie : moyens supplémentaires alloués cette année encore pour soutenir le développement des prises en charge de psychiatrie ambulatoires et des interventions au domicile du patient, incluant les ESMS, aller au-devant des personnes et favoriser le maintien de la personne dans son milieu de vie ordinaire, facilitant son insertion sociale et professionnelle.
- En première circulaire budgétaire 2020 à hauteur de 3 M€ ciblés spécifiquement pour le renforcement des CMP : ils ont notamment vocation à permettre aux CMP, adultes et infanto-juvéniles, une meilleure structuration pour réduire les délais d'accès aux soins et garantir une meilleure continuité et fluidité des parcours. Rapporté au nombre de CMP, le montant s'élève à environ 1 700 euros, ce qui est dérisoire au regard des besoins.

Le modèle de financement comporte donc des leviers visant à inciter le développement de l'ambulatoire mais les critères de modulations de la DAF sont tellement nombreux qu'on peut craindre que l'incitation, noyée au milieu d'autres, soit totalement inefficace.

De nombreux rapports ont souligné la forte disparité des moyens attribués en DAF - que ce soit par rapport aux patients ou aux habitants- et la difficulté à les mettre en lien avec des orientations. Ainsi le rapport IGAS de novembre 2017 sur l'organisation des soins en psychiatrie avait documenté les écarts de moyens entre les régions⁹⁰ et entre établissements visités par la mission.

Nombre de responsables de CMP rencontrés par la mission déplorent un manque de transparence dans la répartition de la DAF entre les différents pôles de l'établissement de rattachement qui

⁸⁹ Axe 2, action 9 concernant le développement de l'ambulatoire : « Développer les prises en charge sanitaires ambulatoires, y compris intensives et les actions au domicile du patient, incluant les ESMS ».

⁹⁰ L'annexe 7 du rapport indique qu'en 2013, au périmètre des nouvelles régions (Corse et régions d'outre-mer exclues), la DAF par habitant 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.

alimente les suspicions. Cette incompréhension est majorée dans les établissements polyvalents : ceux-ci reçoivent une DAF globale tous secteurs confondus et les moyens de la psychiatrie sont fondus dans un budget commun (dit budget H).

Outre la DAF, le FIR permet aux ARS de disposer des leviers financiers pour soutenir les actions de transformation du système de santé⁹¹. En conséquence, les ARS peuvent choisir de mobiliser des crédits du FIR complémentaires à ceux de la DAF pour développer notamment des outils de coordination des soins ou encore pour favoriser l'accessibilité des CMP. Le bilan annuel d'utilisation par les ARS des crédits du FIR en annexe à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) n'est cependant pas suffisamment détaillé pour pouvoir y repérer les crédits affectés aux CMP.

2.3.2 Les analyses de coût menées par l'ATIH sont difficilement interprétables

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise chaque année une enquête sur les coûts des prises en charge dans les établissements de santé à partir du retraitement comptable (RTC). La ventilation analytique de ces coûts ne permet pas d'isoler parfaitement les CMP. Pour une partie des établissements, les coûts des CMP sont confondus avec les CATTP. Pour d'autres, on peut approcher un peu mieux le coût de la prise en charge en CMP mais il est quand même mélangé aux consultations externes et à toute une série d'activités ambulatoires comme les équipes mobiles⁹².

Tableau 21 : Coût moyen par unité d'œuvre en 2018

	Coût moyen d'un résumé d'activité ambulatoire	1er quartile	Médiane	3ème quartile	Coefficient de variation
9347111 - Ambulatoire adultes (hors CATTP)	105 €	91 €	103 €	123 €	25.8 %

Source : ATIH, champ : 106 établissements ; le résumé d'activité ambulatoire est la somme de données résumant une prise en charge et transmis à l'ATIH.

Le manque de précision des documents méthodologiques accompagnant ces données rend difficile l'interprétation des différences de coût (absence d'information sur la représentativité de l'échantillon -pourquoi 106 établissements?-, difficulté à saisir ce que recouvre réellement les différentes lignes de la ventilation analytique, caractère déclaratif des données, faiblesse des contrôles, manque de variables d'analyses) : les différences de coût reflètent-elle des différences de prises en charge, de remplissage des données, de sévérité des patients ? En l'absence d'analyse, il est difficile de trancher.

Recommandation n°3 Identifier une section budgétaire dans le budget des établissements dédiée à la psychiatrie et au sein de celle-ci à l'ambulatoire en distinguant ses différentes composantes dont les CMP

Il apparaît aussi que les données présentées par les gestionnaires sont trop imprécises pour que les acteurs du soin puissent comprendre les grandes orientations et les marges disponibles. Selon la task-force Réforme du financement du système de santé, il serait aussi souhaitable de renforcer la

⁹¹ L'article L. 1435-8 du code de la santé publique délimite la liste des missions pour lesquelles les crédits du FIR peuvent être mobilisés.

⁹² Ligne 9347111 Ambulatoire adultes (hors CATTP).

transparence des comptes des établissements devant la CME et le conseil de surveillance afin de donner de la visibilité aux orientations stratégiques.

2.3.3 La réforme en cours, pour être mise en œuvre, impose de mieux décrire l'activité

La réforme en cours du financement des établissements de santé comporte un volet relatif au financement des établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie. L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a posé les principes de cette réforme, qui devrait entrer en vigueur en 2021.

Le projet de réforme en cours prévoit un mode de financement combiné qui associera plusieurs modalités principales :

- « Un compartiment populationnel : les régions recevront un financement fondé sur leur population. Deux autres critères seront également pris en compte : la précarité, dont on connaît le lien avec les affections psychiatriques, et la part des mineurs car la prise en charge des enfants mobilise des moyens plus importants. Ce financement régional sera redistribué aux établissements par les ARS, selon des critères transparents et qui seront discutés avec les acteurs ;
- Un compartiment pour le développement d'activités nouvelles : les régions auront la possibilité, chaque année, de proposer le développement de nouvelles activités en lien avec les plans régionaux de santé et les orientations des instances nationales ;
- Un compartiment pour la qualité : ce financement sera directement alloué aux établissements sur la base d'indicateurs élaborés avec les professionnels. De premiers indicateurs seront recueillis en 2020, sans toutefois donner lieu à rémunération ;
- Un compartiment pour favoriser la réactivité : comme la précédente, cette modalité sera versée directement aux établissements au regard de leur capacité à prendre en charge des patients. Une distinction sera opérée suivant la lourdeur des soins nécessaires afin de garantir la prise en charge de l'ensemble des patients, y compris les plus lourds. Enfin, au niveau national, une enveloppe pour la recherche en psychiatrie sera gérée afin de faire progresser les connaissances et les techniques de soins dans le domaine⁹³ ».

La mise en œuvre d'une telle réforme suppose, en préalable de poursuivre les travaux sur les indicateurs de contexte et d'activité qui ne sont pas définis pour l'instant (cf. partie suivante). De plus, les écarts actuels des moyens rapportés à la population rendent difficilement concevable une convergence des moyens alloués à court-terme.

Conclusion de la partie II :

La mission fait le constat d'un déficit important des systèmes d'informations décrivant l'offre dans toutes ses composantes : implantations, capacités, activités, financement.

Cette carence prive les acteurs locaux d'outils de pilotage et complique les tentatives de réforme organisationnelles importantes.

⁹³ Source : task force + https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_financement_ma_sante_les_fiches_vdef.pdf

3 Le CMP associe une activité d'accueil et de prise en charge, et une fonction de pivot et de coordination des acteurs

3.1 Plusieurs conceptions des missions du CMP se côtoient

3.1.1 Déjà larges à l'origine, les missions du CMP se sont complexifiées au cours du temps

Fixées par arrêté⁹⁴, les missions du CMP ont vu leur périmètre, leurs modalités de fonctionnement et/ou leurs priorités évoluer au fil du temps.

La vision qui prévalait initialement reposait sur une conception holistique du CMP, appelé à proposer un large spectre de réponses allant de la prévention, du repérage et du dépistage à l'accompagnement médico-psychosocial en passant par les soins. Il s'agissait ainsi de combiner prévention primaire, secondaire et tertiaire⁹⁵, l'objectif étant de garantir la continuité du parcours de soins des patients pris en charge, en assurant l'accessibilité des soins psychiatriques et en favorisant et sécurisant le maintien dans le milieu de vie ordinaire.

Clef de voûte autour de laquelle s'organise la réponse aux besoins au sein du secteur, le CMP veille à cet effet aux articulations en amont, et, en aval, avec le réseau des soins primaires (premier recours), les professionnels du champ de la santé mentale (second recours spécialisé) et du handicap psychique.

Les interventions d'amont comprennent en principe les actions de sensibilisation et de promotion de la santé mentale, de lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale et de formation des professionnels du médico-social et du sanitaire non spécialisé au repérage des troubles psychiques, ainsi que des conseils et du soutien aux médecins généralistes pouvant parfois déboucher sur une prise en charge.

Le cœur de l'activité est l'accueil en proximité de la population sur orientation ou sur demande directe qui s'y voit proposer un entretien, y compris non programmé et ouvert aux publics précaires et, le cas échéant, des soins et un accompagnement. En tant que « pivot » du secteur, le CMP constitue la porte d'entrée dans les soins psychiatriques, coordonnant à cet effet des activités ambulatoires en son sein, au domicile des patients ou auprès des partenaires sociaux, éducatifs ou médico-sociaux en vue d'élaborer les projets d'alternatives à l'hospitalisation.

Au-delà des consultations de suivi, l'aval de la prise en charge porte sur la gestion des situations complexes et la réinsertion des patients avec l'objectif de limiter autant que possible l'impact de leurs troubles sur leur vie quotidienne (sociale, professionnelle).

Au fil du temps, les autorités sanitaires ont mis l'accent sur certaines de ces missions. Une circulaire datant de 1993 réaffirme la fonction de premier recours en précisant que le secteur psychiatrique doit se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaires près de la population, et de faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme⁹⁶.

⁹⁴ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

⁹⁵ *L'odyssée des centres médico-psychologiques : penser le futur*, Odier B. L'Information psychiatrique 2016 ; 92 (7) : 527-34.

⁹⁶ Circulaire DH-PE 3/DGS-SP 3 n° 93-00 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale

Une autre circulaire insiste quinze ans plus tard sur le renforcement de la proximité en incitant à la création de CMP ou d'antennes dans les zones insuffisamment pourvues⁹⁷.

En vingt années qui ont vu les missions de service public se multiplier (soins aux détenus, par exemple) et les parcours de soins se structurer avec de nouvelles priorités de santé publique (soins somatiques aux patients psychiatriques, psychoses débutantes, psychiatrie du sujet âgé ...), des périmètres d'intervention particuliers ont également été signalés comme pouvant impliquer les CMP d'amont en aval.

Devant l'importance du recours aux soins par les voies de l'urgence, les autorités de santé ont ainsi pressé les territoires de disposer d'un point d'accueil psychiatrique, qui peut être situé au sein d'un centre hospitalier spécialisé (CHS), d'un centre d'accueil permanent (CAP), d'un centre d'accueil et de crise (CAC) ou d'un centre médico-social (CMP) pour procéder dans de bonnes conditions⁹⁸ au bilan et à la recherche de solutions⁹⁹.

Par ailleurs, l'administration a engagé les responsables de secteurs à se pourvoir d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie afin de pallier le manque de repérage et de prise en charge de certains publics dans les dispositifs de droit commun comme le CMP¹⁰⁰. Outre une activité de maraude, cette action « d'aller vers » permet surtout de venir en soutien (soins de support) aux professionnels de première ligne (travailleurs sociaux, équipes médico-sociales) confrontés à des situations de vulnérabilité sociale et psychique tout en les faisant monter en puissance sur le plan des compétences.

Quand ils n'y participent pas directement, les CMP doivent articuler leur organisation avec l'activité de ces équipes mobiles spécialisées (décrites plus loin dans le rapport) dont la présence, les périmètres d'intervention et les modus operandi varient généralement d'un territoire à l'autre.

Concernant l'aval, l'accent a dernièrement été mis sur l'offre de réhabilitation psycho-sociale (RPS)¹⁰¹ en ciblant les jeunes patients entrant dans la maladie psychiatrique, les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique¹⁰² (voir aussi 3.3.2.2).

3.1.2 Deux conceptions plus ou moins marquées du CMP coexistent aujourd'hui

Dans les faits, les praticiens de terrain considèrent que l'arrêté de 1986 constitue un idéal qu'il n'est pas possible d'atteindre pleinement, a fortiori avec l'évolution des demandes et la diversification croissante des missions. A cet égard, la mission IGAS ne peut que regretter cet empilement des circulaires sans souci de faisabilité financière ni évaluation de l'activité générée.

En fonction des sites, des histoires, des ressources disponibles et des publics reçus, l'offre proposée dans les CMP intègre plus ou moins les missions de repérage d'amont et de suivi d'aval, avec un socle

⁹⁷ Circulaire DHOS/F2/DSS/1 A no 2005-356 du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

⁹⁸ Permanence téléphonique et disponibilité immédiate d'infirmier de secteur et d'un psychiatre, de façon à recevoir les demandes de patients adressés en urgence à la psychiatrie publique.

⁹⁹ Circulaire DHOS/F2/DSS/1 A no 2005-356 du 26 juillet 2005 citée précédemment.

¹⁰⁰ Circulaire N°DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

¹⁰¹ Action N°18 de la feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018 et instruction N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

¹⁰² Troubles psychotiques, troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sévères, certains troubles du spectre de l'autisme, personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives importantes...

commun d'interventions se concentrant autour du diagnostic et du soin. La prévention primaire apparaît comme un pan d'activité sacrifié, et « l'aller vers » ou la réhabilitation psycho-sociale, comme des options hautement souhaitables mais pas toujours possibles à mettre en œuvre, faute de ressources internes et/ou d'environnement porteur.

Deux grandes tendances se dessinent entre des CMP qui tentent d'assurer l'ensemble des missions qui leur sont originellement confiées, intégrant de surcroît les nouveaux publics qui se présentent à leur accueil sans tous relever d'une prise en charge pluridisciplinaire¹⁰³, et des CMP qui se recentrent tant que possible sur le noyau dur des patients les plus en besoins de soins.

Ces différences d'approches, avec leurs variations propres, alimentent des débats quant à l'usage le plus pertinent des CMP. Certains psychiatres prônent le recentrement de l'activité du CMP sur le patient qui relève virtuellement du champ de l'hospitalisation. Un des arguments avancés est qu'à trop vouloir ouvrir le CMP, on risque de diluer l'activité en limitant le temps et les soins dédiés aux patients présentant des profils de maladie complexe et chronique.

Dans cette perspective, et à condition qu'existent des solutions alternatives accessibles pour les publics présentant des troubles légers à modérés, le CMP doit s'assumer comme un dispositif de second recours devant s'articuler avec un réseau de santé primaire composé de médecins généralistes bien formés et de psychologues libéraux en mesure d'orienter vers le CMP les troubles sévères et persistants¹⁰⁴. Cela suppose notamment de s'assurer de la formation des professionnels de terrain mais aussi des coordinations avec le CMP¹⁰⁵.

Pour d'autres praticiens, le CMP doit faire partie intégrante du réseau de soins primaires tout en assurant son rôle de second recours, doctrine d'usage proche de l'esprit de l'arrêté de 1986 qui lui confie des missions allant de la prévention au suivi postcure. La diversité des profils des patients accueillis est considérée comme normale au regard des évolutions de la demande, mais aussi parfaitement en phase avec le mouvement de désinstitutionnalisation auquel concourt le CMP censé être au plus près des besoins de la population.

A l'appui de cette vision, des praticiens mettent en avant des dispositifs qui couplent consultation de médecine générale (maisons de santé pluridisciplinaires, centres municipaux de santé, ...) et offre de soins psychiques.

¹⁰³ D'après l'expression d'un psychiatre rencontré par la mission, le décret donne une mission de « pivot populationnel de 1^{er} recours » en santé mentale.

¹⁰⁴ D'après l'ADESM, « le CMP ne peut pas faire tout, et ce qu'il fait, il ne peut plus le faire tout seul », ne serait-ce que parce que les prises en charges des personnes sont pluridisciplinaires (en plus des soins psychiques, il y a souvent des besoins en soins somatiques, en rééducation en accompagnement social, médicosocial, et en réhabilitation psychosociale). « Avant, les CMP/secteur avaient des partenaires, il faut maintenant qu'ils le soient aussi ».

¹⁰⁵ La HAS a travaillé dans ce sens en produisant un guide *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux : État des lieux, repères et outils pour une amélioration*.

Le Centre de santé André-Roussin, exemple de CMP au cœur de la ville

Ce centre relève d'une conception non exclusivement centrée sur la maladie mentale mais soucieuse de la personne dans sa globalité

Créé et géré par le CH Édouard Toulouse (CHS), le Centre de santé André-Roussin accueille en effet depuis juin 2016 les patients de ce quartier nord de Marseille, pour des consultations généralistes et prochainement spécialisées (ORL, cardiologie, gynécologie). Dans le même bâtiment au 1^{er} étage est situé le CMP du Parc, pivot de l'activité ambulatoire du secteur. Le projet est né de la volonté de quatre médecins généralistes et de celle du CH d'être porteur d'un tel centre.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiques suivies en ambulatoire dans les secteurs desservis par l'établissement, tout en répondant aux besoins de la population en médecine somatique. Ce portage constitue en effet pour le CH « *une action innovante, qui a vocation à s'inscrire dans les objectifs définis par la Stratégie nationale de santé et la Loi de modernisation du système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016), notamment en termes d'accessibilité géographique et financière aux soins de premiers secours.* »

Le Centre de santé a pour ambition de :

- Répondre aux besoins sanitaires des quartiers nord marseillais, avec une attention particulière mais non exclusive aux patients atteints de troubles mentaux ;
- Promouvoir une médecine globale, intégrant des actions de prévention, promotion de la santé éducation sanitaire thérapeutique et formation ;
- Lutter contre l'exclusion et la stigmatisation de la maladie mentale.

Pour la mise en œuvre du centre de santé, le CH a reçu le soutien financier de l'Agence régionale de santé PACA (62 %), l'État (20 %), le conseil régional PACA (15 %), le Conseil départemental des Bouches du Rhône (4 %).

Aux dires de l'association des directeurs d'établissement de santé mentale (ADESM), un consensus pourrait se dégager de ces différences d'approches sous réserve de prendre en compte les territoires et les ressources médicales disponibles.

Dans les territoires où les ressources manquent, comme les zones péri-urbaines où la démographie générale est à la hausse et les densités de médecins généralistes, de psychiatres et de psychologues libéraux sont faibles, le CMP devrait de fait assumer tous les rôles (prévention primo-secondaire, dépistage, prise en charge du léger et du plus lourd, suivi postcure...), ce qu'en réalité, il ne peut pas faire de manière satisfaisante, faute de moyens.

Dans les grandes villes, a fortiori dans les métropoles, les médecins généralistes pourraient dans nombre de cas, être guidés sur le plan du diagnostic et de la prescription par les psychiatres du CMP tout en continuant à suivre eux-mêmes leur patient. Ce type de pratique, qui existe déjà dans certains cabinets de ville, trouve son équivalent plus formalisé avec le dispositif de soins partagés en psychiatrie – DSPP/DSP- (voir aussi partie 3.3.1.2), plateau technique qui met en relation rapide les médecins généralistes avec des ressources en psychiatrie (psychologues et psychiatre libéraux, CMP, services hospitaliers)¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Plateforme de dialogue pilotée par l'URPS Occitanie et financée par l'ARS Occitanie qui permet aux médecins généralistes de trouver un appui aussi bien auprès de psychiatres que des psychologues, améliorant au fil des échanges la pertinence des approches et des orientations, avec reprise du suivi des patients adressés pour avis par leur généraliste dans la majorité des cas.

3.2 L'activité en CMP combine accueil et prise en charge à l'intention d'une large patientèle

3.2.1 L'activité mesurée à travers EDGAR¹⁰⁷, nomenclature perfectible, consiste essentiellement en entretiens

3.2.1.1 L'activité des CMP est de moins en moins structurée par une philosophie du soin centrée sur un savoir dominant mais repose sur une pluralité de pratiques

Les CMP se caractérisent par une hétérogénéité de ressources et de fonctionnements¹⁰⁸ mais aussi de pratiques. D'après la Fédération française de psychiatrie (FFP), il n'y a plus de philosophie structurante du soin centré autour d'un savoir dominant (psychanalyse) qui, malgré ses limites, permettait au plus grand nombre de parler le même langage. De fait, les professionnels seraient amenés à mettre en œuvre une palette de prises en charge, présentée comme une forme de polyvalence intégrée, sans qu'on sache toujours clairement ce qu'il en est de cette pluralité.

D'autres professionnels rencontrés par la mission évoquent toutefois des CMP où la pratique demeure assez monovalente et très centrée sur l'approche psychanalytique. De surcroit, les pratiques de prescriptions médicamenteuses leur semblent inégalement maîtrisées d'un endroit à l'autre, certains CMP recourant à des molécules de manière inappropriée, par méconnaissance des évolutions en termes d'indications ou par crainte excessive des effets secondaires.

De surcroit, s'ils saluent l'existence de recommandations de bonnes pratiques, ils en déplorent la prise en compte variable et plaident pour leur meilleure appropriation.

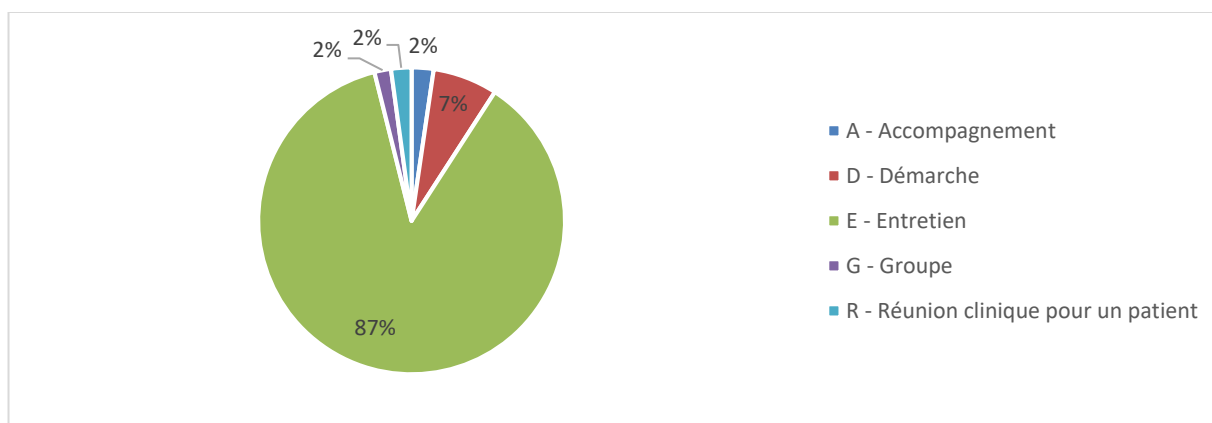
3.2.1.2 La grande majorité des actes enregistrés par EDGAR sont des entretiens

L'analyse des données récentes disponibles montre que la grande majorité des actes effectués en CMP sont des entretiens (87 %).

¹⁰⁷ Cf. encadré 2.

¹⁰⁸ Les ressources sont à entendre au sens très général, incluant notamment les systèmes d'information interne. A cet égard, nombre de CMP disposent d'outils informatiques peu performants (notamment au regard de ce qui se fait en intra-hospitalier). Cela conduit à une certaine perte de temps (plusieurs codages pour le même acte mais prescrit par le médecin puis exécuté par l'infirmier). Il faudrait également des messageries sécurisées (c'est censé arriver en 2020 en IDF mais pour l'heure, on note un manque d'efficacité et d'anonymat, avec des difficultés pour avoir des agendas partagés sur les supports informatiques classiques et des risques pesant sur la confidentialité notamment avec les documents papiers).

Graphique 5 : Le type d'actes en CMP, pour les adultes, en 2017, à travers EDGAR



Source : RIM-P ATIH, calculs mission

3.2.1.3 Ces entretiens sont réalisés par différents types de personnel selon les CMP

Les entretiens sont assurés majoritairement par un infirmier (37,7 % d'entre eux), un médecin (36,5 %), un psychologue (19,6 %). Les démarches¹⁰⁹ sont principalement le fait des infirmiers et assistants sociaux. Les deux tiers des accompagnements¹¹⁰ relèvent des infirmiers.

Les réunions regroupent logiquement plusieurs catégories d'intervenants et les activités de groupe (actes thérapeutiques réunissant plusieurs patients) sont assurées majoritairement par les infirmiers.

Tableau 22 : Qui réalise les actes en CMP ?

Type d'acte	nombre d'actes	% acte par type d'intervenant							
		M	I	P	A	R	E	Autres	X
		membre du corps médical	infirmier et cadre infirmier	psychol.	assist. social	personnel de rééduc.	person. éducatif	autre type de soignant	plusieurs catégo. pro. dont membre du corps médical
A- Accompagnement	200 477	1,6	77,2	1	17	0,7	1,6	0,9	0,2
D- Démarche	591 089	12	49,5	3,4	32	0,1	1,6	0,4	0,8
E- Entretien	7 531 552	37	37,7	20	3,4	0,6	0,2	0,2	1,8
G- Groupe	151 298	4,1	59,6	15	0,5	6	4,3	2,4	8,5
R- Réunion clinique pour un patient	186 759	7,8	24,3	2,6	2,6	0,2	0,4	0,1	62

Source : RIM-P ATIH, calculs mission ; champ : actes réalisés en CMP pour des patients adultes en 2017

¹⁰⁹ Dans la nomenclature Edgar, une démarche est une action effectuée à la place du patient qui n'est pas en état de la mener à bien lui-même, en vue de l'obtention d'un service ou d'un droit.

¹¹⁰ Il s'agit d'être avec le patient, de le soutenir dans son environnement personnel, pour l'aider à accomplir les actes de la vie ordinaire. <https://lerimp.fr/actes/>

Ces données en moyenne nationale marquent des disparités locales fortes selon le profil des professionnels présents au CMP. Pour illustrer cette diversité, la mission a comparé, dans les CMP qu'elle a visités ou auditionnés, les conditions de réalisation de l'acte le plus fréquent en CMP : l'entretien. Les données sont présentées non par CMP mais par établissement.

L'activité mesurée à travers EDGAR, une nomenclature qui peine à saisir le contenu du travail en CMP

Les seules données nationales sur l'activité des CMP sont issues du Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P). Les données sont remplies au niveau du CH et envoyées à l'ARS qui les valide et les envoie ensuite à l'ATIH. En psychiatrie, l'unité de description de l'activité est l'acte. Les décomptes d'actes peuvent être ventilés par catégorie professionnelle, par type, par diagnostic, par lieu. Le type d'acte est codé selon une nomenclature standard, la grille Edgar.

L'outil EDGAR ne rend compte que d'une partie de l'activité sans souci de cohérence pour la globalité de la prise en charge

Sur le principe, la manière de mesurer l'activité avec l'outil EDGAR soulève des remarques qui peuvent pour partie expliquer l'adhésion mitigée des professionnels de santé concernés.

D'un point de vue analytique, cette grille omet de prendre en compte une partie interstitielle mais déterminante de l'activité en CMP, à savoir le temps passé à assurer le suivi des patients qu'il faut pouvoir relancer pour leur rendez-vous ou auxquels il faut pouvoir répondre au téléphone en cas de difficultés entre deux consultations, travail invisible qui répond à un vrai besoin pour les patients et qui évite des hospitalisations mais qui n'est ni codifié ni valorisé.

Dans le cadre du « case management », cette forme de prise en charge qui consiste à aider les personnes vulnérables à maintenir et améliorer leurs « compétences » dans leur environnement, les infirmiers utilisent le mail ou les SMS pour rester en contact avec des patients sortis de l'hôpital, perdus de vue ou qui ont du mal à accéder aux soins. En allant ainsi au-devant des personnes, sans attendre qu'elles recourent au système de soin, les soignants espèrent éviter les décompensations, lourdes de conséquences¹¹¹.

Une autre partie de l'activité également non tracée correspond au temps d'enquête et de coordination auprès du médecin généraliste, de l'infirmier libéral, parfois du pharmacien de quartier, de l'assistance sociale, des proches ou tuteurs, ainsi que des multiples intervenants autour du patient comme par exemple dans le cadre de la réhabilitation psychosociale (cf. 3.1.3) ou les travaux du CLSM (cf. 3.3.2.2).

Certains CMP consacrent enfin, en lien avec les structures municipales, les établissements scolaires ou les forces de police, un temps dédié à la prévention et à la sensibilisation à la santé mentale, aux troubles psychiatriques et à leur prise en charge qui ne fait l'objet d'aucune valorisation ni codification.

Au-delà des aspects strictement comptables, ces détails d'actes ne disent rien des singularités des CMP dont l'activité se distingue de celle de la psychiatrie de ville par leur structure, par celle de leur clientèle, et par le mode d'utilisation par celle-ci de l'offre de soins. De même, les taux d'absentéisme, la fréquence des imprévus et le nombre de situations urgentes accueillies et prises en charge, coûteuses en temps et en personnel, y sont sans commune mesure avec la psychiatrie de ville.

Surtout, la partition en cinq catégories de l'activité ne reflète pas la complexité des différentes « formules de soins »¹¹² liée à l'offre pluridisciplinaire proposée en CMP, qui permet de nommer les traitements et de rendre plus consistantes les prises en charge effectuées en CMP.

¹¹¹ En plus de prévoir un temps et des process de coordination (relance téléphonique/ SMS), la prévention de ruptures de soins et des perdus de vue peut utilement s'appuyer sur des directives anticipées en cas de crise élaborées avec le patient (annexe 5).

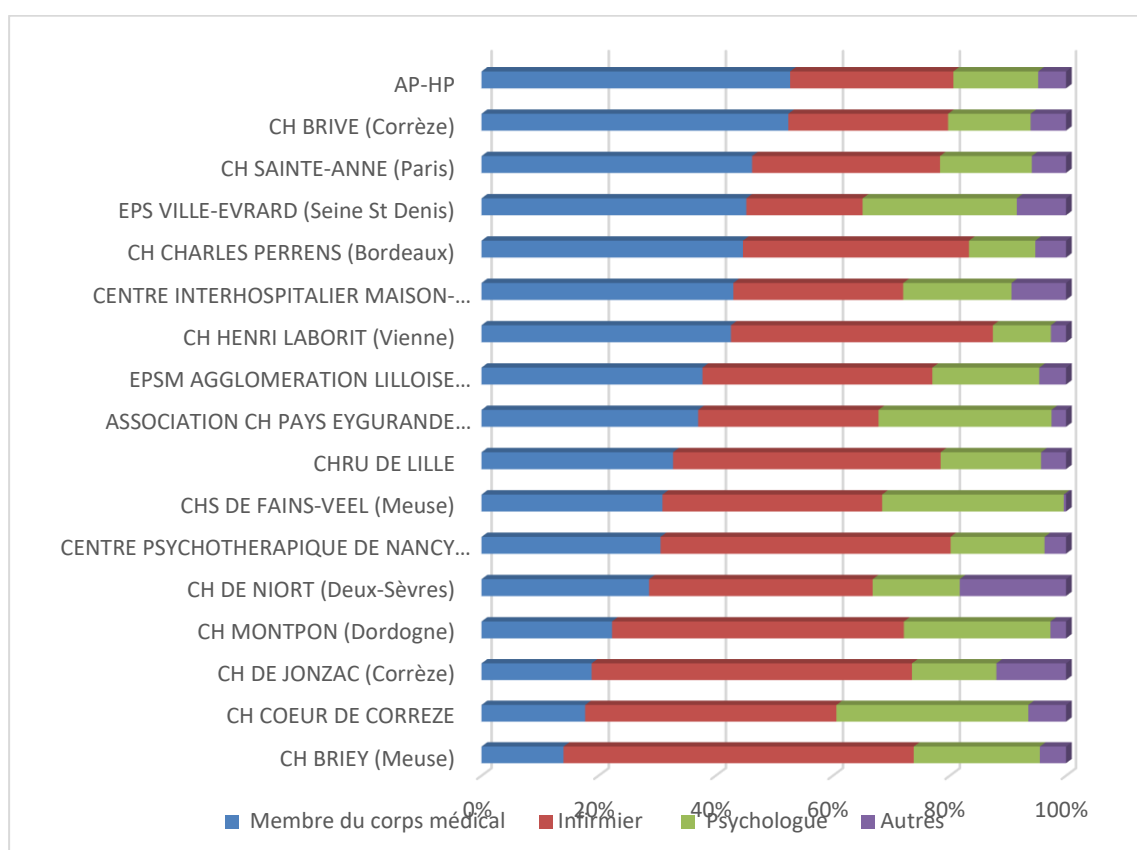
¹¹² Consultation de loin en loin, traitement régulier, post-cure, accueil et traitement des ébauches de rechute, prise en charge intensive sur des périodes prolongées, maintien à domicile, hospitalisation à domicile en lien avec une équipe hospitalière... In *La description des traitements ambulatoires : vers une typologie*, B. Odier, L'Information psychiatrique, vol. 93, n°1, janv. 2017

L'outil EDGAR ne dit rien des pratiques

En toute hypothèse, il semblerait utile de pouvoir disposer d'un peu plus que les informations nécessaires à la facturation et à la confection des résumés d'information médicalisés-psychiatrie (RIM-P), à la fois pour mieux valoriser l'activité interstitielle et permettre aux soignants et médecins, de mieux appréhender leur pratiques¹¹³ et de mener des travaux de recherche opérationnelle et clinique en vue d'améliorer les prises en charge et de contribuer, le cas échéant, à la production de référentiels validés par la communauté psychiatrique.

La part d'entretiens réalisés par des médecins varie de 14 à 53 % selon les établissements, et probablement plus selon les CMP puisque le fait d'additionner les données par établissement atténue les écarts. La forte implication infirmière à certains endroits confirme l'un des constats issus des déplacements : il existe des CMP qui sont, de fait, gérés par des infirmiers. Le recours aux psychologues est variable : ils réalisent entre 10 et 33 % des entretiens.

Graphique 6 : Qui réalise les entretiens dans les CMP visités par la mission (en % d'actes) ? données 2017, selon l'hôpital de rattachement



Source : RIMP ATIH, calculs mission ; champs : établissements dont relèvent les CMP auditionnés par la mission, 2017

¹¹³ On pourrait ainsi travailler, comme suggéré dans l'article cité *supra*, un modèle de description des parcours de soins en distinguant par exemple les phases de prise en charge (évaluation/orientation, suites données à un signalement, suivi psychiatrique, traitement ambulatoire intensif, traitement psychothérapique codifié, postcure,...), les types d'intervention (consultation, démarche, accompagnement, visite à domicile, accueil, téléphone, réunion de synthèse, CATTP, visite à l'hôpital psychiatrique, visite à l'hôpital général,..) et les types d'acteurs mobilisés (consultations médicales, entretiens infirmiers, visites à domicile, assistants sociaux, autres).

3.2.2 La patientèle de CMP mêle troubles modérés et profils psychiatriques avérés

3.2.2.1 La patientèle présentant des troubles modérés/réactionnels augmenterait

La plupart des CMP ont une vocation polyvalente et reçoivent tous types de patients qui s’y présentent.

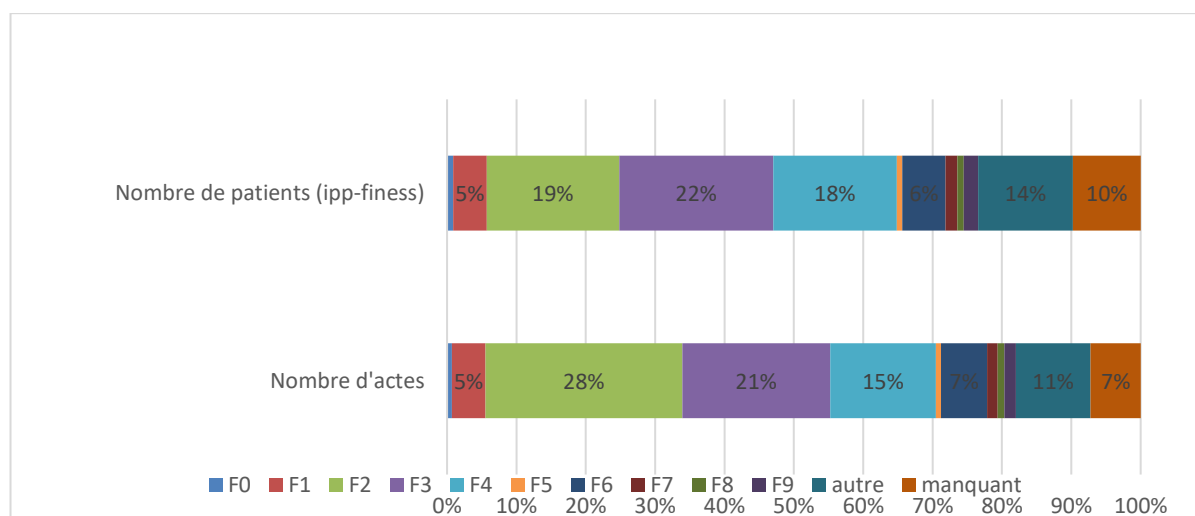
La patientèle est le plus souvent orientée par l’hôpital ou des relais de première ligne (famille, services sociaux, médecin généraliste).

Elle panache une patientèle de profils sévères et chroniques (psychotiques, schizophrènes, dépressifs, bipolaires, TSA, TOC, TCA,) avec des troubles de l’humeur plus classiques d’intensité variable, des troubles réactionnels ou de l’adaptation, et des détresses psychologiques passagères.

Les données nationales confirment les analyses des acteurs rencontrés par la mission : la patientèle adulte des CMP est composée, par ordre décroissant, de personnes souffrant de troubles de l’humeur (22 %), de schizophrénie et troubles schizo-typiques et délirants (19 %), de troubles névrotiques (18 %).

Si l’on compte non plus les patients mais les actes, la répartition par diagnostic change un peu. Les schizophrènes passent en premier (28 %), devant les troubles de l’humeur et les troubles névrotiques car un patient schizophrène nécessite, en moyenne, plus d’actes que les autres patients.

Graphique 7 : La patientèle des CMP en 2018



RIM-P ATIH 2018, calculs : missions

Note : F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ; F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ; F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ; F3 : Troubles de l'humeur [affectifs ; F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ; F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ; F7 : Retard mental ; F8 : Troubles du développement psychologique ; F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Les troubles addictifs associés ne sont pas rares et posent la question des liens avec l’addictologie, comme les comorbidités somatiques celle des liens avec la médecine générale (cf. 3.3.3).

Les interlocuteurs rencontrés par la mission font état d'une augmentation de la patientèle présentant des troubles modérés et/ou réactionnels. Il n'est pas possible au niveau national d'analyser l'évolution des diagnostics car la source utilisée, le RIM-P, souffrant dans les années passées d'un manque d'exhaustivité qui empêche les comparaisons à champ égal. De plus l'ATIH note un « effet copier/coller du codage au niveau des établissements » d'une année sur l'autre qui tendrait à sous-estimer l'évolution.

Quelques CMP auditionnés évaluent à près d'un tiers la patientèle qui présente des troubles réactionnels, des difficultés d'adaptation, des problèmes de souffrance au travail, de burn-out, d'épuisement émotionnel et de psycho-traumatismes.

La charge de travail induite par des problématiques émergentes a été soulignée. Ainsi, la montée en charge d'une patientèle « souffrance au travail » a conduit certains CMP à proposer des consultations dédiées (par exemple deux des quatre secteurs dépendant de l'hôpital Henri Laborit à Poitiers proposent ce type de consultation).

Dans les métropoles comme Paris, Lille ou Metz s'ajoute un nouveau public en hausse : les migrants. Ceux-ci présentent un spectre de pathologies variées (stress post-traumatique, psychose, dépression...) dans un contexte social qui aggrave le tableau clinique (pas de famille, ni de logement). Ils mobilisent des ressources importantes en temps et en moyens (traducteur, intervention sociale et médicosociale...). Sont également signalés sur Paris les cas géronto-psychiatriques lourds (type démence) que les institutions ont tendance à se renvoyer.

Plus à la marge, bien qu'en hausse et pas sans conséquence sur l'organisation des CMP, les adressages imposés par la justice. Ceux-ci sont parfois jugés injustifiés (« aiguillage par défaut ») mais consommateurs de ressources (suite conduite en état d'ivresse, sortie anticipée de prison, violences intraconjugales...). Ces suivis médico-judiciaires supposent, pour être opérant en termes de non récurrence, des compétences spécialisées. Ainsi le CH de Vauclaire (Dordogne) a fait le choix de constituer une équipe spécialisée et formée à la consultation médico judiciaire.

Il est certain qu'une partie du public reçu ne relève pas stricto sensu d'une prise en charge pluriprofessionnelle¹¹⁴ mais que le choix est souvent fait d'accueillir tous les patients, faute de solutions alternatives (peu de psychologues ou problème de solvabilité) ou par position de principe (l'idée étant d'accueillir toute personne qui se présente conformément aux orientations historiques). Quand c'est possible, la décision de garder le patient se prend sur croisement de critères liés à la demande, à la clinique et l'accessibilité de l'offre extérieure.

Au regard de la part substantielle de patients ne relevant pas nécessairement d'une approche pluridisciplinaire et des moyens limités des CMP, l'idéal serait d'en orienter au moins une partie vers des professionnels extérieurs (consultation médecin généraliste seul ou en lien avec un psychologue – cf. expérimentations en cours de la CNAM-, ou le cas échéant avec l'appui d'un dispositif de soin partagé en psychiatrie¹¹⁵).

Mais les problèmes d'accessibilité de l'offre hors CMP et la frontière pas toujours nette entre les publics (plus ou moins sévères, chroniques et/ou complexes) qui relèvent effectivement du CMP et les patients présentant des troubles légers à modérés nécessitent de maintenir une certaine

¹¹⁴ Si on reprend la distinction faite en début de rapport, les troubles psychiques (une part des F3 et des F4) susceptibles de relever d'une prise en charge par un professionnel libéral (médecin généraliste et/ou psychologue, psychiatre) pourraient représenter entre 20 et 40%, ce qui recouperait les estimations encore provisoires de la Cour des comptes.

¹¹⁵ Pour plus de détails concernant ces possibilités, se reporter au rapport IGAS N°2019-002R « Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution ».

souplesse dans la capacité d'accueil des CMP. L'articulation avec les psychologues, voire les psychiatres libéraux, est à travailler dans le cadre des PSTM et des CPTS.

Recommandation n°4 Dans le cadre des PSTM et CPTS et dans la mesure où l'environnement le permet, renforcer les collaborations avec les acteurs du soin psychique hors CMP pour alléger la charge des CMP

3.2.2.2 Le cas particulier des CMP spécialisés

A côté des CMP polyvalents qui représentent l'essentiel de l'offre, certains CMP proposent des prises en charge ciblées sur certaines populations. L'organisation, dans ce cas, va de la présence de quelques personnels ayant des compétences spécifiques jusqu'à la présence d'une équipe complète de CMP dans des locaux bien identifiés. Ainsi en Nouvelle-Aquitaine, sur l'ensemble des 113 CMP, 45 CMP se disent spécialisés en psychogériatrie (40 %), 37 pour les personnes placées sous-main de justice (33 %), 8 en addictologie, 5 pour la prise en charge des violences faites aux femmes et 2 pour les migrants¹¹⁶.

Le CMP médico-judiciaire de Dordogne

Implanté à Bergerac et de consultations avancées sur Périgueux et Sarlat, le projet de structuration des injonctions/obligations de soins autour d'un CMP judiciaire « ressource » a pour objectifs d'améliorer les délais de consultation et l'articulation entre l'administration pénitentiaire et les établissements exerçant des activités psychiatriques et de garantir la continuité des soins entre le milieu fermé et le milieu ouvert. Il offre une prise en charge par une équipe spécialisée (DU de criminologie) et promeut des actions de formation commune.

L'équipe est composée de 0,4 ETP médecin psychiatre, 1 ETP infirmier, 1 ETP psychologue et 0,2 ETP secrétariat. Sur une demi-année (janvier-juin 2019) il suit 150 personnes. La prise en charge concerne des violences sexuelles (pour 68 %), des violences physiques (pour 21 %) dont des violences conjugales en nette augmentation. Les autres motifs de suivis sont liés à l'exhibitionnisme, l'alcool (11 %). Les hommes sont majoritaires (plus de 93 %). Le CMP est situé à Bergerac mais assure également des consultations dans trois autres lieux du département ainsi qu'au domicile.

Près de la moitié des patients suivis le sont dans le cadre d'une obligation de soins, les autres d'une injonction de soins ou d'un contrôle judiciaire. Le nombre d'injonctions de soins a doublé entre 2018 et 2019.

Le CMP Signes de Poitiers

Ouvert il y a quatre ans, le Centre médico-psychologique Signes (CMP Signes) rattaché au centre hospitalier Henri Laborit à Poitiers propose des consultations pour les adultes sourds et sourds malvoyants utilisant la langue des signes et présentant des difficultés et troubles psychiques. C'est la quatrième structure de ce type en France.

Son équipe est constitué d'une médecin psychiatre formée à la langue des signes, d'une infirmière, d'une intermédiaire appartenant à la communauté sourde et d'une secrétaire.

Le CMP Signes propose des consultations individuelles en langue des signes et intervient par ailleurs en activité de liaison dans les services du centre hospitalier afin de faciliter la prise en charge des patients sourds.

¹¹⁶ Chaque CMP peut déclarer plusieurs spécialités.

La patientèle du CMP Signes est locale car il y a beaucoup d'institutions pour les personnes sourdes à Poitiers, elle s'étend aussi au-delà des frontières du département, notamment grâce à la téléconsultation. La durée des consultations est plus longue, deux heures en moyenne pour le premier rendez-vous.

Si ces structures répondent bien à des attentes spécifiques, la mission estime qu'elles doivent cependant rester l'exception dans un contexte de relative pénurie des ressources où les CMP doivent pouvoir accueillir un public tout venant, ce qui suppose une certaine polyvalence de la part des équipes. Au regard de la tension sur l'offre, ce type d'hyperspécialisation des personnels ne peut s'envisager par ailleurs que dans une perspective intersectorielle, voire régionale, ou même nationale (via la téléconsultation, notamment, comme c'est le cas au CMP signes). La mission alerte sur la tendance rapportée par le terrain de constituer des CMP orientés sur un public précis (migrants, sortants de prison,...), et conseille de s'assurer, quand ils existent, qu'ils couvrent bien un large territoire.

3.3 Le CMP assure également une fonction de pivot et de coordination des acteurs

Comme évoqué en début de partie 3, le CMP assure également les articulations d'amont, avec le réseau des soins primaires (premier recours non spécialisé incluant, outre les soins psychiques, des actions de prévention, de sensibilisation, de dépistage, et la prise en charge d'une partie des urgences), les professionnels du champ de la santé somatique et mentale (second recours spécialisé, assurant, outre les soins et les suivis non urgents, l'accueil et la prise en charge d'une partie des urgences et des soins non programmés) et, en aval, les professionnels et structures contribuant à la prise en charge du handicap psychique : établissement ou service social ou médico-social (ESMS), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),...

3.3.1 Faute de moyens ou d'organisation adaptés, la question des urgences et des soins non programmés semble diversement appréhendée par les CMP

Porte d'entrée dans le système de prise en charge spécialisée, le CMP est confronté dans son organisation à la problématique des urgences et des crises, ainsi qu'à celle, plus générale, de la permanence des soins, incluant la question des soins non programmés.

Pour tenter d'éclairer ces sujets, la mission s'est appuyée sur les textes en vigueur en croisant cette approche avec les pratiques de terrain. Il en ressort d'une part que les CMP peuvent jouer un rôle plus ou moins direct et important en lien avec un ensemble d'intervenants et de structures dans les paysages des urgences. Et d'autre part, les structures assurant les urgences peuvent aussi constituer, selon les cas, des réponses assumées ou par défaut aux soins non programmés.

3.3.1.1 Prévus par la loi ou issus d'initiatives de terrain, plusieurs dispositifs spécifiques prennent en charge l'urgence psychiatrique et la crise en proposant accueil et orientation en lien plus ou moins formalisé avec les CMP

Les Centres d'accueil de crise (CAC) et les centres d'accueil permanent (CAP) figurent dans les textes mais ils sont peu nombreux et leur implantation est hétérogène

L'arrêté de 1986¹¹⁷ ne donne pas d'obligation précise, mais se limite à dire que des centres médico-psychologiques, appelés centres d'accueil permanents (CAP) sont habilités à répondre à l'urgence psychiatrique¹¹⁸. Certains de ces CAP, appelés centres d'accueil ou centre d'accueil et de crise (CAC), disposent de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre à des situations d'urgence et de détresse aiguës (fonctionnement souple et visant à éviter une décompensation sévère).

Avec le recul de l'histoire, ce texte fait question à plusieurs titres : d'une part, il ne dit rien des contraintes organisationnelles liées à l'implantation des CAP, qu'il s'agisse de la population et/ou du territoire couvert (pas de ratio CAP/nombre d'habitants, pas de limites périmétriques) ou des moyens dédiés (personnels, plateau technique, adossement éventuel à une structure hospitalière capable, par exemple, de pratiquer sans délai des examens complémentaires pour éliminer ou traiter d'éventuelles causes somatiques).

Corrélativement, ce texte ne dit rien non plus des circuits et des parcours à envisager en l'absence de ces structures sur le plan local, laissant aux acteurs le soin de s'organiser sans conduite à tenir ni recommandation, avec le risque d'orienter par défaut vers les urgences générales, qui sont déjà très en tension, et de retarder dans certains cas la mise en place d'une prise en charge adaptée.

Enfin, ce texte ne donne aucune définition de l'urgence dont on sait qu'il s'agit d'une notion combinant un spectre large de situations cliniques allant de l'urgence avérée, qui peut engager le pronostic vital, à l'urgence ressentie mais sans gravité sur le plan médical, en passant par l'urgence différable. Selon les cas, l'urgence a également un caractère plus ou moins spécifique qui amène certains auteurs à distinguer les urgences psychiatriques pures et les situations de crise¹¹⁹.

Les urgences psychiatriques pures concerneraient les décompensations de pathologies psychiatriques sévères préexistantes (accès mélancolique ou maniaque, état psychotique délirant, état paranoïaque aigu...) qui devraient, dans l'idéal, être vues directement en psychiatrie. Elle peuvent parfois nécessiter des déplacements au domicile lorsque la situation est critique et que le patient ne veut pas se déplacer, mettant parfois en jeu sa sécurité ou celle de son entourage¹²⁰.

¹¹⁷ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

¹¹⁸ Ouverts 24 heures sur 24, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires, ces CAP peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge qui ne peuvent dépasser 48 h.

¹¹⁹ Patients appelant ou consultant pour une demande psychiatrique : tri et orientation de l'appel à l'arrivée aux urgences, O. Sanchez, C.H. Martin, M. Thicoipe, E. Tentillier, C. Pradeau, J. Béreau, I. Faure, C. Massoubre. Situation d'urgence en psychiatrie, chapitre 22, texte des conférences, Colloques Urgence/rendez-vous de l'urgence sous l'égide de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) et SAMU/urgences de France, édition 2014.

¹²⁰ Ces urgences parfois appelées imminentes peuvent déclencher l'intervention des forces de polices, des pompiers ou du SMUR, idéalement et au besoin guidés par des psychiatres, sachant qu'il n'est pas toujours facile de savoir qui doit et peut faire quoi.

Les situations de crise renverraient pour leur part à des situations combinant souvent les besoins somatiques, psychiatriques, psychologiques et/ou sociaux, qui supposent pour certaines (intoxications médicamenteuses volontaires, états délirants aigus, agitations...) une prise en charge d'abord somatique pour traiter ou éliminer une éventuelle cause non psychiatrique¹²¹, avant d'envisager une prise en charge par l'équipe de psychiatrie.

En tout état de cause, il est difficile de dire si les CAP et les CAC en activité sur le territoire, répondent bien aux besoins dans les secteurs de psychiatrie générale. En nombre assez limité¹²², et d'implantation hétérogène, ces structures, réclamées par les représentants d'usagers et de certains CMP rencontrés par la mission, se seraient raréfiées au fil du temps, possiblement du fait du développement des dispositifs intersectoriels de réponse aux urgences. De plus, la croissance de la file active à effectif quasi-constant rend difficile le développement de structures de ce type, souvent très consommatrices de moyens humains.

Outre cette question du nombre et de la localisation des centres de crise, la Cour des comptes a engagé des travaux dont les premiers éléments mettent en exergue la question de leur public et de leurs missions. Elle pointe le fait que ces centres sont bien plus tournés vers des patients dépressifs, anxieux ou en crise psycho-sociale que vers les patients souffrant de troubles psychotiques, se demandant si ces centres ne substituent pas en partie à un accueil en CMP faute de plage horaire suffisamment importante¹²³ (à l'exception des patients reçus la nuit et en weekend).

D'autres dispositifs intersectoriels répondent de manière plus ou moins exclusive et intégrée à l'urgence et à la post-urgence en contribuant également à la gestion des soins non programmés

D'autres moyens d'interventions traitant l'urgence psychiatrique ont parallèlement vu le jour : unités d'hospitalisation de courte durée, équipes mobiles d'intervention à domicile dans les situations de crise, dispositifs ad hoc. Parmi ces derniers, la mission a recensé des dispositifs intersectoriels de différents types qui répondent de manière plus ou moins exclusive et intégrée à l'urgence et à la post-urgence en constituant pour certains une réponse à la permanence de soins non programmés (urgents ou non) quand les CMP sont indisponibles (problème d'accessibilité, délai d'attente, fermeture...) quitte à y réorienter secondairement les personnes accueillies.

Plutôt développées dans les grandes villes, ces structures gèrent ou suppléent à la gestion territoriale de l'urgence et de la crise de manière exclusive ou en lien avec d'autres activités (« fonction portail »), elles ont en commun d'être directement accessibles par les patients (connus ou non) et/ou leurs proches à tout moment et de disposer de lits d'hospitalisation de courte ou très courte durée en cas de besoin.

Certaines peuvent aussi s'appuyer sur des équipes mobiles. Toutes proposent une évaluation adaptée à la situation. En cas de troubles somatiques associés, des interventions coordonnées sont parfois possibles sur site. Elles assurent aussi une fonction d'accueil des appels émanant des particuliers ou

¹²¹ Toxique (alcool, médicaments...), métabolique (hypoxie, hypoglycémie, hyperthermie...), neurologique (accidents vasculaires cérébraux, hémorragie méningée, épilepsie, masses intracrâniennes...) ou infectieuse (méningite, ...).

¹²² Selon un constat de la DREES, en 2003, 22 secteurs déclaraient un CAP et 26 un centre de crise (sur un total de 815 secteurs de psychiatrie générale, soit 6% des secteurs équipés de ce type de structures). Dans le document DREES portant sur les établissements de santé pour 2019 (« capacités et activité en psychiatrie en 2017 »), 467 places étaient dénombrées pour les centres de crise incluant les structures d'accueil des urgences en hôpital psychiatrique (représentant 130 500 journées) in La prise en charge de la santé mentale, recueil d'étude statistiques, Drees, coordonné par M. Coldefy, 2007.

¹²³ Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie, travail en cours de la Cour des Comptes.

des professionnels qui peut, selon les cas, aller de la simple délivrance d'information, à l'orientation, voire au suivi des prises en charge.

Structures spécialisées gérant l'urgence psychiatrique vues par la mission¹²⁴

A Paris, le **Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA)** a pour mission l'accès aux soins psychiatriques et leur continuité. Situé dans l'enceinte de l'hôpital Sainte-Anne, il accueille l'urgence psychiatrique et la consultation sans rendez-vous 24h sur 24, 7 jours sur 7. Disposant de lits de crise, le CPOA s'articule dans ce cadre avec les CAC selon des protocoles qui varient en fonction des cas. Il ne se positionne pas sur l'urgence imminente mais propose une aide et des conseils téléphoniques aux pompiers et au SAMU le cas échéant. Une partie des patients viennent de l'hôpital général ou des urgences, une autre se présente spontanément seule ou avec des proches, d'autres sont adressés par des professionnels de santé libéraux, services sociaux et médico-sociaux, pompiers, police. La moitié des passages sont orientés vers l'ambulatoire (CMP, libéraux), l'autre vers l'hospitalier dont la moitié sous contrainte. L'équipe du CPOA peut aussi renseigner téléphoniquement H24 d'autres professionnels, les usagers, leur entourage ou le public tout venant¹²⁵. En cas de problèmes somatiques associés, le CPOA renvoie sur le SAU ou SOS médecin (pas de plateau technique sur place mais possibilité d'utiliser la neuro-imagerie, d'avoir une biologie ou un ECG). Il exerce enfin une fonction de répartiteur¹²⁶ sur l'ensemble des 24 secteurs d'Ile-de-France pour les patients sans secteur¹²⁷.

A Bordeaux, le **Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP)**¹²⁸ accueille sans discontinuer des patients et de la population du territoire du centre hospitalier Charles Perrens en situation de crise (adolescents de plus de 16 ans, adultes, personnes accompagnées...). Venant le plus souvent d'eux-mêmes (ou pour partie orientés par un professionnel), les patients sont évalués, orientés au besoin vers une prise en charge adaptée (ambulatoire, hôpital). Offrant la possibilité d'une hospitalisation de courte durée (45 % de la file active), le dispositif pallie le besoin en cas de fermeture ou d'indisponibilité des CMP. Un projet en cours vise la mise en place d'une régulation téléphonique avec la possibilité de renseigner et d'orienter des demandes de patients, de leurs proches, de professionnels. Le service partage les mêmes lieux que l'équipe Psychiatrique d'Intervention et de Crise (EPIC) et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

¹²⁴ A Lyon, l'hôpital Le Vinatier dispose également d'un Service Médical d'Accueil des Urgences Psychiatriques (SMAUP) non visité par la mission qui comporte plusieurs unités de soin pour l'accueil des patients en crise psychiatrique tous secteurs confondus pour des périodes de 24h, de 72h au plus pour évaluation complémentaire, traitement et suivi appropriés ou pour 6 jours pour les patients dont la sortie est envisageable dans ce délai. En cas de troubles somatiques et/ou sociaux associés, l'hôpital dispose d'un service de médecine, d'une unité d'addictologie, d'un SSR, d'un service d'odontologie et d'un PASS.

¹²⁵ Pour faciliter les régulations des demandes, le chef de service travaille sur un projet de services d'accès téléphonique aux soins (infirmier H24, plateforme d'interconnexions, base de typologisation des appels et de protocole de gestion de crise).

¹²⁶ Fonction sanctuarisée via une circulaire ARS IDF il existe une clé de répartition équitable. Cette reconnaissance vaut autorité mais suscite parfois des tensions au regard notamment des disparités de moyens entre Paris et banlieue.

¹²⁷ Personnes sans domicile fixe (SDF), migrants, catégorie des « domicile inconnu en région parisienne » (DIRP) incluant les sortants de prison, les malades mentaux avec problèmes sociaux, les voyages pathologiques, les patients âgés déments-

...

¹²⁸ Il fait partie du Pôle de Psychiatrie d'Urgence Médoc-Arcachon (PUMA).

Créé en 2018, le CEntre de SAnté Mentale (**CESAM**) est une structure intersectorielle mutualisée entre l'hôpital Mulhouse et de celui de Rouffach qui couvre les 4 secteurs de l'agglomération mulhousienne. Il combine une activité de type CMP avec un accueil infirmier proposant aux usagers une évaluation sans rendez-vous des consultations psychiatriques non programmées (du lundi au vendredi, de 9h à 17h). Ce dispositif propose également une permanence téléphonique H24 assurée par un infirmier psychiatrique qui évalue et oriente les appels (médecin traitant, prise de RDV au CMP voisin) ou sollicite le psychiatre si besoin. Dans ce cadre, il assure également une coordination des interventions des Unités Mobiles d'Évaluations et de Soins psychiatriques (UMES) des pôles hospitaliers. Les urgences y sont donc traitées en complément à la présence 24h/24 d'un psychiatre aux urgences générales. Le dispositif comporte des fauteuils de répit pour permettre une mise au calme sans hospitalisation des personnes accueillies et une unité hospitalisation brève (72H maxi) en situation de crise ou présentant un risque suicidaire mais ne souffrant pas de pathologie psychiatrique sévère et durable. Reposant sur un vaste réseau d'intervenants, ce dispositif de régulation permet une fluidification des parcours en ajustant au mieux l'offre au besoin dans des temps acceptables, surmontant les problèmes de lisibilité et d'accessibilité du dispositif psychiatrique classique.

Le dispositif accueil et crise (**DAC**) assure dans une moindre mesure que les précédents une fonction portail, « sorte d'entonnoir très ouvert, qui reçoit et oriente à la manière d'une plateforme de SAMU ». Adossé à l'hôpital général de Tourcoing, ce dispositif est organisé pour permettre un accès d'urgence permanent immédiat en proposant des consultations d'urgence et de crise, par des psychiatres ou des psychologues, dans la journée, du lundi au vendredi de 9h à 18h avec un relais assuré par la permanence des soins 24h/24h pour le reste de la semaine (ligne de garde). Pour les médecins généralistes, les services sociaux, les personnes orientées par les urgences et les services somatiques du CH Dron, cette localisation facilite l'adressage des patients, sans rendez-vous et sans passage par le CMP. Une articulation est en cours de réflexion avec les équipes du Centre intersectoriel d'accueil et de crise (CAC non vu par la mission) pour créer un pool de réponse immédiate psychiatrique (consultation DAC et hospitalisation courte maximum 72h couplées)¹²⁹.

Les dispositifs mobiles proposant des consultations de crise avancées

A côté de ce type de structures, ou en lien avec, il existe des dispositifs mobiles plus légers qui n'interviennent pas en phase aiguë (urgence immédiate/imminente) mais qui proposent des consultations de crise avancées à la demande de tiers (familles, proches, entourage, associations, médecins généralistes, psychiatres, travailleurs sociaux...) en lien avec des dispositifs de prise en charge ambulatoires sans s'y substituer ni assurer de suivi dans la durée. Toutefois, à travers cette activité, ces équipes mobiles participent aussi à l'accès aux soins et à la coordination des parcours.

¹²⁹ L'idée a également été évoquée lors de la rencontre avec l'équipe du Pr Thomas de créer un SAS (numéro d'appel dédié) et de basculer les demandes sur téléconsultation, RDV en urgence Orientation vers des structures de proximité ainsi qu'un travail en cours sur un projet de numéro unique pour la prévention du suicide (recontact des suicidants, formation des sentinelles, amélioration du repérage, inventaires des ressources pour savoir à qui adresser).

Quelques dispositifs mobiles proposant des consultations de crise avancées¹³⁰

L'antenne de liaison et d'intervention de crise en psychiatrie (**ALICE**) est un dispositif d'intervention programmée qui s'adresse à toute personne de 18 à 65 ans résidant sur la Métropole du Grand Nancy, souffrant de difficultés psychiques et ne pouvant accéder à une démarche traditionnelle de soins. Outre d'améliorer l'accès aux soins des patients, de proposer un soutien et un accompagnement aux familles et d'œuvrer en collaboration avec les partenaires tant du sanitaire que du social, l'objectif est de prévenir les décompensations aiguës et les situations d'urgence en intervenant en amont pour éviter ainsi une éventuelle hospitalisation. L'évaluation de la situation se fait par téléphone et déclenche le cas échéant une visite dans les jours qui suivent par un binôme infirmier de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques du CH en organisant un lien avec le CMP pour faire le relais (qui est classiquement le moment où on perd des gens de vue) : cette équipe essaie d'entrer en contact avec la personne qui ne veut pas consulter, dont les troubles évoquent un début de psychose, une dépression, une phobie majeure. ALICE reçoit 64 appels chaque année dont 30 font des interventions à domicile.

Fonctionnant tous les jours de la semaine dans les Yvelines, l'équipe rapide d'intervention de crise (**ERIC**) est un dispositif intersectoriel à vocation très généraliste (couvrant 3 établissements et 8 secteurs dont 1 service médico-psychologique régional - SMPR¹³¹) imaginé dans le but d'éviter l'hospitalisation. Le point d'entrée est téléphonique -infirmier et psychiatre- (1/3 des appels viennent de la famille et des patients eux-mêmes). Une réponse est apportée dans les 24H, en faisant du tri et de l'orientation (régulation d'amont) avec, le cas échéant, un déplacement au domicile ou sur le lieu de travail suivi d'un entretien médecin/infirmier, pour réfléchir avec le patient et/ou entourage à la manière de traverser le moment de crise. Il n'y a pas de protocole formalisé mais des liens fonctionnels de qualité avec les CMP permettant d'intervenir à leur demande ou de les mobiliser en post-intervention (38 % des patients réorientés vers les CMP via ERIC, souvent des patients qui ont décroché avec le CMP -états limites, trouble de l'humeur, schizophrénie-).

L'Équipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle (**EMILI**) intervient auprès des patients du Pôle 15 de Paris, à leur domicile, dans leurs lieux de vie ou dans les services hospitaliers, sur appel (patient, famille, proches) ou signalement (services, police, CLIC, mairie). Outre l'évaluation clinique au domicile et l'orientation, l'équipe assure les prises de contact avec les structures de soins (dont les CMP des 3 secteurs psychiatriques du territoire) et propose une aide au retour à domicile après une hospitalisation. L'intervention d'EMILI permet de mettre en place des soins adaptés, dans un travail de partenariat avec les familles des patients et les professionnels déjà impliqués dans la prise en charge. Elle cherche ainsi à optimiser les soins ambulatoires afin de limiter le recours à une hospitalisation. Elle est dotée de 0,7 ETP médicaux plus 4,8 ETP infirmier.

L'équipe psychiatrique d'intervention et de crise (**EPIC**) est un dispositif intersectoriel, venant renforcer l'offre de soins ambulatoire de la Métropole bordelaise par le CH Perrens, dans le cadre de situations de crise ou de semi-urgence chez des patients de 16 ans et plus en situation de souffrance psychique mais opposés ou non-désireux de recevoir des soins et sans suivi psychiatrique. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire ayant, entre autres, pour mission de réaliser des interventions à domicile, pour prévenir, désamorcer ou encadrer la « crise » en favorisant une alternative à l'hospitalisation et en conseillant l'entourage du patient.

¹³⁰ La mission n'a présenté que des dispositifs publics, bien qu'il existe également des dispositifs mobiles privés intervenant à la demande des particuliers (ou des SAMU), comme SOS psychiatrie.

¹³¹ Unité de soins en santé mentale présent en France au sein d'un établissement pénitentiaire.

3.3.1.2 Une partie des situations d'urgence est aussi gérée via des dispositifs moins spécifiques qui évaluent la situation, traitent et/ou orientent le cas échéant certains patients vers les soins plus spécialisés (dont CMP)

Les interventions psychiatriques au sein du service des urgences

Comme évoqué plus haut, les urgences générales sont naturellement amenées à prendre en charge des patients présentant des pathologies souvent mixtes, nécessitant une prise en charge somatique et psychiatrique, comme les intoxications médicamenteuses et les agitations.

D'après les recommandations actuelles, un psychiatre doit pouvoir intervenir 24 heures sur 24 aux urgences générales. Certains SAU font appel à des psychiatres de liaison en journée pour évaluer les patients nécessitant une prise en charge spécialisée. D'autres possèdent des unités d'hospitalisation de courte durée en psychiatrie et un psychiatre est de garde H24 dans la structure. Des psychiatres peuvent également assurer des gardes ou des astreintes aux urgences générales en fonction de conventions signées entre les secteurs psychiatriques et les centres hospitaliers. Certains de ces hôpitaux disposent également de lits d'hospitalisation en psychiatrie.

Cependant, les urgences constituent pour partie une entrée inadaptée dans le système de soins pour les patients qui auraient pu directement être vus en psychiatrie (notamment des schizophrènes ou des psychotiques) pour des raisons aussi variées que la méconnaissance ou les représentations négatives vis-à-vis du système de soins psychiatriques, les limitations des horaires d'ouverture des CMP, voire la non-réponse systématique de certains d'entre eux aux urgences¹³² ou la désinsertion sociale. La décompensation de leur pathologie conduit également certains malades peu ou mal suivis vers les urgences générales¹³³.

Selon les éléments encore provisoires de la Cour des comptes, les orientations des patients psychiatriques aux urgences générales constitueraient un mode d'entrée dans les soins spécialisés pour plus d'un patient adulte sur cinq, cette tendance n'ayant fait qu'augmenter ces dernières années¹³⁴.

A cet égard, la conférence des établissements spécialisés en psychiatrie a d'ailleurs récemment pointé (communiqué du 12 juin 2019) le fait que « la « saturation des équipes d'urgences, équipes auxquelles participent quotidiennement les infirmiers et psychiatres des établissements publics de santé mentale constituait le symptôme d'une problématique organisationnelle de l'ensemble du dispositif de prévention et de soins ».

Elle a invité en conséquence les pouvoirs publics à inclure une réflexion systématique dans le cadre de l'élaboration des PTSM visant « la mise en œuvre d'une organisation co-construite, coordonnée et lisible de la réponse aux urgences, en y associant notamment les communautés professionnelles territoriales de santé en cours d'installation », avec un focus particulier sur l'articulation entre les urgences générales et psychiatriques.

¹³² D'après l'enquête CMP de l'ARS NA exploité par l'ORS NA en 2010, 12 CMP sur les 100 ayant répondu à la question ont déclaré ne pas répondre eux même à l'urgence (11 renvoyant vers les urgences psychiatriques et/ou 4 sur les médecins généralistes, le centre 15 ou un autre service de l'hôpital).

¹³³ Déjà cité plus haut

¹³⁴ Déjà cité plus haut

Les interventions psychiatriques en lien avec les médecins généralistes

En lien direct avec le médecin généraliste, existent également des dispositifs de soins psychiatriques partagés, plus légers et modeste dans leurs objectifs, qui fonctionnent comme des plateformes de régulation, d'évaluation et d'orientation des demandes plus ou moins urgentes.

Déjà évoqué en partie 3.1.2, les dispositifs de soins psychiatriques partagés (DSPP/DSP)¹³⁵ proposent des consultations d'avis et de suivis conjoints pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques¹. Ils évitent ce faisant certaines orientations indues sur les urgences générales en apportant une réponse plus adaptée¹. Ils peuvent aussi contribuer pour certains à la continuité des soins, quand aucune réponse spécialisée n'est possible (soins non programmés).

Un premier entretien infirmier est réalisé avec le patient, souvent par téléphone. Une consultation est ensuite proposée au patient avec un psychiatre et/ou un psychologue. Une séquence thérapeutique de plusieurs consultations peut ensuite être initiée (évaluation, travail sur la demande du patient et de son entourage et élaboration d'un projet de soins partagés).

L'équipe du DSP communique des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre avec l'accord du patient. Pour les pathologies qui nécessitent un suivi spécialisé, le projet de soins peut s'accompagner d'une orientation vers la filière psychiatrique avec une différenciation des adressages (psychiatres libéraux, CMP, équipes mobiles, équipes dédiées, etc.)

Outre de mettre en relation les acteurs des secteurs publique et libéral (médecin généraliste, psychiatre, psychologue), ce type de dispositif peut aussi faciliter la combinaison entre soins somatiques et psychiatriques et le renforcement des liens entre les praticiens de ville et les structures du pôle : CMP, urgences, addictologie, PASS, structures d'hospitalisation,...

Recommandation n°5 Inclure la question de l'organisation des urgences et des soins non programmés dans les PTSM en lien avec les CPTS pour s'assurer que chaque type de demande reçoit une réponse adaptée

D'après l'UNAFAM, une partie des « mauvais aiguillages » sur les urgences de personnes dont les troubles chroniques et complexes sont connus pourraient déjà être évitée en prenant en compte les signes précurseurs de la crise, ce qui suppose notamment un espace où pouvoir entendre en toute neutralité les parents ou les proches qui les savent les reconnaître. Certaines structures le font de manière habituelle, allant parfois jusqu'à dédier un temps d'échange avec les proches du patient sans que celui-ci ne soit nécessairement présent (consultation famille au CPOA) dans le respect des contraintes éthiques. D'autres en revanche considèrent que la famille ne peut être entendue qu'en présence et avec l'accord du patient. Ne pouvant se positionner sur ces pratiques divergentes qui relèvent chacune à leur manière de l'éthique, la mission se borne à considérer que le recueil de la parole des proches à leur demande peut avoir une valeur informative¹³⁶ dont le professionnel est libre de disposer comme il l'entend sans que cela n'implique un quelconque retour de sa part et *fortiori* que cela contrevienne aux droits du patient.

Une partie des orientations vers les urgences générales pourrait enfin être également évitée en dotant les SMUR de compétences infirmières en psychiatrie tout en assurant la participation des

¹³⁵ Il en existe plusieurs, avec des fonctionnements et des implantations variables : DSPP de Toulouse (soutenu par l'Union régionale des professionnels de santé -URPS- et l'ARS), DSP de Créteil (adossé au CHS Chenevier), le DSP du réseau sud-Yvelines (soutenu par l'hôpital Mignot de Versailles et la CPAM des Yvelines).

¹³⁶ D'autant plus que la famille peut aussi avoir besoin d'être entendue.

équipes de psychiatrie à la régulation SAMU–Centre 15, tel que CME psy et SAMU Urgences de France l’avaient proposé (charte co-signée le 11 juin 2015).

3.3.1.3 La prise en compte des urgences et des soins non programmés par les CMP

Comme évoqué *supra*, le passage par les urgences générales est un mode d’entrée non négligeable dans le système de soins psychiatriques, ce qui pourrait témoigner d’un dysfonctionnement dans la mesure où le CMP est censé assurer cette fonction.

Eu égard aux facteurs de mauvais aiguillage évoqué plus haut, l’UNAFAM insiste la nécessité d’élargir les plages d’ouverture¹³⁷ des CMP et de les rendre plus visibles¹³⁸ et attractifs, proposant un « accueil accueillant » (vitrine, maison médicale pluridisciplinaire à l’entrée de l’hôpital) en plus d’un travail collectif pour faire évoluer les représentations, levier pour agir sur la lisibilité et le recours au dispositif.

La charte des CMP (annexe 4) prévoit pour sa part qu’une réponse soit organisée pour les situations d’urgence ou non programmées, ce qui n’est pas toujours le cas. Parmi les CMP rencontrés par la mission, certains prennent des patients en urgence ou non programmés dans les limites de leur agenda et de leur plage d’ouverture, entre deux consultations, sur plages réservées ou sans organisation particulière, la plupart disposant de personnels dédiés (médecin, IDE). D’autres ne s’en occupent pas, renvoyant sur les urgences généralistes ou déléguant parfois cette tâche aux urgences psychiatriques avec lesquelles ils travaillent en bonne intelligence.

Pour le Dr Muller, président de la conférence des CME de psychiatrie, il serait légitime, au regard de leur hétérogénéité, que les CMP fassent l’objet d’autorisation sur la base d’un cahier des charges et d’une description opposable à la tutelle permettant d’assurer un minimum de cohérence dans la prise en charge des urgences et des soins non programmés¹³⁹. A cet égard, la difficulté de la profession à se doter de référentiels communs impose, pour susciter un minimum de consensus, de collectivement dégager les enjeux en termes de qualité des soins et de les traduire en objectifs et en contraintes opérationnelles tant pour les soignants que pour les tutelles.

Recommandation n°6 Proposer une définition administrative, juridique et organisationnelle des CMP qui permette d’en recenser le nombre tout en s’assurant d’un minimum de caractéristiques et de moyens communs, en envisageant la possibilité d’un régime d’autorisation¹⁴⁰ fondé sur un cahier des charges à définir collégialement (fonctionnement¹⁴¹, organisation¹⁴², délégations, coordinations..).

¹³⁷ Le CMP devant idéalement ouvrir « tous les jours de préférence l’après-midi à partir de 14 h et jusqu’à 20h (les patients atteints de pathologies chroniques /complexe commençant tard leur journée), « y compris le samedi avec une astreinte le dimanche ».

¹³⁸ Les CMP doivent être identifiables et facilement trouvable (annuaire CMP, campagne d’affichage pharmacie, CCAS, ...).

¹³⁹ Selon le Dr Muller, il manque un corps de doctrine d’organisation du dispositif de soin psychiatrique et des CMP qui mériterait que le Haut conseil à la santé publique investisse le sujet pour poser des repères et mieux ajuster l’offre aux besoins.

¹⁴⁰ Dans le cadre des réflexions en cours portant sur l’extension du régime d’autorisation à toutes les structures ambulatoires de psychiatrie publique.

¹⁴¹ Le fonctionnement pourrait entre autre se fonder sur les 10 points évoqués par la charte des CMP (annexe 4) en intégrant également la dimension ergonomique de l’activité (logiciel de prescription, messagerie sécurisée, agendas partagés).

¹⁴² L’organisation inclut la manière de répondre aux missions (accueil, prise en charge, urgence, soins non-programmés, prévention...) et porte notamment sur la capacité à nouer des liens avec le somatique et l’addictologie et à éviter les perdus de vue.

A cet effet, les centres médico-psychologiques devraient notamment pouvoir disposer de plages d'accueil de situations non programmées, ce qui suppose, comme cela existe déjà par endroit (St Ouen, Lille), de s'appuyer sur un infirmier formé à l'urgence ayant la possibilité de faire intervenir physiquement un médecin présent sur le site, ou au moins, de le joindre.

Il y a encore d'autres moyens de s'organiser, comme par exemple le développement des interventions à domicile par des équipes de crise (à partir ou non des CMP).

Considérant que cette fonction d'urgence n'était pas toujours suffisamment assurée, le rapport IGAS de 2017 proposait par ailleurs d'y faire participer les dispositifs publics et privés tout en se dotant localement de plateforme d'urgences psychiatriques permettant de faciliter la coordination des implications des intervenants psychiatriques et l'orientation des patients en post-urgence¹⁴³.

Recommandation n°7 Organiser la participation de chacun (CMP, équipes mobiles, autres acteurs du soin psychique incluant le secteur privé) à la gestion coordonnée des urgences par le biais de plateformes de coordination (dispositif intersectoriel avancé type CESAM ou SECOP, CMP référent) telles que présentées dans la recommandation n°8

Le PTSM pourrait être le support de cette organisation et préciser l'articulation entre les CMP et cette plateforme. Le cas échéant, l'inscription dans le schéma d'organisation des urgences pourrait conditionner, en sus d'autres critères évoqués dans la recommandation 6, la reconnaissance d'une structure comme CMP.

3.3.2 Malgré les enjeux qui y sont attachés, la fonction de prévention des CMP est difficile à mettre en œuvre

Si, comme évoqué plus haut, la prévention fait partie des missions historiques du CMP, étant par ailleurs établi qu'une intervention précoce est cruciale pour éviter une pathologie, ou du moins éviter son aggravation, sa mise en œuvre se heurte souvent à un manque de ressources (temps, professionnels), une partie des équipes repositionnant par défaut ou de manière assumée leur activité sur le soin et l'accompagnement.

Une autre difficulté pour appréhender ce qui est effectivement réalisé dans le domaine de la prévention tient à la polysémie du terme qui recouvre tout à la fois des actions de sensibilisation et de promotion de santé mentale en vue de limiter la survenue de certains troubles psychiques (prévention primaire), des actions de repérage et de prise en charge précoces des troubles psychiques afin d'éviter leur aggravation (prévention secondaire) et des actions d'accompagnement et de lutte contre la stigmatisation visant la meilleure socialisation et inclusion possible des patients (prévention tertiaire)¹⁴⁴.

Sauf exception, la prévention primaire est aujourd'hui quasiment impossible, et la prévention secondaire, qu'on peut comprendre comme une manière d'intervenir dès les premiers signes de la maladie, suppose une capacité de repérage et de réactivité qui fait parfois défaut. Il y a pourtant un intérêt majeur à éviter que les situations soient vues à la phase d'état plutôt qu'en phase pré-morbide,

¹⁴³ 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.

¹⁴⁴ Étant observé par ailleurs que la frontière entre ces catégories n'est pas toujours évidente, l'éducation du public et des professionnels à la maladie mentale pouvant selon les cas relever de la prévention primaire ou de la prévention tertiaire

quand on considère le coût humain pour l'individu et les conséquences financières pour la collectivité d'une prise en charge lourde et parfois erratique, combinant passage aux urgences, retard au diagnostic, hospitalisation répétées, stigmatisation...

3.3.2.1 La prévention secondaire est très sous-investie au regard des enjeux

Cela est particulièrement vrai pour les maladies émergentes (psychose, schizophrénie) chez les jeunes de 15 à 25 ans pour lesquels la prise en charge tardive emporte une perte de chance se traduisant par une sur-suicidalité, des risques de chimiorésistances chroniques, le développement plus fréquent de comorbidités addictologiques et/ou somatiques sans compter l'impact sur le développement académique, professionnel, affectif et social¹⁴⁵.

Aux dires d'experts, l'entrée dans le soin de ces premières demandes est souvent compliquée du fait d'un retard d'accès (les parents ou les acteurs de première ligne ne sont pas suffisamment informés sur les symptômes et les recours possibles, les médecins traitants, plus ou moins bien formés, n'adressent pas toujours les jeunes, le jeune patient peut avoir des craintes face au traitement) et d'un « mauvais aiguillage » liés à une insuffisante capacité à coordonner les acteurs et à réguler les demandes de manière adaptée.

Alors que les signes précurseurs du premier épisode psychotique sont bien connus, il manquerait pour certains un système pour les observer et des articulations utiles avec les lieux (école, université) et des moyens (pairs formés, premier secours étudiants), de repérage pour orienter ces patients de manière précoce vers des soins ajustés à leur besoins¹⁴⁶.

S'appuyant sur des travaux australiens, des praticiens rencontrés par la mission considèrent que le repérage précoce de ces jeunes publics devraient idéalement se faire, eu égard à la faible prévalence des troubles recherchés et à l'a-spécificité de leur expression prodromique (panique, conduites à risque, angoisse..), dans des espaces non étiquetés, pluri professionnels, démedicalisés et à forte densité de fréquentation permettant de voir un grand nombre de jeunes pour pouvoir repérer le plus possible de personnes malades parmi eux sous réserve d'avoir mis en place les bonnes articulations d'aval¹⁴⁷.

En France, contrairement aux pays anglo-saxons, ce sujet est encore sous-investi en terme de dispositifs, même si des initiatives repérées par la mission se déploient à Strasbourg avec le CAMUS, ou sous forme de projet au CHU de Lille (cf. encadrés ci-dessous). Il faut ajouter à cela la présence d'une centaine de maisons de l'adolescence (MDA) sur le territoire dont certaines travaillent activement sur le maillage et sur la formation des acteurs à cette problématique.

Adossé à une unité de recherche CNRS (institut de santé mentale), le réseau Transition réunit des professionnels engagés dans l'intervention précoce dans chaque région, pour faciliter un déploiement coordonné de centres d'intervention précoce sur l'ensemble du territoire incluant la formation des acteurs de première ligne et leur sensibilisation, le recueil coordonné de données, les programmes d'évaluation des pratiques et de recherche.

¹⁴⁵ Sur son site, la revue Santé mentale estime que les troubles psychotiques toucheraient 15 000 nouveaux jeunes par an, mais que leur détection pâtirait d'un retard d'accès aux soins catastrophique de l'ordre de deux ans.

¹⁴⁶ Les principes sont les suivants : agir sur les facteurs de risques, repérer d'éventuelles comorbidités, favoriser l'engagement des jeunes et de leurs parents dans les soins et, adapter le cas échéant, le traitement antipsychotique à l'âge et au stade évolutif.

¹⁴⁷ Modèle des *Head Space* en Australie du Pr. Mc Gorry (« every door is the right door »).

Mais le développement de tel dispositifs en lien avec des CMP¹⁴⁸ supposerait sans doute de repositionner les missions d'une partie de ces structures dont les files actives souvent importantes, les pratiques hétérogènes et l'insuffisance concomitante des ressources rendent aujourd'hui peu enclines à faire du repérage précoce (d'où la recommandation n°8 dans la partie 4.3 de désigner et de soutenir le fonctionnement de CMP référent ou de dispositifs intersectoriels avancés à la fois pour la régulation des demandes, la coordination des urgences et la formation/animation de réseaux sentinelles d'amont dédiés au repérage précoce¹⁴⁹).

Dispositif innovant dans le repérage précoce des troubles psychiques graves

Le Centre d'Accueil Médico-psychologique Universitaire de Strasbourg (CAMUS) est un bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU) amélioré, fruit d'une convention multipartite signé en 2015 entre l'ARS Grand Est et l'Académie de Strasbourg, le rectorat, les universités de Strasbourg, les Hôpitaux universitaires, la Fondation Santé des étudiants de France.

S'adressant aux lycéens et aux étudiants majeurs 18-25 ans toutes études confondues, université, grande école, BTS, DUT, école privée, ... présentant des difficultés personnelles, familiales, pédagogiques, universitaires, financières, ce dispositif a pour objectif de les mettre en contact avec une équipe de psychologues, psychiatres, et assistantes sociales pouvant les aider à faire le point, réfléchir sur leurs problèmes et envisager des solutions adaptées.

Pour son fonctionnement, le CAMUS s'appuie sur un apport financier de l'ARS (enveloppe annuelle) et une contribution matérielle des hôpitaux universitaires de Strasbourg (locaux et apport de temps de personnels médicaux - 0,8 ETP de psychiatre¹⁵⁰,-, psychologue -1,63 ETP psychologue- et administratif - 0,1 ETP direction administrative, 0,4 ETP gestion RH, 1,5 ETP secrétariat). Les étudiants relais sont également financés par le schéma directeur de la vie étudiante.

Les consultations, gratuites pour les étudiants, se font sur RDV ou en urgence du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 et peuvent selon les cas être suivies d'une réorientation vers les urgences ou services psychiatriques, sur l'hôpital général ou le médecin de ville, vers les CSAPA (services addictologie).

Une partie des consultants se présente spontanément, mais une autre fait l'objet d'un repérage préalable par une équipe de 9 étudiants-relais-cité¹⁵¹ coordonnée par le CAMUS et intervenant dans 5 cités universitaires dont le rôle est, outre de créer du lien entre les étudiants de se faire connaître auprès d'eux pour faciliter leur accès au SUMPS (Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé) et au CAMUS pour ceux qui vont mal (repli sur eux-mêmes, isolement,..), l'idée étant d'intervenir le plus en amont pour éviter l'apparition et/ou l'aggravation des troubles.

Outre le repérage précoce des troubles plus ou moins graves et chroniques, l'objectif est aussi de prévenir le risque suicidaire ou de contagion suicidaire consécutive aux suicides d'étudiant (effet d'amplification et de contagion psychique dans les heures qui suivent un suicide).

¹⁴⁸ Travailler de manière préventive suppose de sensibiliser et savoir travailler avec les acteurs d'amont (médecins généralistes, SUIMPS, Protection judiciaire de la jeunesse...) mais aussi de prendre en compte les signaux prodromiques repérés par l'entourage proche (sachant que les demandes des patients et des familles ne vont pas nécessairement dans le même sens).

¹⁴⁹ Il s'agit du repérage précoce de toutes les pathologies psychiatriques potentiellement graves et pas seulement des troubles psychotiques émergents, dont la question se pose pour certains praticiens rencontrés par la mission, de savoir s'ils ne doivent pas, une fois repérés, être orientés sur des centres experts (il en existerait une quarantaine sur le territoire).

¹⁵⁰ 10 % du temps médical du médecin directrice du CAMUS, auquel s'ajoutent, 6 vacances de praticiens attachés et un PH.

¹⁵¹ Étudiants relais payés au SMIC horaire 20 heures par mois recrutés sur la base du volontariat (une centaine de CV chaque année) et sensibilisés aux difficultés. On en dénombre 16 sur le campus, 15 en cités, supervisés par deux psychologues.

Les motifs liés à une souffrance psychique représentent environ de 5 % de la demande (30 nouveaux étudiants par semaine, soit plus 1 000 étudiants différents chaque année dont 238 par les étudiant relais, à rapporter aux 60 000 étudiants de l'ensemble des sites couverts, soit 1,6 %). Il s'agit pour l'essentiel de troubles anxieux et/ou dépressifs et de psychopathologie (névrose), mais des tableaux cliniques plus graves comme les troubles bipolaires, les états psychotiques, l'idéation suicidaire, les troubles des comportements alimentaires (TCA)¹⁵², les addictions ou les troubles du spectre autistique (40 à 50 chaque année) se voient de façon régulière.

Du fait de leur éloignement du centre-ville (et de leur délai d'attente), le CAMUS se substitue partiellement aux CMP. Dans le cas des pathologies lourdes, l'équipe peut demander des consultations spécialisées mais la difficulté réside surtout dans le suivi. De manière plus générale, l'impact du repérage est atténué par des problèmes d'articulation avec le secteur psychiatrique et les CMP.

Le projet PEP porté par le CHU de Lille

Le projet de réseau PEP est porté par le CHU Lille et implique quatre EPSM du groupement hospitalier psychiatrique de territoire en plus du secteur GO8 rattaché au CHU, ce qui représente au total un territoire couvrant 32 secteurs adultes, 12 inter-secteurs infanto-juvéniles, 2 maisons des adolescents (MDA), 11 services d'accueil des urgences (SAU), et 4 CAC.

L'objectif est de structurer la prise en charge des jeunes présentant un premier épisode psychotique (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble délirant, épisode psychotique bref ou secondaire à la consommation d'une substance) afin de permettre une prise en charge dans les 48h qui suivent l'apparition des premiers symptômes, la diminution des durées de psychose non traitée (DPNT) devant s'accompagner d'une diminution concomitante des résistances au traitement, des comorbidités, des hospitalisations et des coûts de santé.

Ce projet suppose de mettre en place une coordination rapide et pluridisciplinaire centrée sur les besoins du jeune et construit avec lui, porté par un réseau d'intervenants qui s'affranchit des logiques sectorielles ou territoriales et des prises en charge et qui standardise les évaluations, les diagnostics et les soins selon les recommandations internationales.

Au cœur du dispositif, des gestionnaires de cas (case manager) issus du champ du social et des soins primaires (première ligne) sont formés aux troubles psychotiques émergents et à la coordination de la prise en charge. Forts de ces compétences, ils sont mobiles, à la fois joignables facilement par les jeunes avec qui ils doivent créer une relation de confiance préalable et par les professionnels de santé, avec lesquels ils font le lien.

- En amont avec le médecin généraliste qui repère et signale en recourant le cas échéant à un site internet d'aide au repérage, au diagnostic, à la prise en charge et à l'orientation en psychiatrie ainsi qu'à des outils de partage d'information sécurisé et de consultation de télémédecine/télé-expertise ;
- En aval avec le système de prise en charge spécialisé via les MDA qui sont des lieux facilement accessibles et non stigmatisants pour les jeunes (et où les évaluations clinique et diagnostique ont lieu avant de proposer une orientation).

En accompagnant les patients dans les soins et le suivi, les case-managers contribuent à la continuité des soins, et permettent d'anticiper la crise sur la base de plan établis avec les jeunes.

¹⁵² Pour les TCA qui touchent 5% de la population étudiante (1% anorexie, 2-3% boulimie), un dispositif ad hoc s'est récemment ajouté (« 4 quarts ») en vue de faciliter les interfaces entre les soins hospitaliers, l'accompagnement ambulatoire, et l'accès à des repas thérapeutiques au restaurant universitaire (financement ARS FIR à pérenniser dans le cadre du PTSM).

Outre ces case managers, qui font l'objet d'une coordination et de supervision régulières, le réseau PEP repose sur une équipe de coordination dédiée avec un gestionnaire de case manager, un médecin psychiatre, un chargé de communication et une secrétaire.

Reproductible dans d'autres régions, ce projet pourrait le cas échéant s'articuler aux missions des dispositifs intersectoriels évoqués plus loin par la mission IGAS (partie 4.2, recommandation n°8).

3.3.2.2 La prévention tertiaire s'est développée de manière importante mais inégale

Pour prévenir en amont et aider à insérer, en plus des prises charge psychiatriques, le CMP doit être en lien avec un réseau de correspondants avec lesquels co-construire des interventions.

A cet effet, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) permettent de réunir autour de la communauté soignante des acteurs de la vie sociale (élus, intervenants de terrain, aidants, bailleurs sociaux, institutions locales...) impliqués à divers titres dans l'amélioration de la santé mentale et l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques avec cumul fréquent de vulnérabilités¹⁵³.

Les CLSM assurent une fonction d'action inter-partenariale sur une commune ou une inter-commune qui prend la forme d'actions de prévention et de réinsertion-réadaptation en vue du rétablissement de la personne et d'activités coordonnées entre équipe psychiatrique et plate-forme territoriale des équipes sociales (facilitateur institutionnel de proximité cf. *supra*).

Leur mode de financement (précisé en partie 1.5.2) et leur configuration varient d'un endroit à l'autre, au même titre que l'usage qui en est fait. Sous certaines conditions réunissant volonté politique locale, engagement des acteurs au-delà de la simple participation à des réunions, et parfois temps de coordination¹⁵⁴ et moyens dédiés¹⁵⁵, le CLSM constitue un outil à forte valeur ajoutée qui permet l'acculturation réciproque des acteurs et une forme de case-management collectif pour la patientèle lourde, complexe et chronique.

Parmi les solutions innovantes issues des CLMS, les commissions logement¹⁵⁶ sont considérées comme un moyen efficace pour anticiper/gérer les problèmes de voisinage que la présence d'une personne souffrant de troubles psychiatriques sévères plus ou moins stabilisés peut parfois susciter. Il s'agit de prévenir la perte du logement à la faveur d'une hospitalisation prolongée, ou plus simplement, de sensibiliser l'environnement de vie sur les conduites à tenir en cas de décompensation des troubles¹⁵⁷.

¹⁵³ Notamment les personnes migrantes qui associent souvent vulnérabilités somatiques -dont addictions-, sociales -statut administratif, hébergement- et culturelles - besoin d'interprètes.

¹⁵⁴ Le CLSM du CMP Ruech (Angoulême) bénéficie ainsi d'un mi-temps de coordination dédié (25% CCAS, 25% hôpital).

¹⁵⁵ Le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), qui rassemble un réseau d'actions, de compétences, de programmes en lien avec la politique de santé mentale de l'OMS, a initié en 2007 un programme d'appui au développement et au renforcement des CLSM grâce au soutien du Commissariat général à l'égalité des territoires et la Délégation générale de la santé.

¹⁵⁶ Selon les endroits, les liens avec les bailleurs sociaux sont plus ou moins formalisés. Dans la Vienne, un conventionnement a été passé avec l'ensemble des bailleurs sociaux de la Vienne afin que les patients aient un logement en sortant de l'hôpital (numéro unique dans les CMP de Poitiers et Châtellerauld). A Metz, le CLSM a mis en place un partenariat avec les bailleurs sociaux et l'unité ambulatoire de l'hôpital Jury « Un logement d'abord ».

¹⁵⁷ C'est par exemple le cas au CMP du CHS Chenevier (Créteil et Maisons-Alfort) où le CLSM actif depuis 2012 organise chaque mois une réunion animée par la mairie à laquelle participent une psychologue, des médecins généralistes et des structures sociales qui présentent et discutent des cas complexes avec l'équipe du CMP qui dispense en retour avis et conseil d'accompagnement.

A titre d'exemple, le CLSM du CMP de St Denis cité par l'ARS Ile-de-France anime des groupes de travail portant sur le maintien dans le logement, l'hospitalisation sur demande, la formation des gardiens d'immeubles pour le repérage et l'accompagnement social des cas lourds, et le travail avec les hôteliers.

D'autres actions peuvent porter sur l'amont, comme les interventions de sensibilisation aux troubles psychiques menées auprès des équipes municipales, des commissariats ou des structures médico-sociales (foyer social, EHPAD, maison de santé, centres communaux d'action sociale -CCAS...).

En plus de temporiser certaines situations à risque, le CLSM peut aussi constituer une porte d'entrée dans les soins qui permet souvent d'éviter que la situation n'empire (intervention auprès de personnes¹⁵⁸ signalées par les services sociaux). Via le CLSM, la mairie de Gémozac a également sollicité l'hôpital de Jonzac pour faire des permanences au sein d'une salle de la mairie, entraînant dans son sillage et devant le succès de la consultation, la communauté de communes et le conseil départemental avec ouverture d'un autre point de consultation le jour de marché (le CLSM participant ainsi à une sorte de réseau de soins primaires incluant le CMP).

S'ils peuvent s'avérer très utiles, les CLSM ne font cependant pas toujours l'unanimité. Certains CMP n'y voient qu'une instance administrative supplémentaire globalement peu aidante, voire porteuse d'un risque de réduction de la psychiatrie à « la seule santé mentale » de la part d'élus qui l'appréhendent trop sous l'angle psychosocial¹⁵⁹.

D'autres moins critiques reconnaissent au CLMS la vertu « de parler et de faire parler de la psychiatrie », tout en pointant son caractère très personne-dépendant (municipalités avec lesquelles tout est souvent à reconstruire d'une échéance électorale à l'autre).

Par ailleurs, le problème de confidentialité et de respect de l'anonymat du patient est signalé de manière récurrente, y compris par des CMP qui reconnaissent l'apport des CLMS. De fait, la gestion des cas complexe peut exposer à un partage d'information avec des non soignants, qui plus est sans le consentement toujours clairement recueilli du patient, le défi étant donc d'exprimer le minimum utile à l'intelligence de la situation sans rentrer dans le détail de la clinique et du diagnostic.

Enfin, certains pointent le volume des ressources en temps et en moyens mobilisés en CLSM pour des questions de logement et emploi, mettant cependant en balance ce constat avec le risque de chronicité encouru par le patient, l'objectif n'étant pas seulement la disparition du symptôme mais l'inclusion professionnelle et la réinsertion sociale.

D'autres structures/dispositifs déjà mentionnés participent également à la prévention tertiaire (cf. partie 3.1.2). Apparue en France au début des années 1990 et promue par le plan psychiatrie et santé mentale de 2005, la réhabilitation psycho-sociale (RPS) désigne ainsi les moyens¹⁶⁰ et méthodes¹⁶¹ mis en œuvre pour mieux prendre en compte les besoins d'accompagnement médicosociaux et sociaux des patients atteints de troubles psychiatriques sévères et durables et limiter les retentissements fonctionnels et les troubles de retentissement social liés à leur maladie.

¹⁵⁸ Migrants, personnes sans abri, personnes recluses à son domicile présentant des troubles du comportement conduisant à des conditions de vie négligées, voire insalubres (syndrome de Diogène se manifestant notamment par une forme extrême d'accumulation compulsive).

¹⁵⁹ Pour ses critiques, le risque du CLSM est concrètement de voir arriver un flot de patients qui ne sont pas psychiatriques (« attention à ne pas se faire instrumentaliser pour gérer la santé mentale alors qu'on est là pour traiter de psychiatrie »).

¹⁶⁰ Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques, foyers d'accueil médicalisés (FAM), maison d'accueil spécialisée (MAS).

¹⁶¹ Psychoéducation des patients et de leur proches, remédiations cognitives, approches psychocorporelles.

Si la RPS existait peu ou prou à un niveau liminaire, un certain nombre de CMP ont récemment fait le choix de développer cette dimension de leur activité que ce soit en leur sein ou en articulation avec des dispositifs sectoriels (notamment des hôpitaux de jour -HDJ- dédiés comme l'unité CREATIV sur le site du CMP George RUETSCH de Châtelleraut) ou intersectoriels engageant de nouveaux moyens ou redéployant certaines ressources à cet effet¹⁶².

3.3.3 Le lien essentiel avec les acteurs du somatique est plus ou moins assuré selon les endroits

3.3.3.1 Des ponts nécessaires mais perfectibles avec la médecine somatique

A partir des années 1990, de nouvelles orientations ont été intégrées à la feuille de route des CMP, incluant notamment les soins somatiques aux patients psychiatriques. Il est en effet observé que les patients atteints de troubles psychiatriques ont une espérance de vie très diminuée par rapport à la population générale (de l'ordre de dix ans) d'un fait d'une surmortalité précoce liée à une fréquence élevée de comorbidités somatiques (métaboliques, néoplasiques ou cardiovasculaires), le plus souvent mal ou pas diagnostiquées (cf. partie 1.2.1).

Tableau 23 : Facteurs de risque et comorbidités associés chez les patients schizophrènes et bipolaires

facteurs de risque/comorbidité	Schizophrénie		Troubles bipolaires	
	Prévalence estimée en pourcentage	Risque relatif par rapport à la population générale	Prévalence estimée en pourcentage	Risque relatif par rapport à la population générale
Surcharge pondérale	45-55	1,5-2	21-49	1-2
Diabète	10-15	2	8-17	1,5-2
Dyslipidémie	25-69	<5	23-38	<3
Syndrome métabolique	37-63	2-3	30-49	1,5-2
HTA	19-58	2-3	35-61	2-3
Tabagisme	50- 80	2-3	54-68	2-3

Source : Mission d'après revue de littérature sur les complications des psychotropes¹⁶³

Selon la Haute autorité de santé (HAS)¹⁶⁴, les troubles schizophréniques sont ainsi associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale, 60 % de cette surmortalité étant attribuable à des maladies somatiques, plus fréquentes chez ces patients qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves faute d'être dépistées et traitées dans de bonnes conditions. Ces sur-risques sont aussi décrits chez les patients atteints de maladies bipolaires¹⁶⁵.

¹⁶² « La réhabilitation venant s'ajouter aux prises en charge classique sans augmentation des moyens, elle est financée au détriment d'autres techniques », entretien avec le syndicat des praticiens hospitaliers.

¹⁶³ Les complications métaboliques des psychotropes, Saravane Djea, PSN, 2014/2 (Vol 12), p. 51-63. Certaines comorbidités diabète ou dyslipidémies peuvent être favorisées par la mauvaise hygiène de vie et les effets secondaires des médicaments.

¹⁶⁴ Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, État des lieux, repères et outils pour une amélioration, guide HAS, septembre 2018. Cf. aussi Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, Coldefy M., Gandré C., Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 237 - Septembre 2018.

¹⁶⁵ Les troubles bipolaires sont traités avec des régulateurs de l'humeur comme le lithium qui donne d'autres effets secondaires, mais aussi avec certains antipsychotiques qui peuvent induire des complications neurologiques, cardiaques et métaboliques.

Ce retard diagnostique et thérapeutique tient à plusieurs causes inhérentes à la maladie, au malade, aux comorbidités ou encore à la iatrogénie : moindre capacité d'accès aux soins, exposition accrue à des facteurs de risques (tabac, alcool, sédentarité, hygiène alimentaire défectueuse, défaut d'exercice, surcharge pondérale) et effets secondaires des traitements, notamment les antipsychotiques de seconde génération incluant l'obésité, le diabète, la dyslipidémie et le syndrome métabolique¹⁶⁶.

Eu égard aux problèmes d'hygiène de vie plus généraux, les grandes associations de patients et de leur famille (UNAFAM, FNAPSY) insistent également sur la nécessité de consultation nutritionnelle et de recueil des plaintes somatiques, notamment odontologiques, du public reçu en CMP, sans compter la prise en charge des addictions (alcool, tabac, cannabis...), pointées comme particulièrement fréquentes (20 à 30 % d'abus et de dépendances aux produits psychoactifs sur la vie entière chez les personnes vivant avec des troubles psychiques)¹⁶⁷.

A ce titre, le médecin généraliste tient donc une place centrale dans la prévention et le suivi des complications somatiques chez les patients présentant des troubles psychiatriques¹⁶⁸, ce d'autant que ce public représente une part de leur patientèle pour laquelle ils peuvent aussi avoir besoin de guidance et de relais¹⁶⁹. Mais, malgré des travaux récents de la HAS sur le sujet¹⁷⁰, cette place demeure variable selon le niveau d'implication du médecin généraliste dans la prise en charge et de la qualité des liens noués avec les CMP.

Entre les situations les plus fréquentes de souffrance psychique¹⁷¹ qui ne relèvent pas du CMP (même si certaines auraient besoin d'un soutien psychologique que le médecin généraliste est souvent en mal de proposer) et les cas minoritaires de pathologies psychiatriques lourdes qui relèvent du secteur spécialisé, les médecins généralistes sont parfois confrontés à des situations de gravité intermédiaire (incluant des tableaux de psychoses émergentes) pour lesquelles ils ont surtout besoin d'un avis rapide pour dérouler une conduite à tenir.

Les profils psychiatriques plus ou moins sévères et/ou chroniques (dépression sévères, psychoses...), minoritaires, sont adressés au CMP. Mais excepté les contextes de crise aiguë, aucun retour n'est fait au médecin traitant, et il arrive même que le patient ne revient pas le voir.

Selon les cas, le médecin généraliste peut assurer seul la prise en charge globale du patient - suivi somatique et psychique quand il s'agit de troubles légers à modérés, ou de troubles plus graves stabilisés- ou le faire en lien avec d'autres intervenants assurant le cas échéant le suivi spécialisé en psychiatrie et santé mentale (psychiatres, psychologues) ou d'autres types d'actes (infirmiers libéraux, pharmaciens d'officine, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires de biologie médicale, etc.), auquel cas la qualité des coordinations est déterminante.

¹⁶⁶ Ce syndrome associe des anomalies cliniques (obésité abdominale, hypertension artérielle) et métaboliques (dyslipidémies, diabète), dont le dépistage et le diagnostic faciles à pratiquer permettent de repérer des individus à risque majoré de développer des complications métaboliques et cardiovasculaires. Il est deux à trois fois plus fréquent chez les patients psychiatriques (psychose, schizophrénie, bipolarité, dépression résistante...) qu'au sein de la population générale. La majorité des patients ne serait ni diagnostiqués ni traités, faisant du syndrome métabolique la première cause de mortalité chez ce public.

¹⁶⁷ Guide 2018 « Addictions et troubles psychiatriques » Fédération Addiction, avec soutien MILDECA, DGS et DGOS.

¹⁶⁸ Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie (FFP-CNPP), juin 2015.

¹⁶⁹ En médecine générale, la santé mentale et les troubles psychiatriques représentent de 30 à 40% de la file active moyenne, représentée surtout par les troubles anxieux, dépressifs et psychopathologiques.

¹⁷⁰ Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration Guide Septembre 2018.

¹⁷¹ Les troubles anxieux, dépressifs et psychopathologiques (troubles névrotiques).

3.3.3.2 Un suivi somatique plus ou moins bien assuré

En pratique, le lien des patients présentant des troubles psychiatriques avec un médecin généraliste n'est pas toujours assuré, soit qu'ils n'en ont pas¹⁷² soit, de manière semble-t-il plus fréquente, que la prise en charge en secteur spécialisé de leurs troubles les en éloigne.

A cet égard, il ne paraît pas toujours possible d'obtenir les coordonnées du médecin traitant quand le patient en déclare un, ce dernier pouvant omettre de les communiquer si on ne le lui demande pas, ou dans le cas contraire, refuser de le faire.

Dans ce dernier cas, les équipes de CMP peuvent chercher à identifier un médecin généraliste à même de les conseiller pour la prise en charge somatique dans un premier temps et vers lequel inciter par la suite le patient à s'orienter pour une prise en charge globale en ville. Mais un tel relais n'est pas toujours possible, du fait de l'intensité des troubles, de la complexité de la prise en charge, de la réticence du patient et/ou de la carence d'offre locale.

Au sein de certains CMP visités par la mission (Paris, Lille), l'équipe soignante s'organise en l'absence de médecins traitants pour assurer un suivi somatique a minima (évaluation précoce¹⁷³ puis répétée dans le temps), avec une attention particulière pour les effets secondaires du traitement psychotrope (surveillance clinique -taille, poids, tension artérielle, glycémie au doigt-, bilan biologique dont rénal et électrocardiogramme – ECG-¹⁷⁴ dans certains cas)¹⁷⁵.

3.3.3.3 Des expériences innovantes pour pallier les carences de suivi somatique

Pour éviter les ruptures de parcours et garantir un accès à la prévention et aux soins somatiques, certains CMP organisent un suivi somatique en ambulatoire, notamment avec le concours d'un praticien de médecine polyvalente.

Les organisations les plus abouties sont généralement mises en œuvre par les CMP qui ont une conception historique de leur mission et considèrent à ce titre la fonction de premier recours comme partie intégrante de leur activité de second recours spécialisé.

C'est notamment le cas des CMP de secteur du CH Le Vinatier qui s'appuient sur un dispositif de mise en relation avec un réseau de soins somatiques dont l'objectif est de réinsérer des usagers suivis en ambulatoire dans les CMP auprès de médecins généralistes proches de leur domicile, pour assurer un suivi somatique pérenne et ainsi prévenir et diagnostiquer et traiter les pathologies, les complications et les conduites à risque conduisant à une surmortalité.

¹⁷² Une étude citée par l'ARS IDF et réalisée par le CHS de Ville-Evrard montrerait que 60-70 % des patients vus en ambulatoire dans le secteur auraient un médecin traitant contrairement aux idées reçues mais que cette information ne serait que rarement spécifié sur les dossiers médicaux.

¹⁷³ Sachant que la plupart des patients accueillis en CMP après un séjour hospitalier ont généralement bénéficié d'un bilan somatique et biologique à l'admission.

¹⁷⁴ L'électrocardiogramme est prescrit en amont du traitement psychotrope neuroleptique ou antidépresseur notamment pour rechercher/éliminer des contradictions à type de troubles du rythme cardiaque.

¹⁷⁵ Le choix et l'éventuelle adaptation du traitement antipsychotique doivent prendre en considération les risques liés à chaque molécule en fonction du patient. L'évaluation de la balance bénéfice-risque doit se faire au cas par cas.

Présentation du dispositif CORESO¹⁷⁶

Suite à une étude montrant que 60 % des patients suivis à l'hôpital n'avaient pas de médecin généraliste en 2013, le Centre Hospitalier Le Vinatier expérimente depuis 2014 une consultation et un réseau somatique (CORESO) au sein de deux secteurs de psychiatrie adulte. Ce projet soutenu par l'ARS Auvergne Rhône-Alpes œuvre à la réintégration de l'usager dans les soins de premiers recours.

Un médecin généraliste et une infirmière expérimentée en psychiatrie évaluent la situation somatique et psychique en plusieurs temps avant de réorienter le patient vers le réseau de médecine générale de ville.

- 1^{er} consultation : anamnèse, explication du projet de soins, bilan biologique, contacts avec les différents praticiens et récupération des comptes rendus
- 2^{eme} consultation : examen somatique, ECG, travail éducatif et action de prévention (vaccinations, tabagisme, toxiques)
- 3^{eme} consultation : rédaction d'une synthèse somatique et psychiatrique, orientation vers un médecin généraliste et prise du 1^{er} RDV avec le patient.

Un suivi est ensuite mis en œuvre à 1-6-12 mois (échange par téléphone et/ou courriels) avec les professionnels qui interviennent dans la prise en charge du patient). Une véritable coordination et coopération entre le médecin généraliste et le psychiatre est effectuée.

Grâce à cette synthèse complète accessible au psychiatre traitant et adressé au médecin généraliste, une meilleure connaissance de la situation clinique, sociale, thérapeutique du patient permet de limiter les risques de complications et de prévenir les événements aigus et les épisodes de décompensation. Par ailleurs, afin de faciliter la réintégration du patient dans les soins ambulatoires de premiers recours, une approche éducative et préventive est menée pour aider l'usager à comprendre les enjeux d'une prise en charge globale.

En quatre ans, 180 usagers ont pu être adressés à un médecin généraliste grâce à ce dispositif.

Certains CMP ont fait le choix de s'implanter, tout ou partie, au sein de maisons médicales ou de maisons de santé pluridisciplinaires (-MSP-) ou centres de santé, solution qui permet de faire le lien entre le psychique et le somatique, mais aussi entre le somatique et le psychique (patients présentant, en plus de troubles somatiques motivant la consultation, des troubles psychiques pour lesquels ils n'auraient pas fait seuls la démarche de se présenter au CMP) avec pour avantage supplémentaire de favoriser les échanges et l'acculturation entre équipes de psychiatres et médecins généralistes.

Sur Paris¹⁷⁷, un autre type de liaison psychiatrie-médecine de ville est mis en œuvre via le dispositif PSYSOM dont le but est de favoriser la prise en charge somatique de patients stabilisés accueillis en secteur psychiatrique sans médecin généraliste et avec couverture sociale. Ce dispositif repose sur un recensement des partenaires du champ somatique en vue d'un conventionnement¹⁷⁸. Il prévoit un accompagnement souple, adaptable aux besoins exprimés par le patient auquel il permet, avec son consentement¹⁷⁹, de disposer d'un médecin traitant déclaré et d'un suivi régulier sur le plan somatique dans une perspective de prévention et d'amélioration de la santé.

¹⁷⁶ CORESO, un exemple d'outil pour améliorer le lien entre la médecine générale et la psychiatrie, Fau L, Gelas-Ample B, Pillot-Meunier F Pôle Ouest Pôle MOPHA-CH le Vinatier, Bron, 17^{eme} congrès soins somatique, douleur et santé mentale, juin 2019.

¹⁷⁷ Élaboré au GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, ce dispositif vise à aider les personnes suivies en soins psychiatriques ambulatoires à (ré)-intégrer les soins somatiques de ville dans leur parcours de santé projet.

¹⁷⁸ Les centres de santé présentent un intérêt notamment lorsqu'ils disposent en un même lieu, outre la médecine générale, de prestations spécialisées, d'un laboratoire et d'équipements (ECG, bilans complémentaires) ainsi que des soins infirmiers.

¹⁷⁹ Il aide le patient à explorer ses représentations de sa santé en vue de l'orienter vers un médecin généraliste.

Sans construire un dispositif ad hoc, d'autres CMP font le choix de faire intervenir un médecin somaticien. C'est le cas du CMP du CHS Chenevier¹⁸⁰ où les besoins¹⁸¹ sont particulièrement importants du fait notamment de la présence de personnes migrantes dont l'état somatique est souvent très dégradé¹⁸². Ou encore, du CMP du CH de Mulhouse qui peut ainsi bénéficier des consultations de médecins généralistes intervenant régulièrement en intra-hospitalier pour assurer les soins somatiques en plus des services d'un praticien hospitalier en nutrition pour la prévention des syndromes métabolique et iatrogénique, ajoutant ainsi aux soins une dimension d'éducation thérapeutique. Les trois CMP des vallées vosgiennes recourent pour leur part à un médecin généraliste partagé pour le somatique.

Enfin, quelques CMP rencontrés par la mission se sont pourvus plus simplement d'outils qui facilitent la coordination pluridisciplinaire telles les messageries sécurisées Paaco-globule¹⁸³ au sein de la région Nouvelle-Aquitaine ou PSYCODOM dans le Bas-Rhin (utilisée notamment par le médecin généraliste pour éviter le renouvellement de prescription inapproprié).

Parfois, certaines équipes se dotent de protocoles qui prévoient, sauf exception, de laisser le renouvellement des prescriptions à la main du médecin généraliste pour s'assurer de son implication dans le suivi somatique.

Au-delà de ces exemples, un effort est globalement fait dans la mesure du possible et avec un succès variable pour tisser des liens de coopération avec les médecins généralistes (sensibilisation via flyers, correspondances, liens téléphoniques) mais également, l'hôpital et souvent avec d'autres professionnels libéraux (diététiciens, pharmaciens, infirmières)¹⁸⁴.

D'après le Collège de la médecine générale, un des objectifs des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁸⁵ pour améliorer les collaborations entre CMP et médecine générale est de rendre plus visibles et accessibles les professionnels du champ psychique/psychiatrique, y compris les professionnels isolés exerçant hors maison de santé pluri-professionnelles (MSP). A cet égard, les dispositifs de soins partagés (cf. 3.1.2 et 3.3.1.2) sont un modèle qui méritent d'être étudiés. Au regard du besoin de réponse rapide dans certains cas, il faudrait aussi que les CMP s'inscrivent dans les CPTS qui sont, avec les CLSM, une opportunité pour faire bouger les lignes (Ma santé 2022).

¹⁸⁰ Depuis le regroupement de 2005, il n'y a plus de somatique sur le site, le pôle psychiatrique étant séparé du plateau technique et de la vie hospitalière. Devant les difficultés à mobiliser des médecins somaticiens hospitaliers, le pôle a dégagé un temps partiel de médecin généraliste (1,5 jour/semaine).

¹⁸¹ Cumul de vulnérabilité somatiques – dont addictions-, sociales -papiers, logement- et culturelles - besoin d'interprètes

¹⁸² Diagnostic et dispensation de traitements somatiques, avis sur les ECG dans le cadre des prescriptions de psychotropes.

¹⁸³ Porté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, Paaco-Globule est l'outil numérique de coordination utilisé par les professionnels de la région pour le suivi de tous types de parcours de santé. Il permet un partage d'informations, fluide et sécurisé, entre les professionnels (notamment ville-hôpital) intervenant auprès d'un même patient : vision des objectifs et des actions de prise en charge, des actions menées dans le cadre de son parcours (rendez-vous médicaux, interventions à domicile...), des traitements médicamenteux et des documents utiles au parcours de santé, ainsi que de notifications et alertes

¹⁸⁴ Certains CMP renforcent ce type de coopération en mettant en place des processus de conciliation médicamenteuse à l'attention des patients poly-pathologiques très résistants à la prise de traitement, via l'animation de réseaux d'échange entre les pharmaciens hospitaliers, les pharmacies de ville, et l'infirmière référente du CMP.

¹⁸⁵ Au cœur du plan "Ma santé 2022 », les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet médical et médico-social commun. Peuvent s'y rassembler les acteurs qui assurent des soins de premier et second recours (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens... exerçant seuls, en cabinet de groupe, en MSP ou en équipes de soins primaires), ainsi que ceux des établissements hospitaliers (publics et privés) et du secteur médico-social et social (EHPAD...).

3.3.4 Des liens de qualité variable avec le secteur social et médico-social

Au-delà de l'apport des CLSM, le lien des CMP avec le secteur médico-social est une nécessité durable. En plus d'être traités sur le plan médical, les patients atteints de troubles psychiques invalidants doivent être aidés dans leur vie quotidienne, qu'il s'agisse de gagner en autonomie fonctionnelle ou de renouer avec une vie sociale et professionnelle.

Dans le domaine du repérage et de l'hébergement des personnes sans domicile souffrant des troubles psychiatriques, le CHS Charles Perrens de Bordeaux a ainsi mis en place un Groupe de Coordination Locale en Santé Mentale (GCLSM) dont l'une des actions phares (« Chez soi d'abord ») est de rencontrer les patients dans la rue (SDF, pathologies lourdes...), leur proposer un toit puis décliner soins et problématiques sociales.

Sur Mulhouse, le dispositif d'Accompagnement au Rétablissement et à l'Insertion dans la Cité (DARIC) propose en lien avec le CMP et avec l'aide de pairs aidants une prise en charge pré-hospitalière, un accompagnement pendant l'hospitalisation et des actions de prévention de réhospitalisation et de réinsertion professionnelle une fois le patient sorti.

Dispositif DARIC

Ce dispositif s'adresse à des personnes présentant un trouble psychiatrique sévère, régulièrement suivies par un psychiatre libéral ou une équipe de secteur, stabilisées, avec ou sans symptômes résiduels, en demande d'aide pour leur projet de vie dans la communauté

Trois types actions sont proposées aux bénéficiaires :

- Des actions relevant d'une approche globale de la santé (atelier informations-débats « Éducation Promotion à la Santé » pour informer, sensibiliser et favoriser l'accès aux droits et aux soins)
- Des actions relevant du développement personnel destinées à favoriser l'insertion sociale et la déstigmatisation : accompagnement et inscription dans des associations sportives et culturelles, vente de produits issus de l'activité maraîchère au grand public, accueil du périscolaire en présence des stagiaires
- Des actions destinées à favoriser l'insertion professionnelle : atelier « objectif travail » organisé sous forme de débat participatif, avec des rencontres des acteurs du monde professionnel et des visites de sites, ateliers de remobilisation encadrés par des professionnels (atelier maraichage, atelier soins hygiène des animaux, atelier entretien des locaux intérieurs et extérieurs: ...) qui permettent au stagiaire de se remettre en activité sur un terrain professionnel, de faire le point sur ses capacités fonctionnelles et cognitives, l'acquisition de comportements professionnels, le respect du cadre, l'assiduité...

Un programme de suivi individualisé est proposé avec un bilan trimestriel en présence du patient, de son référent, du directeur projet, des soignants et des accompagnant au quotidien (famille)

De nombreux patients souffrant de comorbidités addictives doivent également être suivis dans des structures dédiées qui proposent des soins (centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA -, consultation jeune consommateurs – CJC -, communauté thérapeutique - CT-) ou qui accompagnent ceux qui demeurent usagers dans la réduction des risques (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues – CAARUD -) ou encore, qui proposent des solutions d'hébergement aménagé (appartement thérapeutique - AT -, appartement de coordination thérapeutique – ACT -, communauté thérapeutique résidentielle – CTR -, centre d'accueil d'urgence et de transition -CAUT -).

Les liens des CMP avec les établissements et services médico-sociaux leur permettent aussi de repérer et d'intervenir auprès de nouveaux patients accueillis en centre d'hébergement et de

réinsertion sociale (CHRS), en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et parfois même en centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), via des équipes mobiles précarité ou géronto-psychiatriques ou, quand les moyens ne le permettent pas, par le truchement des consultations à distance¹⁸⁶.

La souffrance psychique générant des difficultés dans les relations sociales, un repli sur soi et une absence d'initiatives, les CMP travaillent parfois en lien avec des services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH)¹⁸⁷ en vue d'aider à mobiliser des capacités dans toutes les dimensions de la situation de vie, de favoriser la réinsertion sociale et d'éviter les ruptures de soins de certains de leurs patients en prenant appui sur leur environnement.

En plus de ces relais avec lesquels travailler, les CMP doivent pouvoir procéder à une évaluation du contexte social et professionnel des patients afin de leur proposer un accompagnement social adapté à leurs besoins (ressources, logement, hygiène, accompagnement, activité, mesure de protection ...).

L'ensemble de ces partenariats et de ces process ne sont pas toujours mis en œuvre de manière satisfaisante, souvent pour des questions de temps et de ressources, mais aussi faute de connaissances et de repères.

Pour pallier ce défaut d'ingénierie, des outils existent, qu'il s'agisse du guide de la fédération Addiction pour sensibiliser aux problématiques des comorbidités d'addictologiques¹⁸⁸, des référentiels produits par la HAS pour mieux ajuster les ESMS aux troubles psychiques¹⁸⁹ ou encore, de la méthodologie élaborée par l'ANAP pour mettre en place les coopérations nécessaires entre institutions psychiatrique et médicosociales.

Conclusion de la partie III :

La fonction de coordination de l'offre de soins sur un territoire qui fait partie des missions historiques du CMP est rarement pleinement assumée par celui-ci.

C'est d'autant plus important que la plupart des patients passant par le CMP relèvent d'un parcours faisant intervenir au cours du temps ou concomitamment des acteurs divers et nombreux, qu'il s'agisse de ceux intervenant en amont et particulièrement en gestion de crise et de l'urgence, de ceux qui prennent en charge les comorbidités somatiques ou limitent l'impact du handicap ou de ceux encore qui accompagnent les personnes dans leurs liens avec la cité.

Si les CMP se conformaient à un cahier des charges socle dans le cadre d'un régime d'autorisation, la constitution de ces partenariats devrait faire partie des objectifs à remplir a minima, à côté des réponses données aux urgences, aux soins non programmés et aux soins somatiques.

¹⁸⁶ Comme par exemple avec les consultations de télémédecine sur les EHPAD au sein du CMP Eygurande en Corrèze.

¹⁸⁷ Les CMP peuvent aussi travailler en lien avec les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), prolongement des services de suite des centres d'aide par le travail et des instituts médico-professionnels. Le décret du 11 mars 2005 (loi sur le handicap) leur a donné (ainsi qu'aux SAMSAH) un cadre législatif.

¹⁸⁸ Guide 2018 « Addictions et troubles psychiatriques » Fédération Addiction, avec soutien MILDECA, DGS et DGOS.

¹⁸⁹ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur *les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*, ANESM, 2016. Par ailleurs, dans le programme de travail HAS *Programme pluriannuel Psychiatrie et santé mentale 2018-2023*, des travaux sont prévus sur le thème des troubles mentaux sévères et persistants avec une attention particulière portée à la coordination entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

4 Enjeux et perspectives d'évolution des CMP

4.1 Une gradation des soins selon la sévérité des troubles suppose de disposer de solutions de déport articulées à une capacité de régulation des demandes

Depuis une dizaine d'années, la Belgique réorganise son système de soins psychiatriques en termes de gradation des soins et de coordination pluridisciplinaire¹⁹⁰. Le principe est de mobiliser les ressources en fonction des besoins et non des psychopathologies, les structures étant dans l'obligation de s'organiser pour y répondre.

Le dispositif, qui mise sur la prise en charge ambulatoire (médecin généraliste et maisons médicales, psychiatres et psychologues privés, services de santé mentale pluridisciplinaire), s'échelonne sur plusieurs niveaux d'intervention correspondant chacun à une fonction : une fonction d'amont (prévention, promotion, détection et intervention précoces), une fonction « aller vers » (mobilisation d'équipes mobiles pour les situations de crise et les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée), une fonction de soins intensifs hospitaliers et une fonction d'accueil résidentiel pour les patients ne pouvant être traités à domicile ou dans les centres, ainsi qu'une fonction d'aval reposant sur la mobilisation d'équipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle.

Une des conditions de faisabilité de ce dispositif est de disposer d'un réseau de première ligne suffisamment organisé pour éviter les orientations des cas qui ne le nécessitent pas vers les structures pluridisciplinaires. Formés et rémunérés sur un mode forfaitaire, les psychologues participent à la prise en charge dite de première ligne qui identifie les besoins des patients à travers un protocole évaluatif. Travaillant en transparence avec le médecin généraliste via une messagerie sécurisée et un agenda partagé, ils contribuent à l'orientation des patients vers les différents niveaux de prise en charge.

Ce modèle est partiellement transposable en France, sous réserve de disposer de psychologues volontaires et accessibles¹⁹¹ dans le cadre d'une prise en charge coordonnée de troubles psychiques légers à modérés telle que l'assurance maladie en évalue actuellement la faisabilité. Pour ce type d'indication et afin de surmonter les questions de solvabilité, l'idée serait de « conditionner l'ouverture au remboursement de l'activité des psychologues cliniciens, pour ceux qui le souhaitent, à l'acceptation d'un cadre juridique et de modalités d'intervention thérapeutiques compatibles avec celles des autres des professions de santé et les règles du parcours de soins coordonnés »¹⁹². les PTSM pouvant servir de cadre à cette *évolution de* la prise en charge de la souffrance psychique « pour faire prévaloir une logique de gradation des soins et de coordination des interventions permettant de fluidifier les parcours »¹⁹³.

Une autre condition pourrait être de s'entendre sur les publics accueillis. Sur ce point, ceux qui défendent une évolution des missions des CMP considèrent que les pathologies sévères et

¹⁹⁰ Réforme de la santé mentale initiée à partir de 2002 et visant transformer une partie de l'offre résidentielle en offre communautaire avec l'intégration de cette nouvelle offre dans le réseau des ressources existantes (communautaires et médico-sociales) tout en maintenant tant que cela est possible les personnes dans leur milieu de vie.

¹⁹¹ Cette offre alternative n'est pas toujours accessible, soit qu'elle n'existe pas soit qu'elle coûte trop cher.

¹⁹² Voir rapport IGAS N°2019-002 Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution

¹⁹³ A cet effet, le rapport susmentionné propose notamment de s'inspirer de « dispositifs d'orientation graduée qui existent déjà comme le dispositif de soins psychiques partagé », qui « permet aux médecins généralistes de dialoguer et trouver un appui aussi bien auprès de psychiatres que de psychologues »

récurrentes relèvent du secteur et du CMP, et les troubles plus légers, de modes de prise en charge ambulatoires alternatifs (médecins généralistes, psychiatres et psychologues libéraux, DSPP).

Dans les faits, cette répartition est cependant problématique : si on peut comprendre que les pathologies lourdes, minoritaires, soient vues par le dispositif spécialisé, cela peut en partie se faire aux dépens de pathologies plus légères et plus fréquents pour lesquelles l'offre hors CMP est mal pensée et peu adaptée¹⁹⁴.

Par ailleurs, cette répartition pêche par son schématisme, les cas lourds pouvant, une fois stabilisés, être suivis en ambulatoire, et les cas plus légers, parfois donner lieu à des épisodes critiques ou s'aggraver au cours du temps et nécessiter une prise en charge par le secteur.

Si on considère, malgré ces réserves, que, dans une optique de gradation des soins, le CMP constitue a priori - c'est à dire si le contexte le permet - du second recours réservé aux cas lourds, chroniques et complexes nécessitant une approche pluridisciplinaire, il faut enfin pouvoir s'adosser à un travail d'évaluation, de coordination et d'animation reposant sur le développement de pratiques collaboratives sur le territoire.

Cette question de la régulation et de l'orientation des demandes reste très ouverte. Elle implique à tout le moins de disposer de repères partagés pour convenir de ce qui relève du sanitaire, du social et du médico-social, et au sein du sanitaire, de distinguer les troubles psychiques modérés et/ou réactionnels des troubles psychiatriques plus sévères. Au-delà de ces repères, il faut aussi pouvoir se reposer, comme cela existe sur certains territoires, sur des dispositifs avec du personnel dédié (CESAM, SECOP, ...) jouant un rôle de chef de file.

4.2 D'autres évolutions sont imaginées à partir du modèle des centres experts mais elles semblent peu faisables au regard du contexte de pénurie actuelle

Un groupe de psychiatres rencontrés par la mission porte une vision radicalement différente du rôle que les CMP pourraient jouer. Ils considèrent que le parcours du patient psychiatrique est scandé par deux grandes étapes, à savoir un premier temps de repérage/dépistage/évaluation à grands traits supposant disponibilité, réactivité et connaissance du terrain et des adresseurs, suivi d'un temps de prise en charge à proprement mobilisant des compétences plus spécialisées, avec toute la palette du suivi et de la réinsertion.

Le premier niveau, inclusif, reposerait sur un réseau de sentinelles d'amont (médecins généralistes, professionnels du social et du médico-social) formées pour assurer la lisibilité et fluidité du dispositif. Ce réseau adresserait les patients au CMP pour diagnostic et évaluation de la sévérité des troubles, des comorbidités, et des vulnérabilités sociales, ainsi que du niveau d'acceptation de la maladie et de résilience à la prise en charge. Les professionnels du CMP travailleraient sur une base méthodologique partagée, ce qui supposerait des profils déjà un peu spécialisés et des outils dont certains restent à produire (marqueurs, référentiels...).

Dans ce modèle, il faudrait créer des filières dédiées a-sectorisées (hors CMP) pour prendre en charge les principales pathologies à potentiel chronique avéré : autismes, schizophrènes, troubles anxieux et dépressions sévères, bipolarité, troubles de la personnalité... Chaque filière serait pourvue de dispositifs pour prendre en charge chaque phase : bilan complet, phase aiguë, hospitalisation, suivi au long cours et prise en charge sociale.

¹⁹⁴ Le médecin généraliste a ses limites et l'accès aux spécialistes de santé mentale libéraux n'est pas ou peu remboursé.

Outre son activité de repartage et de diagnostic précoce, le CMP pourrait prendre en charge les patients anxieux ou déprimés et/ou présentant des profils plus psychosociaux, pour des suivis n'excédant pas six mois et renvoyer les autres vers les filières spécialisées. Mais une telle approche pose, au-delà des questions de faisabilité des questions d'acceptabilité de ce modèle de surspécialisation de la psychiatrie qui est loin de faire consensus pour le moment.

4.3 Un pilotage inexistant tant sur le plan organisationnel que stratégique qui appelle la désignation de chef de file et la construction d'indicateurs

A l'occasion de ses déplacements, la mission n'a pas observé de pilotage stratégique de la réponse au niveau régional et départemental mais elle a identifié quelques exemples de pilotage intersectoriel¹⁹⁵. Les ARS manquaient de visibilité, le plus souvent faute d'indicateurs et des personnels dédiés à ces questions.

Pour coordonner le fonctionnement des CMP entre eux et avec le reste des structures participant aux soins psychiques, il faudrait donc comme évoqué plus haut désigner un chef de file suffisamment doté en moyens qui aurait pour mission de:

- Assurer l'accueil et l'orientation des demandes qui ne trouvent pas de solutions (urgences, soins non programmés, prise en charge des troubles légers à modérés ne relevant pas d'une prise en charge pluridisciplinaire), avec le cas échéant des équipes mobiles mutualisées pour les urgences et le repérage des besoins non exprimés ;
- Informer et renseigner téléphoniquement les demandes de professionnels, de patients et de leurs proches sur l'offre territoriale ;
- Constituer et animer un réseau sentinelle d'amont pour contribuer au repérage et à l'orientation précoce des pathologies émergentes potentiellement graves et chroniques.

Ce chef de file pourrait être une émanation des CMP (dispositif avancé issu de mutualisations intersectorielles de moyens tels que le CESAM) ou du dispositif hospitalier (sur le modèle du CPOA ou du SECOP). A défaut de tels dispositifs, un CMP suffisamment doté pourrait assurer ce rôle au sein d'un territoire intersectoriel ou départemental (CMP référent¹⁹⁶).

Ce chef de file garantirait que les grandes fonctions susceptibles d'être assurées par le CMP le sont au moins à un niveau territorial. Il assurerait une forme de première ligne avec le réseau de soins primaires, accueillant des demandes d'aide sans réponse ou en mal d'orientation, incluant les urgences et les soins non programmés, pour évaluer à grands traits les besoins de soins correspondant avant de proposer une orientation (garder les patients en jouant le rôle de deuxième ligne ou les ré-adresser, selon l'intensité des troubles, vers les soins primaires, des dispositifs de soins psychiatrique plus léger type DSP ou le dispositif hospitalier spécialisé).

En plus d'assurer des fonctions de centre de ressources¹⁹⁷, il pourrait également animer un réseau de de correspondants d'amont formés au repérage précoce des pathologies sévères notamment au stade émergent chez les plus jeunes.

¹⁹⁵ Les DSP organisent une forme de régulation sur un territoire plus restreint (ville/agglomération) mais ils présentent l'avantage de croiser l'offre publique et libérale (notamment les médecins généralistes).

¹⁹⁶ Qui assurerait donc ces fonctions en sus de gérer sa propre file active.

¹⁹⁷ Incluant information et renseignement téléphoniquement sur l'offre territoriale à l'attention des professionnels, des patients et de leurs proches.

Recommandation n°8 Désigner dans les territoires (inter-secteur ou département) un chef de file (dispositif intersectoriel avancé ou CMP référent) en capacité, sous réserve de moyens complémentaires, de garantir une équité dans les prises en charge en évaluant et régulant les demandes sans réponses ou en mal d'orientation (notamment urgences et soins non programmés) et en animant un réseau de correspondants susceptibles de faire de la prévention d'amont (repérage précoce, formation des acteurs) et d'aider à la prévention d'aval (suivi médicosocial..)

Pour ce faire, l'enjeu serait pour les ARS de cartographier les ressources territoriales et d'estimer même de manière grossière les besoins et les manques (la mise en place des PTSM serait l'occasion de le faire à condition d'y mettre les moyens et la méthode).

Il faudrait par ailleurs les pourvoir d'outils de pilotage plus précis tant au niveau local que national, ce qui présuppose de revoir la définition juridique et administrative du CMP pour pouvoir les compter mais aussi de réfléchir à une meilleure manière de décrire leur activité et leurs pratiques.

Par ailleurs, la réforme de la tarification en cours devra être l'occasion de disposer d'indicateurs fins sur les affectations budgétaires et les dépenses afférentes dans un cadre de transparence renforcée.

Enfin, il faudrait évaluer périodiquement l'activité et les prises en charge, avec le souci de produire tant que possible des recommandations de bonnes pratiques, des données d'impact clinique et des données médico-économiques.

4.4 L'impact de la pandémie COVID-19 sur les pratiques et l'activité des CMP

4.4.1 La crainte de la maladie et les contraintes du confinement ont mis les psychismes en tension, entraînant des troubles importants et/ou durables chez des malades connus mais aussi chez personnes jusqu'alors bien portantes

Dès le 17 avril, l'Académie de médecine a qualifié de majeures et d'alarmantes les conséquences de l'épidémie de Covid-19 sur les malades mentaux et les soins psychiatriques soulignant notamment le risque important de rechute, de non-respect des droit (recours excessif/abusif aux mesures de contention, d'enfermement, de privation de liberté), de rupture du suivi et des soins, de perte de chances¹⁹⁸ chez ceux suivis en ambulatoire en raison d'une moindre accessibilité des consultations. Elle pointe aussi les effets sur leur état de santé et sur celui de leur entourage.

L'ONU a fait part des mêmes préoccupations dans un communiqué du 18 mai¹⁹⁹.

Depuis le début du mois de juin, des chefs de service d'Ile-de-France alertent sur la recrudescence de décompensations aiguës (bouffées délirantes, épisodes schizophréniques, décompensations sévères de troubles de l'humeur...), certains évoquant un triplement des urgences, et des équipes sur-mobilisées par un afflux important de patients présentant des tableaux cliniques souvent sévères²⁰⁰.

Plus récemment, certains professionnels²⁰¹ ont déclaré que la deuxième vague du coronavirus pourrait être d'ordre psychiatrique, pointant l'augmentation actuelle du nombre de consultations en psychiatrie pour dépressions et pathologies anxieuses chez des personnes qui n'ont jamais été

¹⁹⁸ Sans compter la fragilité particulière de ces patients vis-à-vis de l'infection à coronavirus, liée à la difficulté de leur faire observer les gestes barrières.

¹⁹⁹ L'ONU préoccupée par l'impact durable de la COVID-19 sur la santé mentale

²⁰⁰ Sur France info, le 18 juin dernier, le Dr Mouaffak, psychiatre à Ville-Evrard, a comparé cet afflux massif de patients psychiatriques à ce qui s'est vu aux urgences en 2003 avec la canicule anticipant rechutes et décompensations en cascade.

²⁰¹ Pr Marion Leboyer, France Info 28/06/2020.

malades auparavant, vraisemblablement en lien avec les situations difficiles vécues pendant le confinement, l'anxiété, le stress, le deuil que certains ont éprouvé²⁰², la fréquence de ces troubles étant susceptible d'augmenter encore avec les difficultés économiques et/ou financières qui sont un facteur de risque de pathologie dépressive et anxieuse.

Parmi les tableaux déjà recensés dans ce contexte figurent les décompensations de pathologies anxieuses, thymiques ou psychotiques, les conflits et les violences familiales, le renforcement de l'isolement social de certains patients, la nosophobie ou la phobie des transports.

Les professionnels ont également alerté sur la survenue de troubles psychiques chez une partie des soignants qui ont vécu des moments très douloureux pendant la pandémie. Selon l'ONU²⁰³, les problèmes de stress chronique et de santé mentale durant cet épisode pandémique sont partagés par les personnels soignants de toutes les régions du monde. En Chine, les personnels de santé se sont dit sujets à la dépression (50 %), à l'anxiété (45 %) et à l'insomnie (34 %). Au Canada, 47 % ont même indiqué avoir besoin d'un soutien psychologique.

La survenue de troubles psychiques a aussi déjà été observée et doit donc être anticipée en France chez une partie des personnes infectées par le Covid-19²⁰⁴, notamment celles présentant des signes d'inflammation persistants qui peuvent faire le lit de la dépression.

A l'appui de ces remontées de terrain, plusieurs études récentes (annexe 5) montrent qu'à l'étranger comme en France, plus d'un tiers des personnes confinées ont développé une détresse psychologique avec une symptomatologie plus ou moins marquée (aggravation des problèmes de tension ou stress, de sommeil ou de concentration et du sentiment d'être malheureux ou déprimé) dont 12 % présentaient une détresse d'intensité sévère. La vulnérabilité à l'épidémie ne semblait pas être le déterminant principal de la survenue de détresse psychologique.

Certains segments de la population à risque ont été identifiés, notamment les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés et celles dont la situation financière s'est dégradée. A cet égard, certains professionnels du secteur de la santé mentale attirent donc l'attention des autorités sur la nécessité d'anticiper et d'accompagner ce flux de nouvelles demandes en renforçant le dispositif de soins psychiques déjà en tension.

Comme dans d'autres secteurs de soins, la crise pandémique a révélé les fragilités du dispositif de santé mentale en le mettant en tension comme jamais. A cet égard, une tribune parue dans Le Monde le 1 juillet 2020 titre que « la situation de la psychiatrie en France est passée de grave à catastrophique », affirmant plus loin que « si, en principe, l'égalité règne, la réalité depuis vingt ans est scandaleusement autre, car certains secteurs n'ont plus de psychiatres ! Plus de 1 000 postes ne sont pas pourvus, soit de l'ordre de 20 % des postes du secteur public²⁰⁵ ».

²⁰² Lors de la pandémie de SRAS en 2003, il y aurait ainsi eu une augmentation de 30 % des dépressions, associée à une tristesse de l'humeur. D'après le Pr Leboyer, les psychiatres italiens auraient décrit une augmentation de 30% d'épisodes dépressifs chez des personnes qui ont eu une infection par le Covid-19. Par ailleurs, la plateforme téléphonique « Covid écoute » (fondation FondaMental), a permis d'objectiver que 69 % des appelants qui présentaient une dépression et des troubles anxieux pour la première fois de leur vie étaient des femmes qui avaient eu à vivre des situations difficiles à gérer à la maison à cause du confinement : le télétravail, les enfants, la maison, quelquefois des situations de violence.

²⁰³ Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, United Nation, 13 mai 2020

²⁰⁴ De nombreuses personnes ayant été infectées Covid-19 se plaignent d'une fatigue persistante, parfois d'une tristesse de l'humeur, d'un manque d'énergie et de motivation et/ou des troubles du sommeil qui doivent faire suspecter une dépression.

²⁰⁵ Tribune parue dans Le Monde du 1 juillet 20 cosignée par Jean de Kervasdoué, économiste de la santé, ancien directeur des hôpitaux et le Pr Daniel Zagury, psychiatre, ancien chef de service au Centre psychiatrique du Bois de Bondy.

A l'heure du Ségur de la santé, la question de la revalorisation des postes d'infirmiers et de psychologues en CMP mériterait en tout état de cause d'être posée, comme celle de l'attractivité des postes trop souvent non pourvus de psychiatres.

Recommandation n°9 Organiser une consultation nationale pour améliorer l'attractivité salariale et/ou fonctionnelle des postes de psychiatres, psychologues et infirmiers en CMP.

4.4.2 Sous la pression du confinement, l'écoute et la consultation à distance ont connu un essor inédit qui témoigne de leur pertinence dans les situations d'inaccessibilité physique des services psychiatriques

Dans les études internationales²⁰⁶ objectivant la survenue de troubles psychiques liés au confinement, figurent des recommandations pour les pallier dont la plus récurrente consiste à mettre en place un dispositif animé par des professionnels de santé pour répondre aux personnes souffrant d'anxiété et de dépression et la création de numéros verts pour réduire le stress et le sentiment d'isolement social et pour prévenir les troubles psychiques ultérieurs²⁰⁷.

Outre la mobilisation notable des personnels soignants pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiques, des réponses d'ordre plus général se sont mises en place dans l'urgence pour pallier l'impossibilité d'accéder physiquement aux soins.

La consultation vidéo étant une des solutions pour permettre d'orienter, de soigner et de suivre les patients à domicile tout en limitant la propagation du virus, la société Doctolib l'a mise à disposition gratuitement pour tous les médecins libéraux, incluant les psychiatres, et s'est engagée à financer les coûts d'équipement, de formation et de gestion de ce service²⁰⁸.

Pour faciliter l'accès aux professionnels mobilisables en cas de besoin (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, associations), un espace dédié à la santé mentale a par ailleurs été créé sur le site internet de Santé publique France permettant de recenser tous les dispositifs d'aide à distance, classés selon les thématiques (violence, deuil, détresse psychologique, addictions, parentalité...).

Santé publique France a également développé une série de vidéos courtes et informatives « Ma vie au quotidien » pour aider les Français à vivre le mieux possible les semaines de confinement dont une consacrée au stress induit par la pandémie et le confinement prodiguant des conseils simples et renvoyant le cas échéant vers un numéro vert d'appel téléphonique (0 800 130 000) dédié au soutien psychologique mis en place par le gouvernement.

D'autres initiatives de ce type ²⁰⁹ ont vu le jour afin de venir en aide aux personnes fragilisées par cette période inédite, telle que SOS Confinement, méta-plateforme²¹⁰ d'écoute médico-psycho-

²⁰⁶ *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*, Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin, Lancet 2020; 395: 912–20, Published Online February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

²⁰⁷ Ces mesures d'accompagnement psychosocial des personnes souffrant des effets du confinement peuvent aussi participer en retour à le rendre plus acceptable dans la perspective d'un éventuelle re-confinement.

²⁰⁸ Les consultations vidéo des patients étant réalisées dans le cadre de la réglementation fixée par le Ministère des Solidarités et de la Santé et remboursées à ce titre comme une consultation au cabinet. Une semaine après son extension gratuite, la consultation a enregistré une hausse de 40% (communiqué Doctolib du 5 mars 2020).

²⁰⁹ Hormis le numéro vert d'information gouvernemental très généraliste sur le coronavirus-COVID19, on peut citer dans le domaine de la santé mentale S.O.S. Croix-Rouge-Services pour le tout-venant, en plus des lignes d'écoutes traditionnel comme SOS amitiés, solitud'écoute, suicide écoute, SOS suicide, etc.

²¹⁰ Ce dispositif s'inscrit dans une démarche de complémentarité et de coordination avec les autres approches existantes. Le centre d'appel est appuyé par un groupe relais qui récence les services et centres d'appels plus spécialisés existants ou

social²¹¹ joignable par numéro vert (0800 190 000), 7j/7 de 9h à 21 h où acteurs sociaux et médecins écoutaient, informaient et orientaient les personnes isolées et/ou en souffrance du fait du confinement, avec une attention particulière aux personnes n'ayant pas accès à internet.

En plus de la possibilité de parler, d'être écoutés et de lutter ainsi contre l'isolement, les appelants pouvaient poser des questions et recevoir des informations sur la crise en cours, voire au besoin, être orientés vers des interlocuteurs spécialisés (psycho-sociaux et/ou médicaux) et des structures pouvant répondre de manière appropriée à leur stress.

Ces dispositifs d'écoute et de consultation ayant permis de suppléer l'absence d'accès physique aux soignants en période de confinement, ils pourraient, sous réserve d'évaluation plus précise de leurs conditions et de leurs limites d'utilisation, être utilisés en expertise ou en appui à la prise en charge dans les zones où le CMP est trop éloigné (en imaginant des relais avec des MSP) ou dans les CMP peu ou pas dotés en temps psychiatre (comme cela se fait dans les CMP des vallées vosgiennes et de Lozère où le psychiatre consulte d'un CHS à distance).

Recommandation n°10 Dans le sillage des pratiques développées lors du confinement, évaluer la faisabilité et les limites d'utilisation de l'expertise et de la consultation psychiatrique à distance dans des zones privées de CMP ou dans des CMP insuffisamment dotés en psychiatres en vue, le cas échéant, d'équiper et de former les structures en conséquence.

Au niveau des CMP, il a été indiqué que la règle était la téléconsultation et le confinement, tout en assurant la permanence d'accueil en cas de nécessité dans certains d'entre eux avec maintien de l'activité psychothérapeutique et prise en charge en téléconsultation.

Des CMP déclarent avoir ainsi contacté la quasi-totalité de leur file active grâce à une démarche proactive de lien téléphonique mise en place par les IDE et les médecins. En phase avec les recommandations de l'Académie de médecine²¹², la téléconsultation téléphonique a été réalisée par les psychologues avec ou sans présence médicale. En revanche, la visioconférence a été limitée, faute de caméras sur les ordinateurs côté soignants et les dispositifs de visiophonie intégrée (téléphone, ordinateur) coté patients. Les ordonnances ont été transmises aux pharmacies par fax ou par mail.

Pour les patients plus fragiles (ou sans téléphone), des RDV en présentiel au CMP ont été maintenus avec strict respect des mesures barrières²¹³.

A l'heure où la mission rend son rapport, les CMP qu'elle a interrogés sur le sujet s'attendent à un surcroît de patients et de pathologies liées au coronavirus, combinant hausse de consultations du fait des rechutes des patients de la file active et afflux de nouveaux patients primo-consultants, présentant des pathologies psychiatriques, en particulier dépressives, suicidaires et anxieuses, consécutives au coronavirus chez des personnes qui ont été infectées, et/ou consécutives à

mis en œuvre dans le cadre de la crise, puis d'envisager avec eux les modalités d'interactions et transferts d'appels possibles pour orienter au mieux les appelants vers les services spécifiques les plus appropriés à leurs besoins.

²¹¹ Le système est pensé pour converser 20 minutes avec l'appelant avec l'objectif de calmer les angoisses et décharger le 15.

²¹² Préconisant d'organiser une prise en charge ambulatoire des patients psychiatriques dans chaque site, par téléconsultation ou consultation téléphonique, avec des praticiens hospitaliers et libéraux tout en s'assurant que les patients porteurs d'une affection psychiatrique chronique puissent en cas d'aggravation accéder sans délai et sans stigmatisation aux soins médicaux hospitaliers, voire à l'hospitalisation en soins intensifs et réanimation si nécessaire.

²¹³ Mise en place de solution hydro-alcoolique à l'accueil des CMP et lavage des mains par tout patient entrant, prise systématique de la température, distribution de masques FFP1 au personnel d'accueil et mise à disposition de masques pour les patients, diffusion des consignes au fur et à mesure à toutes les équipes par mail, affichage des recommandations, et à partir du 11 mai, stratégie individualisée de dé-confinement pour les patients comme pour les soignants, affichage des consignes à l'entrée du CMP reprenant le circuit (masque, température, lavage des mains, distanciation sociale dans la salle d'attente, limitation des venues au CMP au minimum.)

l'isolement et au stress au cours et au décours du confinement, aux conséquences personnelles, familiales, économiques de la pandémie.

Conclusion

Principaux constats

La mission fait le constat d'une grande diversité des situations, qui est d'autant plus difficile à appréhender du fait de l'insuffisance des systèmes d'information et de la rareté des travaux qualitatifs récents permettant d'avoir une vision d'ensemble articulée du champ des CMP pour adultes. Ce constat a pour corollaire la faiblesse du pilotage territorial, sur fond d'impensés organisationnel et doctrinal et se traduit par une absence de réflexion sur l'adéquation entre les besoins (peu ou mal cernés, même si la notion de « besoin » est difficile à appréhender) et l'offre (pas de visibilité concernant l'activité, les pratiques, les capacités...).

Les publics reçus dans les CMP sont panachés, relevant de niveaux de priorité et pourvus de ressources très variables. Schématiquement, dans le flux important des demandes, la mission a distingué des besoins essentiels qui, s'ils ne sont pas ou sont mal pris en compte, induisent des pertes de chances parfois graves :

- **Les urgences**, sachant qu'on ne peut pas distinguer *a priori* entre les urgences ressenties et les urgences avérées, et qu'il faut évaluer la demande pour en définir le degré de gravité ;
- **Le repérage des psychoses émergentes et autres troubles psychiques graves** dont le repérage différé (voire le non repérage) emporte des risques d'errance diagnostique, d'aggravation pronostique et de passage à l'acte mortifère ;
- **Le dépistage et la prise en charge des comorbidités somatiques et addictives** qui sont des facteurs d'aggravation de la maladie et de complexité de sa prise en charge ;
- **La prise en compte des facteurs de vulnérabilité sociale** (absence d'entourage, de ressources, de logement, de capacité à se repérer dans le dispositif et dans le monde ouvert...) supposant de faire le lien avec les partenaires des champs concernés sous peine de voir les prises en charge se compliquer.

Du point de vue de l'offre, la mission a fait le constat de carences plus ou moins importantes qui pèsent sur l'accessibilité de l'offre et supposent pour être résorbées de mieux :

- Prendre en compte les **déterminants physiques** (distance, délai d'attente), **économiques** (solvabilité des patients recourant à une offre libérale) et **subjectifs** (lisibilité du dispositif²¹⁴, prise en compte des phénomènes de déni ou de non recours aux soins et les leviers pour en diminuer la portée- notamment la place des proches/aidants sous certaines conditions) ;
- Rechercher la **meilleure adéquation possible de la réponse sanitaire à la situation** des personnes, i.e. le bon niveau de soin avec le souci d'éviter les prises en charge discontinues et non coordonnées entre acteurs, ce qui suppose notamment de travailler les « alternatives de déport » aux CMP (médecin généralistes+/- psychologues) en gardant un lien avec les acteurs en cas de besoin ;

²¹⁴ Le manque de lisibilité global du dispositif se traduit par le fait que les patients, et parfois même, certains professionnels du soin autre que psychique, ne savent pas ce que c'est qu'un CMP ou alors ignorent l'endroit il est situé, la manière dont on y accède et ce qu'on y propose.

- Coordonner **les acteurs de la prise en charge**, id. la capacité des territoires à s'organiser pour que les acteurs du psychique, du somatique et du médico-social puissent travailler de concert et en confiance, ce qui implique, outre de connaître les ressources mobilisables, de s'équiper des outils (temps dédié, messagerie sécurisée, dossier médical partagé...) et des procédures (travail avec un centre référent) facilitant leur mise en relation et leur coopération ;
- **Évaluer périodiquement l'activité et les prises en charge**, avec le souci de produire tant que possible des recommandations de bonnes pratiques, des données d'impact clinique et des données médico-économiques.

Préconisations et pistes d'action

Face à ce constat, l'enjeu est de **cartographier les ressources territoriales**, d'estimer les besoins et les manques et de se pourvoir d'outils de pilotage plus précis, ce qui présuppose de revoir la définition du CMP pour pouvoir les compter mais aussi de réfléchir à une meilleure manière de **décrire l'activité et les pratiques**.

Par ailleurs, la réforme de la tarification en cours devra être l'occasion de disposer **d'indicateurs fins sur les affectations budgétaires et les dépenses afférentes** dans un cadre de transparence renforcée.

En termes d'organisation et de fonctionnement, certaines actions s'imposent pour réduire l'hétérogénéité de l'offre et améliorer la qualité des prises en charge :

Au niveau des CMP

Il faut, sur le plan du fonctionnement des CMP, s'entendre sur un **minimum commun** avec des missions précises et réalistes (les priorités en termes de besoin et les obligations en termes d'accessibilité d'offre).

Un certain nombre de fonctions doivent être a minima assurées, d'autres pouvant faire l'objet d'une **délégation** (typiquement, et dans la mesure du possible, la prévention dans son ensemble et une partie des soins légers) ou d'un appui coordonné (typiquement, les urgences et les soins non programmés que les structures ne peuvent gérer elles-mêmes). Pour ce faire, il faut que les acteurs puissent s'adosser à une doctrine d'organisation partagée (qui fait quoi, dans quelles conditions, avec quels moyens).

Au niveau des territoires

Pour coordonner le fonctionnement des CMP entre eux et avec le reste des structures participant aux soins psychiques, il faudrait dans l'idéal **désigner un chef de file** suffisamment doté en moyens (CMP référent ou dispositif avancé issu de mutualisations intersectorielles) pour :

- Assurer l'accueil et l'orientation des **demandes qui ne trouvent pas de solutions** (urgences, soins non programmés, prise en charge des troubles légers à modérés ne relevant pas d'une prise pluridisciplinaire) **ou qui ne savent pas à qui s'adresser** ;
- Informer et renseigner téléphoniquement les demandes de professionnels, de patients et de leurs proches sur l'offre territoriale ;
- Constituer et animer un **réseau sentinelle d'amont** pour contribuer au repérage et à l'orientation précoce des pathologies émergentes potentiellement graves et chronique.

Ce chef de file serait le garant que les grandes fonctions susceptibles d'être assurées par le CMP le sont au moins à un niveau territorial (intersecteur, département).

Il y a cependant des **limites plus ou moins surmontables** à la mise en œuvre d'un tel schéma. Les écarts de **ressources humaines** (rapport moyens/population) entre Paris et les gros centres urbains d'une part, et le reste de la France d'autre part, sont tels que, même la création des dispositifs d'appui mentionnés plus haut pour assurer l'ensemble des missions de manière la plus équitable sur l'ensemble du territoire ne peut suffire.

Pour pallier l'insuffisance de la ressource, il faut aller plus loin :

- Cela suppose de créer de la ressource (en autorisant les psychologues cliniciens à entrer dans les parcours de soins- cf. rapport IGAS N°2019-002R) mais également en mobilisant la ressource psychiatrique privée pour mieux « répartir le fardeau » ;
- Compte tenu des questions d'attractivité inégale des territoires, et même en revalorisant/aménageant les conditions d'exercice des psychiatres, des infirmiers et des psychologues comme cela paraît nécessaire, le déploiement de la téléconsultation à partir de centres urbains semble inévitable dans certaines zones semi-urbaines ou rurales.
- Pour certains cas complexes nécessitant une prise en charge très spécialisée que les CMP locaux ne peuvent pas fournir, on ne peut pas exclure, au-delà de la téléconsultation, un suivi partiellement délocalisé dans des lieux mieux pourvus.

Un tel système de répartition des prises en charge à un niveau supra-sectoriel qui conjuguerait les forces des divers segments de l'offre est impossible dans les départements où les densités de l'ensemble des professionnels sont très inférieures aux densités moyennes (classes 1 et 2 de la typologie de la partie I), soit un quart des départements (26 %). Pour ces territoires, on pourrait imaginer en dernier ressort une répartition de la charge au niveau régional : le département le mieux doté de la région fournirait un appui au département très démuné.

Enfin, les retours d'expérience post-covid amènent à penser qu'il y a une forme d'adaptabilité des équipes qui ont continué à prodiguer des soins en temps de crise, mettant en exergue l'intérêt des moyens d'écoute, d'expertise et de consultation à distance dans certaines conditions (qu'il faut préciser dans la perspective d'équiper les CMP/certaines zones qui en ont besoin).

Les quelques études récentes sur les effets du confinement suggèrent enfin la possibilité d'un surcroît de primo-consultants auquel les CMP vont devoir apporter une partie de la réponse, la survenue d'une détresse psychologique ayant en effet été observée chez 33 % des répondants, dont 12 % présentaient une détresse d'intensité sévère²¹⁵. Cet élément de contexte vient s'ajouter au constat dressé par la mission qui plaide en faveur d'un renforcement du pilotage et de l'organisation des CMP.

Stéphanie DUPAYS

Dr Julien EMMANUELLI

²¹⁵ *Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement*, Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020 Coralie Gandré, Magali Coldefy (Irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), Questions d'économie de la santé

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ



Le Directeur de Cabinet

Paris, le 11 JUL. 2019

CAB AA/DGOS/PEGASE : I-19-001252

**Note à l'attention de
Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales**

Objet : Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres médico-psychologiques de psychiatrie et de leur place dans le parcours patient

Forte de son organisation en secteurs, la psychiatrie française doit aujourd'hui mettre en place une politique ambitieuse de prévention, lutter contre la stigmatisation et garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre accessible, diversifiée et de qualité.

Les centres médico-psychologiques (CMP) sont le pivot du secteur psychiatrique. L'arrêté du 14 mars 1986¹ précise qu'ils constituent des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Or, leur fonctionnement est aujourd'hui interrogé au regard notamment de la hausse continue de demande de soins qui leur est adressée, des délais d'attente opposés aux patients concernés et à leurs familles et de leur hétérogénéité.

Aussi, je souhaite que l'IGAS mène une mission sur les CMP pour évaluer et conforter leur place dans les parcours en santé mentale, ainsi qu'améliorer la coopération indispensable avec les médecins de ville et les professionnels de santé de proximité. Ces travaux devront aussi permettre de renforcer et de rénover la place de l'ambulatoire dans la prise en charge des patients, enfants et adultes.

Dans un premier temps, la mission devra s'attacher à mener un diagnostic quantitatif et qualitatif des ressources et de l'attractivité des CMP, pour ensuite analyser les axes d'amélioration et les leviers d'action pour mettre en œuvre les évolutions nécessaires.

Le diagnostic devra notamment permettre d'expertiser les conditions d'accès des patients à ces structures et les délais de rendez-vous, particulièrement pour les patients qui n'ont jamais été suivis par le secteur. Une attention devra être également portée sur l'accès des personnes « hors secteur » (personnes sans domicile, migrants, personnes sortant de détention...) ainsi qu'en situation de handicap. Le positionnement des CMP dans le parcours de soins des patients et leur articulation avec les autres structures du secteur et avec les

¹ relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

professionnels de soins primaires devront faire l'objet d'une analyse, ainsi que l'adéquation des moyens humains et financiers des centres à leurs missions et leur attractivité.

Ce diagnostic permettra d'interroger la capacité des CMP à innover pour dépasser les contraintes de fonctionnement et d'organisation ainsi dégagées. La mission s'attachera à proposer les évolutions nécessaires de ces structures afin de repositionner leur offre dans le parcours du patient conformément à l'objectif fixé dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie de disposer sur l'ensemble des territoires d'une offre de soin en proximité accessible, diversifiée et de qualité, adaptée aux besoins des patients et en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

La mission s'attachera notamment à déterminer la capacité des CMP à intervenir au plus près des patients à travers les modalités de l'« aller vers », les interventions à domicile y compris intensives, les consultations avancées ou les permanences délocalisées. L'accès aux différents types de prise en charge sera interrogé, au regard notamment de l'articulation entre le secteur, incarnant les soins de proximité, et les logiques territoriales ou intersectorielles répondant à des prises en charge spécialisées.

Il s'agira également d'analyser l'aptitude des CMP à offrir une réponse réactive et assurer des consultations et prises en charge non programmées y compris en urgence, l'amplitude de leur accueil et leur capacité à innover au travers des organisations proposées.

Le positionnement du CMP dans son environnement sera également étudié pour s'articuler avec les autres acteurs du sanitaire, du médico-social et du social et mieux associer les usagers aux programmes de soins. La mission expertisera également les conditions d'accès des professionnels aux formations, de mise à jour des compétences et d'appropriation des recommandations de bonne pratique.

Des initiatives locales pourront être un point de départ à l'analyse et permettre de valoriser des organisations innovantes. Les propositions de la mission devront permettre de fournir au niveau national, aux ARS comme aux gestionnaires d'établissements, les outils supports à la mise en œuvre des évolutions attendues. L'engagement en 2019 par la DGOS d'une péréquation interrégionale des dotations DAF, relayée en intra régional par les ARS, constitue en effet un contexte favorable pour viser l'harmonisation par le haut des pratiques des CMP.

Vous orienterez plus particulièrement vos investigations sur les structures adultes. S'agissant des CMP de psychiatrie infanto-juvénile, vous vous appuyerez sur le rapport de la mission IGAS relative à l'évaluation du fonctionnement des CAMSP, des CMPP et des CMP, dont vous pourrez approfondir certains points le cas échéant pour intégrer dans vos propositions la vision complète de la prise en charge des patients, enfants, adolescents et adultes.

Vous pourrez vous appuyer, pour la réalisation de cette mission, sur les services des directions d'administration centrales notamment la DGOS, le SG-MAS ou également la CNAM.

Je souhaite que vos conclusions et préconisations fassent l'objet d'un rapport définitif en décembre 2019.

Raymond LE MOIGN


LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

CABINET DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Thomas DEROCHE, directeur adjoint du cabinet chargé de la santé
Mickaël BENZAQUI, conseiller santé

ADMINISTRATIONS CENTRALES

Direction générale de l'offre de soins

Sophie ESCALON, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
Thierry KURTH, chef du bureau R4, prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale au sein de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Sophie TERQUEM, adjointe du bureau R4 prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale

Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie

Pr Franck BELLIVIER, délégué ministériel santé mentale et psychiatrie
Patrick RISSELIN, secrétaire général

Task force sur la réforme du financement du système de santé,

Didier GUIDONI, membre de la task force sur la réforme du financement du système de santé,
Clémence MARTY-CHASTAIN, membre de la task force

Caisse nationale de l'assurance maladies

Dr Christelle GASTALDI-MENAGER, direction de la stratégie, des études et des statistiques
Pierre BERGMAN, direction de la stratégie, des études et des statistiques

AGENCES /INSTITUTIONS NATIONALES

Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP)

Mona KRICHEN, directrice du département "Ingénierie de la transformation des organisations sanitaires et médico-sociales"
Corinne MARTINEZ, manager, santé mentale
Marc DACLIN, responsable utilisateur

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Fabien TOUTLEMONDE, chef de bureau Établissements de santé
Jehanne RICHET, adjointe au chef de bureau

Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

Dr Anis ELLINI

Cour des comptes

Laurent RABATET, conseiller référendaire
Coralie CUIF, rapporteur extérieur

PERSONNALITES QUALIFIEES

Pr Viviane KOVESH-MASFETY, psychiatre, épidémiologiste, expert pour la cour des comptes
Dr Maurice BENSOUSSAN, vice-président du CNPP, président du CNQSP collège national qualité des soins en psychiatrie, du SPF (syndicat des psy libéraux et salariés), et de l'AFP (association française de psychiatrie)
Pr Louis JEHEL, responsable urgences psychiatriques CHU Martinique
Pr Bruno FALISSARD, psychiatre, directeur INSERM
Dr Alain LOPEZ, ancien IGAS
Angèle MALATRE, directrice des études, institut Montaigne

ASSOCIATIONS/FEDERATIONS

Fédération française de psychiatrie (FFP)

Dr Michel DAVID, pédopsychiatre, président
Dr Isabelle SECRET-BOBOLAKIS, secrétaire générale

Conférence des présidents de CME psychiatrique

Dr Christian MÜLLER, président

Collège de la médecine générale (CMG)

Dr Marie-Hélène CERTAIN, secrétaire générale
Dr Frédéric VILLEBRUN, membre

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Marie-France PILET, bénévole, défense des droits, représentation, formation aidant et bénévoles
Jocelyne VIATEAU, médecin radiologue, bénévole, vice-présidente délégation de Paris

Fédération Nationale des Associations d'(ex)patients en psychiatrie (FNAPSY)

Claude FINKELSTEIN, présidente

France Santé mentale

Dr Denis LEGAY, président

Collectif national intergroupe d'entraide mutuelle (CNIGEM)

Pierrick LE LOEUFF, délégué général

Association des Établissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM)

Pascal MARIOTTI, président
Gilles MOULLEC, membre du bureau national

SYNDICATS

Syndicat national des personnels infirmiers (SNPI)

Carole MARTIN, cadre de santé CMP 15ème sur 3 secteurs de psychiatrie adulte
François MARTINEAU, infirmier sur le GHU 5ème 6ème
Thierry AMOUROUX, porte-parole du SNPI

Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)

Dr Marc BETREMIEUX, président

Dr Jean Pierre SALVARELLI, membre bureau

Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)

Dr Michel TRIANTAFYLLOU, président

Dr Jean FERRANDI, membre

SITES INVESTIGUES

1. NOUVELLE-AQUITAINE

Agence régionale de santé (ARS)

Samuel PRATMARTY, directeur direction de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)

Olivier SERRE, directeur des territoires et directeur départemental 33

Anne-Sophie LAVAUD, responsable Département Santé mentale et publics difficultés spécifiques

Dr Marylène FABRE, conseillère médicale DOSA

Nadėja LALBIN-WANDER, chargée de mission

Elodie COUAILLIER, directrice direction des financements (DFIN)

Valérie LAVIGNASSE, DFIN

Centre hospitalier de Niort

Olivier BOUTAUD, directeur adjoint en charge de la psychiatrie

Centre médico-psychologique de Jonzac

Dr Jean Marc DESTAILLATS, responsable pôle psy adulte

Daniel LEGUILLERMIC, cadre supérieur du pôle

Denis SLOMIANOWSKI, équipe de direction du CH de Jonzac

Cyril BARRE, infirmier psychiatrique de secteur chargé de l'équipe mobile psychiatrie précarité

Anthony DUDILLOT, neuropsychologue

Loïc GIRARD, maire membre fondateur du CLSM et président de la communauté de communes

Caroline ALBERQUE, direction territoriale 17

Nicolas AMELINEA, direction territoriale 17

Centre hospitalier Pays d'Eygurande

Christophe ROUANET, directeur CH

Dr Arnaud DE JESUS, médecin chef de service et président de CME

Valérie ASENSIO, infirmière générale adjointe

Catherine PATEAUD, cadre supérieur de santé

Centre hospitalier de Tulle

Augustin GROUX, directeur adjoint référent du pôle de psychiatrie,

Dr Karim GHEZIEL, chef de pôle de psychiatrie,

Mme CHAMPEYROL, cadre supérieur de santé, pôle de psychiatrie

Mme QUERAUX, cadre de santé centre médico-psychologique

Bénédicte GALEA, directrice adjointe direction territoriale 19

Dr Isabelle PLAS, direction territoriale 19

Centre hospitalier de Brive

Philippe FAUGERON, coordonnateur général des soins
Dr François VIEBAN, chef de pôle psychiatrie
Sandrine DALES, cadre supérieur de santé psychiatrie
Sylvette AUFRERE, cadre de santé, infirmière du CMP

Centre hospitalier LABORIT, Poitiers

Dr Laurence PERAULT, psychiatre responsable de l'unité, CMP Signe
Dr Christelle PAILLARD, psychiatre chef de pôle
Jacques COLIN, cadre supérieur de santé
Dr BOUQUET, médecin responsable
Pr Nemat JAAFARI, chef de pôle, géronto-psychiatrie
Lydia GRIMAULT, cadre supérieur de santé +/- équipe mobile

Centre hospitalier de Châtellerauld

Dr Sylvie PERON, psychiatre, présidente de la CME
Dr Christelle PAILLARD, chef de pôle
Dr Philippe RICHARD, psychiatre, responsable du CMP G. RUETSCH
Dr Dominique SAUTEL, psychiatre référent PTSM adultes
Dr Nicolas LAFAY, psychiatre référents des CMP du pôle universitaire
Didier ALLIX, cadre supérieur en charge des activités ambulatoires
Dr Nathalie GUILLARD, psychiatre responsable de l'unité de RPS CREATIV (HDJ)
Corinne BONNET-TANNEUR, cadre supérieur en charge de la RPS

Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens

Thierry BIAIS, directeur CHS
Dr Jean-Philippe FERRIERE, présidente de la CME
Dr Chantal BERGEY, chef de pôle PUMA et responsable du SECOP
Dr Karine JEZEQUEL, CMP et des dispositifs innovants du Pôle BSM – Bordeaux Santé Mentale
Pr Hélène VERDOUX, Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte (UNIVA)
Dr Marylène FABRE, direction territoriale 33
Pierre-Yves LOUBOUTIN, direction territoriale 33

CMP médico judiciaire Bergerac et centre médico-psychologique adultes

Caroline SAN-NICOLAS, directrice, centre de détention de MAUZAC
Sabine GRAVIER, Juge de l'application des peines en milieu ouvert, Tribunal Judiciaire de Périgueux
Sylvaine CELERIER, directrice Centre Hospitalier de MONTPON
Evelyne AUGIER-CLERY, directrice adjointe Centre Hospitalier de MONTPON
Matthieu SAJOUS, directeur des soins, Centre Hospitalier de MONTPON
Dr Angélique DE CERVAL, chef de pôle, Pôle de Bergerac
Dr Arnaud DELOGE, CMP et des dispositifs innovants du CH MONTPON
Mme MILLINGTON, psychologue CMP Judiciaire
M. BURIN, Infirmier CMP Judiciaire
Sylvie BOUE, adjointe à la directrice DDARS 24

2. HAUTS-DE-FRANCE

Centre médico-psychologique 59 G8, CHRU Lille

Pr Pierre THOMAS, responsable pôle psychiatrie médecine légale, pénitentiaire
Samy BAYOD, directeur adjoint du CHU, pôle psy médecine légale, pénitentiaire

Dr Charles-Édouard NOTREDAME, CCU-AH, psychiatre enfants et adolescents
Dr Déborah SEBBANE, PHC psy adulte, en milieu pénitentiaire (CHU)
Dr Anaïs VAGLIO, CMP Haubourdin, (responsable projet régional « premier épisode psychotique »)

Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise

Dr Christian MULLER, Président de la CME de l'EPSM de l'agglomération lilloise
Anne Sophie CASTRONOVO, ingénieur qualité
François CAPLIER, secrétaire général de l'EPSM, directeur de la qualité

Fédération santé mentale des Hauts de France

Dr Thierry DANIEL, directeur du centre d'accueil de soins et d'accompagnement (CSAPA) La Charité
Laurent PLANCKE, sociologue

3. ILE-DE-FRANCE

ARS/direction territoriale

Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX, direction promotion de la santé et réduction des inégalités, ARS
Laure VALON, directrice de projet santé mentale à la direction offre de soins
Dr Daniel PINEDE, psychiatre, sur la DT 93, référent santé mentale

Centre médico-psychologique ST OUEN

Dr Emmanuelle PETIAU, psychiatre
Dr Jean DESMARQUET, psychiatre, responsable du CMP
Dr Thibaut ERNOUF, psychiatre
Luisa FERGANI-COQUIN, cadre de santé
Xavier FAYE, infirmier

Centre hospitalo-universitaire Créteil/centre hospitalier Chènevrières

Hélène VIDAL, directrice du centre hospitalier Albert Chenevier
Pr Marion LEBOYER, responsable de l'ex-pôle de psychiatrie et d'addictologie du CHU Henri-Mondor
Corinne BOESPFLUG, cadre de santé ambulatoire de psychiatrie
Marielle PETITDEMANGE, cadre paramédical du DMU prise en charge en soins paramédicaux
Dr Aziz FERCHIOU, psychiatre responsable CMP Aristote
Pr Antoine PELISSOLO, chef de service de psychiatrie CHU Henri-Mondor

Dispositif ERIC

Dr Laure ZELTNER, responsable

Centre médico-psychologique Paris, secteurs 14-15-16

Dr Pierre DE MARICOURT, chef de service à Sainte-Anne, responsable des secteurs
Dr Claire GAUTHIER, médecin CMP, secteur 14

Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)

Dr Raphaël GOUREVITCH, chef de pôle

Centre médico-psychologique Paris 8e arrondissement

Dr CHRISTODOULOU, chef de pôle et de secteur

4. GRAND EST

ARS/direction territoriale

Dr Jean-Pierre GARA, pilote du parcours santé mentale

Vincent FORTIN, chef de projet santé mentale – Direction de l'offre sanitaire

Anne SEUREAU, pilote du parcours santé mentale – Direction de la Stratégie

Centre hospitalier spécialisé LAXOU, NANCY

Pr Raymund SCHWAN, chef du pôle de psychiatrie générale du Grand Nancy

Dr Catherine PICHENE, dispositif Vigilans et responsable du service des urgences psy

Centre médico-psychologique COMMERCY

Dr Sinziana Veronica LOISO, psychiatre

Nadine GOSSET, cadre supérieur de santé

Élisabeth FIGUET, directrice qualité CHS

Anne-Laure LONGUEVILLE, infirmière

Centre médico-psychologique Jarny

Dr Cathy NARDIN, psychiatre

Maria COSTA, infirmière de psychiatrie

Dispositif CAMUS, Centre hospitalier Strasbourg

Dr Myriam RIEGERT, directrice médicale du CAMUS

Dr Aude ROCHOUX, directrice du Service de santé universitaire

Adeline JENNER, direction territoriale 67

Dispositif CESAM, Centre hospitalier Mulhouse/ Centre hospitalier de Rouffach

Dr Philippe GAETH, psychiatre au CH chef du pôle psy 6/7 GHRMSA

Nathalie RICHARDIN, cadre pôle psychiatrie du GHRMSA

Véronique GWINNER, cadre de santé au CESAM et urgences psychiatriques

Caroline BIGEARD, secrétaire générale et direction affaires financières et juridiques du CH

Dr Juliette FOILLOT, psychiatre chef de service 7 GHRMSA

Dr Fabrice DUVAL, psychiatre, chef pôle 8/9 GHRMSA

Dr Alexis ERB, psychiatre, Rouffach et mi-temps sur le CESAM

François COURTOT, directeur du CH de Rouffach

Corinne KRENCKER, directeur du GHRMSA

Dr Jean SENGLEZ, président de la CME du GHRMSA

ANNEXE 1 : Complément sur les associations d'usagers

Selon les cas, les associations d'usagers du champ de la psychiatrie peuvent remplir des fonctions de contestation²¹⁶, d'entraide, de plaider et/ou de représentation²¹⁷.

Créée dans les années soixante, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) apporte une aide aux familles de personnes souffrant de troubles psychiques. Elle contribue également à relayer l'expérience vécue auprès des soignants et des gestionnaires de santé publique.

Dans les années 1980, des collectifs d'usagers s'organisent autour d'un diagnostic médical (dépression, bipolarité, schizophrénie²¹⁸, autisme²¹⁹, ...) pour favoriser l'entraide et le soutien des usagers²²⁰, en incluant des professionnels et des familles, et servir de conseil et d'interlocuteur entre les participants et les professionnels du champ.

Depuis sa création en 1992, la Fédération Nationale des Associations d'usagers de la Psychiatrie (FNAPSY) se donne pour objectif de représenter la parole des usagers de la psychiatrie dans les instances de décisions politiques et travailler dans le sens d'accorder davantage de place aux usagers dans les domaines qui les concernent.

Issus des lois de 2002²²¹ et de 2005²²² valorisant la place et de la parole de l'utilisateur et contribuant à la reconnaissance légale du « handicap psychique », les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) représentent une nouvelle forme associative dans laquelle des usagers de la psychiatrie doivent pouvoir participer à l'organisation de la structure via le partage d'expérience de la maladie, l'accompagnement vers l'insertion et l'autonomisation dans « la vie en milieu ordinaire ».²²³

D'autres mouvements voient le jour porteurs de revendications plus politiques visant à modifier la représentation sociale et/ou médicale de la maladie : certaines associations qui redéfinissent l'autisme comme une différence, faisant appel au concept de « neuro-diversité », les entendeurs de voix dont l'objectif est de montrer qu'il ne s'agit pas d'une pathologie, mais d'un phénomène subjectif « normal », ou le Collectif Schizophrénies qui voudrait « en finir avec l'argument selon lequel la psychiatrie serait une discipline d'exception et que la démarche d'évaluation des résultats, prévalant

²¹⁶ Le Groupe information asile (GIA) a été créé au début des années 1970 contre « l'usage répressif et normatif de la psychiatrie », l'Association des Psychiatriques Stabilisés Autonomes (APSA), créée 10 ans plus tard, pour défendre les droits de l'homme en psychiatrie et propose, à travers cette association, un lieu de sortie de l'institution.

²¹⁷ Psychiatisés en lutte, usagers, Gemeurs, ...: une cartographie des différentes formes de participation, A. Troiseufs et B. Eyraud, Rhizome 2015/4 (N° 58).

²¹⁸ France Schizophrénies sera créée par la suite en mars 2004.

²¹⁹ Parmi les principales et plus anciennes associations reconnues d'utilité publique, Autisme France milite notamment « pour un dépistage et un diagnostic précoces et conformes aux classifications internationales ce qui suppose l'accès des médecins à des outils de dépistage adaptés » et la fédération Française Sésame Autisme a pour objectif de « créer des conditions de vie meilleures pour ces derniers, quels que soient leur âge et la sévérité de leurs troubles ».

²²⁰ Amélioration du soin, des prises en charge et des façons de vivre la maladie/le traitement dans la vie quotidienne.

²²¹ Loi n° 2002-203 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

²²² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

²²³ Vincent Girard, « Dossier n° 13 – Auto support en santé mentale en France », Bulletin Amades [En ligne], 75 | 2008, mis en ligne le 01 septembre 2009.

partout en médecine, ne pourrait s’y appliquer », pointant par ailleurs « de fortes inégalités au sein du service public et des pertes de chance pour les patients »²²⁴.

²²⁴ Tribune dans le monde, le 08 octobre 2019. Le Collectif Schizophrénies a été créé fin 2015 pour fédérer les principales associations dédiées aux schizophrénies. Il est issu de la fédération France Schizophrénies créée en mars 2004.

ANNEXE 2 : Sources d'information nationales sur les CMP

Les deux principales sources de données pour recenser les structures et décrire l'activité et les moyens des CMP sont le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Dans ces sources, le CMP est souvent fondu dans un ensemble plus large de dispositifs et n'est pas aisément identifiable. En effet, les CMP sont rattachés administrativement à un établissement de santé et ne font pas l'objet d'un recensement ou d'une enquête particulière. Des dispositifs spécifiques de recueil d'information en psychiatrie ont été mis en place, mais ils sont renseignés au niveau de l'établissement de rattachement et ne précisent que partiellement les moyens et l'activité des CMP.

1- Le CMP dans le RIM-P

Créé en 2006 et répondant au contexte global de rationalisation des dépenses en santé, le RIM-P est le pendant du PMSI-MCO pour la psychiatrie. Il concerne tous les établissements de santé exerçant une activité en psychiatrie, privé ou public. Le RIM-P est rempli par les établissements qui saisissent l'activité en psychiatrie et l'envoient chaque trimestre à l'ARS.

Le RIM-P comporte des données sur l'activité et la patientèle. L'information est recueillie au niveau de l'établissement de santé, mais pour certaines variables il est possible de renseigner un lieu de prise en charge, notamment le CMP.

Cette donnée n'est pas obligatoirement renseignée par les établissements, ce qui ne permet pas de disposer, pour l'ensemble des structures, d'une analyse de l'activité et de la patientèle de chaque CMP.

Les variables recueillies ont trait aux actes, à leur nature (décrite selon la grille EDGAR cf. rapport), à leur lieu, à la fonction de l'intervenant (médecin, infirmier, psychologue...). Le RIM-P permet également de décrire la patientèle (sexe, âge, catégorie de diagnostic).

Ces données d'activité sont exploitables au niveau national, régional, départemental ou de l'établissement mais pas au niveau de chaque CMP. Si la complétude du recueil a progressé selon l'ATIH les documents méthodologiques sur le RIM-P n'indiquent pas sa complétude. La mission a constaté une part importante de valeurs aberrantes ou manquantes dans les données qui lui ont été transmises.

Les sources anciennes décrivaient l'activité psychiatrique à un niveau plus fin- le secteur-, sans toutefois permettre de saisir l'activité du CMP

De 1983 à 2003 : Les rapports d'activité de secteur de psychiatrie permettaient de décrire l'activité psychiatrique au niveau du secteur²²⁵

Jusqu'en 2003, les rapports d'activité de secteurs de psychiatrie (générale, infanto-juvénile et pénitentiaire) recueillaient des informations relatives aux CMP par secteur de psychiatrie.

L'information était recueillie au niveau du secteur de psychiatrie, avec une zone géographique associée, elle pouvait être agrégée au niveau de l'établissement de santé, du département ou de la région (à l'exception des secteurs dépassant les limites administratives).

Ils permettaient ainsi de renseigner pour chaque secteur de psychiatrie :

Le nombre total de CMP,

Leur localisation dans ou en dehors de l'hôpital, dans les mêmes locaux qu'un hôpital de jour ou CATTP,

Leur ouverture moins de 5 jours par semaine ou plus,

Leur ouverture après 18h au moins 2 jours par semaine,

Leur ouverture annuelle (y compris les mois d'été),

Le nombre de patients et de consultations-jours vus en CMP du secteur.

Les rapports d'activité de secteur recueillaient également des infos générales sur l'accueil au sein du secteur qui peuvent renseigner sur les pratiques des CMP : type de professionnel intervenant lors du premier accueil, délais d'attente, notamment.

Cependant, aucune donnée recueillie ne renseignait sur les ressources humaines à disposition des CMP. Il n'existait alors pas non plus de données sur les patients accueillis, sauf une enquête ponctuelle transversale en 2003 réalisée par la Drees sur les patients vus en ambulatoire (quelle que soit la structure) une semaine donnée.

2008 : Les RAPSY²²⁶

En 2008, le système d'information spécifique à la psychiatrie a évolué. Les RAPSY (rapports d'activité de psychiatrie) ont remplacé les rapports d'activité de secteur de psychiatrie, étendant le champ de l'enquête aux établissements non sectorisés et aux établissements privés ayant une autorisation d'activité en psychiatrie.

L'un des objectifs des RAPSY était de disposer d'une description de l'offre de soins en psychiatrie relativement fine par son niveau géographique. Les données collectées devaient permettre à tous les acteurs de disposer d'indicateurs permettant de décrire les établissements de santé et de localiser les structures de soins rattachées aux établissements.

L'enquête comprenait deux niveaux de recueil : un questionnaire par établissement de rattachement et un autre questionnaire par structure de prise en charge de cet établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, une nature (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire) et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

²²⁵ Source : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud70.pdf>

²²⁶ Source : Note de Magali Coldefy + <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale>

Les RAPSY auraient ainsi pu permettre de disposer d'informations par structure ambulatoire, et donc par CMP sur la localisation, les horaires d'ouverture, les délais d'attente, mais également les personnels intervenant et les ressources existantes. Cependant la liberté laissée aux établissements de répondre soit au niveau de chaque structure, soit au niveau des secteurs, soit au niveau de l'établissement de rattachement a fortement limité les possibilités d'exploitation de l'enquête.

2- La SAE rend compte de l'activité en psychiatrie depuis 2006

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête nationale administrative gérée par la Drees. Elle concerne l'ensemble des établissements de santé français, publics et privés et renseigne sur l'activité, les capacités, les équipements, les personnels médicaux et non médicaux des établissements. Un bordereau spécifique à la psychiatrie a été intégré au questionnaire en 2006.

Le niveau d'interrogation est l'établissement de santé, l'information sur les CMP est donc agrégée au niveau de l'établissement de rattachement. Cependant le bordereau permet depuis 2017 de dénombrer les CMP : depuis cette date les établissements doivent indiquer le nombre de CMP ouverts moins et plus de 5 jours par semaine, ainsi que le nombre d'actes réalisés en CMP. Avant cette date le nombre de CMP était additionné avec le nombre de consultations externes. Mais en l'absence de définition administrative précise du CMP cette donnée est encore imprécise.

Aucune information n'est disponible au niveau du CMP sur les moyens en personnel disponibles, ni sur la possibilité d'accueil non programmé.

ANNEXE 3 : Données complémentaires

1- La mesure du nombre de CMP

La mesure du nombre de CMP par la SAE illustre autant un problème de décompte que les disparités territoriales, c'est pourquoi la mission a préféré, dans le rapport, s'appuyer sur des données d'activité et de moyens pour illustrer les disparités territoriales. Ces données SAE figurent néanmoins ici à titre d'information.

On observe des densités de CMP variant du simple au décuple ou même plus.

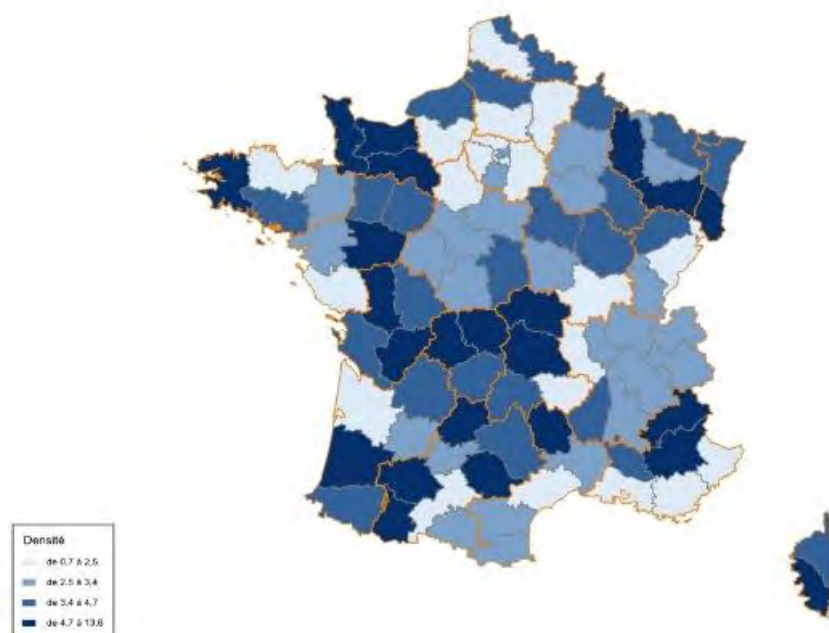
Tableau 24 : La densité des CMP adultes pour 100 000 habitants de plus de 15 ans en 2017 par département, quelques valeurs

min	0,7
max	13,7
médiane	3,3
écart type	2,1

Source : SAE DREES et Insee pour les estimations de populations

Carte 14 : La densité des CMP adultes en 2017 pour 100 000 habitants de 15 ans et plus

CMP



Source : SAE DREES et Insee ; Note : attention, certaines données semblent erronées. Par exemple selon la SAE, les Landes comptent 34 CMP adultes ouverts moins de 5 jours et 13 CMP adultes ouverts 5 jours par semaine en 2017 alors qu'une enquête de l'ORS dénombre 7 CMP et 23 antennes en 2019.

2- Projections de l'offre de soins

Le nombre de psychiatres et la densité, au niveau national, n'est pas amené à diminuer selon des projections anciennes de la DREES.

Selon l'outil de projection de la DREES, entre 2020 et 2040, le nombre de psychiatres (total, salarié) augmenterait quel que soit le jeu d'hypothèses retenues concernant le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine, âge de cessation d'activité et le flux de médecins étrangers. La mission présente les deux scénarios extrêmes afin de donner une fourchette.

Scénario bas :

Hypothèses de projection :

- Nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales : 7 500
- Flux de diplômés à l'étranger par an : 0
- Âge de cessation d'activité : Probabilités de départ actuelles (scénario tendanciel)

Avec ce scénario, le nombre de psychiatres tous modes d'exercices confondus augmenterait entre 2020 et 2040 ; la densité diminuerait avant de se redresser à partir de 2030. Le nombre de psychiatres salariés ainsi que la densité augmenteraient entre 2020 et 2040.

Scénario bas	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatres (ensemble)	13 107	12 937	13 493	14 444	15 740
Densité de psychiatres (ensemble)	19,3	18,7	19,2	20,2	21,7
Psychiatres salariés	7 965	8 275	8 693	9 152	9 880
Densité de psychiatres salariés	11,7	12	12,4	12,8	13,6

Scénario haut :

Hypothèses de projection :

- Nombre d'étudiants admis en deuxième année d'études médicales : 8 500
- Flux de diplômés à l'étranger par an : 1 500
- Âge de cessation d'activité : Probabilités de départ actuelles décalées d'un an

Avec ce scénario, le nombre et la densité de psychiatres tous modes d'exercice confondus et pour chacune de ses composantes augmenteraient entre 2020 et 2040.

Scénario haut	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatres (ensemble)	13 947	14 268	15 548	17 326	19 345
Densité de psychiatres (ensemble)	20,6	20,7	22,1	24,3	26,7
Psychiatres salariés	8 578	9 259	10 232	11 302	12 418
Densité de psychiatres salariés	12,6	13,4	14,6	15,8	17,1

Ces données doivent cependant être interprétées avec précaution pour deux raisons :

- Le modèle de projection a été conçu avant les modifications liées au numéris clausus
- Un certain nombre d'éléments vont dans le sens d'une diminution de l'attractivité de la psychiatrie notamment salariée (augmentation des postes non pourvus, départs vers le secteur privé) ; il faudrait examiner cette tendance et le cas échéant l'intégrer dans les hypothèses.

A titre d'exemple, la mission a appliqué ces scénarios à deux régions :

Scénarios appliqués à l'Aquitaine

Scénario bas Aquitaine	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatres (ensemble)	712	691	720	775	849
densité de psychiatres (ensemble)	20,4	19,8	20,7	22,3	24,4
Psychiatres (salariés)	385	416	445	480	533
densité de psychiatres (salariés)	11,1	11,9	12,8	13,8	15,3

Scénario haut Aquitaine	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatres (ensemble)	758	755	809	912	1 022
densité de psychiatres (ensemble)	21,8	21,7	23,2	26,2	29,3
Psychiatres (salariés)	416	464	517	586	649
densité de psychiatres (salariés)	11,9	13,3	14,9	16,8	18,6

Scénarios appliqués à la Lorraine

Scénario bas Lorraine	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatrie	340	334	355	366	396
densité de psychiatres (ensemble)	14,5	14,3	15,1	15,7	16,9
Psychiatres (salariés)	213	213	232	232	249
densité de psychiatres (salariés)	9,1	9,1	9,9	9,9	10,7

Scénario haut Lorraine	2020	2025	2030	2035	2040
Psychiatrie	364	389	406	443	488
densité de psychiatres (ensemble)	15,6	16,6	17,3	18,9	20,9
Psychiatres (salariés)	233	257	272	291	314
densité de psychiatres (salariés)	9,9	11	11,6	12,4	13,4

ANNEXE 4 : Charte des CMP

Dans un communiqué de juillet 2019 présentant les grands principes d'organisation et de fonctionnement des CMP, la conférence des présidents de CMP du CHS rappelle les points suivants :

- Le CMP assure un égal accès à des soins sécurisés et de qualité à la population en termes d'accessibilité, de proximité, de continuité. Ses plages horaires correspondent aux besoins du publics et les soins y sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie.
- L'activité du CMP s'inscrit à l'échelon sectoriel sauf en cas de thématique dédiée (addictologie, personnes âgées...).
- Le CMP est d'accès aisé dans des délais satisfaisants et en tout point du territoire sectoriel.
- Son équipe est pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, infirmier, assistant socio-éducatif, secrétaire, orthophoniste, psychomotricien, assistance sociale) sous la responsabilité d'un psychiatre. Elle garantit la liberté de choix du patient.
- Ses missions comprennent l'organisation et la mise en place d'action de prévention et de soins sur son territoire (repérage précoce, consultations et entretiens individuels, thérapies de groupe, prises en charge spécifiques, éducation à la santé, télémédecine, participation au CLSM...).
- L'accueil prévoit un entretien d'évaluation et d'orientation de préférence sur RDV et réalisé par un infirmier du CMP. Les RDV spécialisés sont ensuite proposés dans les délais adaptés à la nécessité des soins. Une réponse est également organisée pour les situations d'urgence ou non programmées.
- Une consultation avec un psychiatre est mise en place dans un délai adapté à la situation clinique du patient.
- La conduite à tenir en cas de rupture de soins est définie et ses modalités sont anticipées avec le patient sous forme de directives conjointes (contact du généraliste ou de tiers, visite au domicile, etc.). Une attention est portée sur les périodes de relais de prise en charge (sorties d'hospitalisation, relais psychiatrie infanto-juvénile/générale/personnes âgées...) tant au plan médical que social (hébergement, ressources, protection des biens...)
 - Sont prévues des actions avec les partenaires du champ médico-social et social, maison de santé, CCAS de son territoire avec lesquelles il peut être conventionné ; des actions d'information et de communication à destination de nombreux acteurs (médecins généralistes, IDE libéraux, pharmacien, associations, élus...) ainsi que la population générale sont mises en place afin de contribuer à la lisibilité et à la visibilité de ce soin de proximité. La participation à des réunions de concertation professionnelles (RCP) peut être envisagée. L'équipe de CMP peut être mobile et assurer les soins dans le cadre de visite à domicile avec l'accord préalable du patient
- Une réunion clinique pluriprofessionnelle, de préférence hebdomadaire, animée par un psychiatre et organisé et assure la coordination des suivis avec les autres acteurs du parcours de soins et en identifie les risques de rupture.

ANNEXE 5 : Effets du confinement et de la pandémie à coronavirus sur la santé mentale

- Retour d'expériences de la gestion et des effets du Covid-19 sur la santé mentale

Depuis le début du mois de juin, des chefs de service d'Ile-de-France ont alerté sur la recrudescence de décompensation aiguë (bouffée délirante, épisodes schizophréniques, *décompensations sévères de troubles de l'humeur ...*), certains évoquant un *triplement des urgences*", et « *des équipes surmobilisées par un afflux de patients présentant des tableaux cliniques d'une grave sévérité*"²²⁷.

Les professionnels de santé avaient prévenu des risques psycho-traumatiques liés à la crise du Covid-19, et l'ONU avait même fait part de sa "*préoccupation*" à ce sujet, dans un communiqué du 18 mai²²⁸.

Selon le Pr Leboyer, « la deuxième vague du coronavirus pourrait être d'ordre psychiatrique »²²⁹ pointant une augmentation du nombre de consultations en psychiatrie pour dépressions et pathologies anxieuses chez des personnes qui n'ont jamais été malades auparavant, vraisemblablement en lien avec les situations difficiles vécues pendant le confinement, à l'anxiété, au stress, au deuil que certains ont éprouvé²³⁰. Elle ajoute que la fréquence troubles consécutifs au confinement est encore susceptible d'augmenter avec les difficultés économiques et/ou financières très à risque de pathologie dépressive et anxieuse.

Il faut également anticiper la survenue de troubles psychiques chez une partie des soignants qui ont vécu des moments très douloureux pendant la pandémie ainsi que chez une partie des personnes infectées par le Covid-19²³¹, notamment celles présentant des signes d'inflammation persistants qui peuvent faire le lit de la dépression.

- Plusieurs études récentes appuient ce constat :

The Lancet a publié une revue de littérature sur l'impact psychologique des mesures de quarantaine et de confinement ciblé mis en œuvre dans le cadre de précédentes pandémies en proposant des mesures pour en réduire les effets négatifs²³². Cette revue a cependant pour limite de ne porter que sur des situations d'exposition avérée ou potentielle au risque infectieux et qui ne sont

²²⁷ Toujours sur France info, le 18 juin dernier, le Dr Mouaffak, psychiatre à Ville-Evrard, compare cet afflux massif de patients psychiatriques à ce qui s'est vu aux urgences en 2003 avec la canicule. Il y a énormément de rechutes et de décompensations psychotiques en cascade

²²⁸ L'ONU préoccupée par l'impact durable de la COVID-19 sur la santé mentale

²²⁹ France Info 28/06/2020.

²³⁰ Lors de la pandémie de Sars en 2003, il y aurait ainsi eu une augmentation de 30% des dépressions, associée à une tristesse de l'humeur. D'après le Pr Leboyer, les psychiatres italiens ont également décrit une augmentation de 30% d'épisodes dépressifs chez des personnes qui ont eu une infection par le Covid-19. Par ailleurs, la plateforme téléphonique « Covid écoute » (mise en place par la fondation FondaMental), a permis d'objectiver que 69% des appelants qui présentaient une dépression et des troubles anxieux pour la première fois de leur vie étaient des femmes qui avaient eu à vivre des situations difficiles à gérer à la maison à cause du confinement : le télétravail, les enfants, la maison, quelquefois des situations de violence.

²³¹ De nombreuses personnes infectées par le Covid-19 se plaignent d'une fatigue persistante, parfois d'une tristesse de l'humeur, d'un manque d'énergie et de motivation et/ou des troubles du sommeil devant lesquels il faut penser à dépister une dépression.

²³² The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin, Lancet 2020; 395: 912–20, Published Online February 26, 2020 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).

à ce titre que partiellement prédictives des conséquences d'un confinement de l'ensemble de la population générale *a priori* non exposée au risque.

- En tout état de cause, ce travail a permis d'identifier des facteurs de stress pendant le confinement qui incluaient notamment une durée de plus de 10 jours, l'ennui, la frustration et le sentiment d'isolement causé par le confinement et par la réduction des contacts physiques et sociaux, l'inadéquation de l'information transmise par les autorités de santé concernant les bonnes pratiques, la confusion sur l'objectif du confinement, l'absence de clarté sur les niveaux de risque, l'absence de transparence sur la sévérité de la pandémie ainsi que l'absence de protocoles et de guides de conduite clairs.
- D'autres facteurs de stress post-confinement constatés par cette revue de littérature comprenaient les conséquences économiques de la perte de revenus à l'origine d'une détresse socio-économique, la détresse socio-économique globale, la fragilisation importante des travailleurs indépendants (en l'absence de mécanisme protecteur), la précarisation des personnes déjà les plus fragiles au niveau économique et travaillant dans les métiers ne pouvant s'effectuer par télétravail, les difficultés à reprendre le travail, ainsi que la tension dans les couples liée aux types d'activités professionnelles plus ou moins à risque de chacun des partenaires ;
- Parmi les recommandations des auteurs figuraient la mise en place d'un dispositif animé par des professionnels de santé pour répondre aux personnes souffrant d'anxiété et de dépression (avec un focus particulier sur la gestion du stress lié au Covid-19 des enfants et des adolescents) et la création de numéros verts pour réduire l'ennui et le sentiment d'isolement social (groupes de soutien et d'échanges en ligne sur le vécu d'expérience du confinement, encourager les personnes pour renforcer l'adhésion et l'observance des mesures de confinement, mise en place des stratégies d'accompagnement psychosocial des mesures liées au confinement afin de le rendre plus acceptable.

En prise plus direct avec le sujet, une **enquête portant sur le degré de détresse psychologique de la population chinoise** suite à l'épidémie de Covid-19 a permis de collecter 52 730 réponses grâce à un auto-questionnaire à remplir en ligne, et portant sur la fréquence de l'anxiété, de la dépression, des comportements d'évitement et des symptômes physiques au cours de la dernière semaine²³³.

- 35 % des répondants (2/3 de femmes) ont fait état d'un stress psychologique modéré, et 5,14 %, d'un stress sévère. Cette détresse touchait davantage les individus jeunes (âgés de 18 à 30 ans) ou ceux de plus de 60 ans. Elle était plus élevée dans les épicentres de l'épidémie.
- En conséquence, les auteurs de l'étude suggèrent de prêter une attention aux besoins spécifiques des groupes vulnérables (jeunes de 18 à 30 ans, personnes âgées), de déployer des services de soutien et d'accompagnement tels que ceux mis en place dans les situations de désastres majeurs et d'engager des actions ciblées pour réduire le stress et prévenir les troubles psychiques ultérieurs

²³³ A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations, Jianyin Qiu, Bin Shen, Min Zhao, Zhen Wang, Bin Xie and Yifeng Xu, *BMJ*, volume 33, issue 2, 1 avril 2020.

Une autre étude transversale en ligne²³⁴ a été menée du 31 janvier au 2 février 2020 lors de la crise de COVID-19 à Wuhan, en Chine auprès de 4872 citoyens âgés de 18 ans et plus issus de 31 provinces et régions autonomes chinoises avec l'objectif de mesurer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein d'un échantillon représentatif de la population chinoise et l'association de ces problèmes avec l'exposition aux médias sociaux.

Outre la démographie et l'exposition aux médias sociaux, la dépression a été évaluée par la version chinoise de l'OMS-Five Well-Being Index (WHO-5) et l'anxiété a été évaluée par la version chinoise de l'échelle des troubles anxieux généralisés (GAD-7). Des régressions logistiques multivariées ont été utilisées pour identifier les associations entre l'exposition aux médias sociaux et les problèmes de santé mentale après contrôle des covariables.

- La prévalence de la dépression était de 48,3 %, celle de l'anxiété de 22,6 % et celle de la combinaison de dépression et d'anxiété de 19,4 %, les prévalences d'anxiété et d'anxiété-dépression étant significativement plus élevées chez les personnes qui s'étaient le plus exposées aux médias sociaux.

En France, enfin un dispositif d'enquête déployé depuis le 23 mars avec BVA par Santé publique France auprès de 2000 internautes de 18 ans et plus a permis d'évaluer la prévalence de troubles psychiques (en particulier anxio-dépressifs) au sein de la population et d'identifier les segments de population les plus vulnérables pendant cette période de confinement.

- Entre 22 % (2ème vague d'étude) et 27 % (1er vague d'étude) des répondants de l'échantillon ressentent un état d'anxiété, niveaux nettement supérieurs à celui observé en population générale en 2017 (13,5 %).
- Les facteurs associés à une plus forte anxiété sont le sexe féminin, un âge inférieur à 50 ans, le fait d'être dans une situation financière difficile, d'être actuellement en situation de télétravail, d'être parents d'enfant de 16 ans et moins, d'avoir un proche ayant des symptômes évocateurs du COVID-19, de percevoir le COVID-19 comme une maladie grave, d'avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du virus, de se sentir peu capable d'adopter les mesures préconisées et d'avoir peu confiance dans les pouvoirs publics.
- Complétant ces vagues de sondage, une étude de l'IRDES²³⁵ a cherché à déterminer l'ampleur de la survenue de détresse psychologique dans la population générale au cours des premières phases du confinement, et d'en identifier les facteurs associés afin de repérer des publics vulnérables nécessitant un soutien. Une première vague d'enquête internet a été diffusée entre le 3 et le 14 avril 2020 en mobilisant un échantillon de personnes de 18 ans ou plus, représentatives de la population française vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine.

²³⁴ Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak Junling Gao, Pinpin Zheng, Yingnan Jia, Hao Chen, Yimeng Mao, Suhong Chen, Yi Wang, Hua Fu, Junming Dai April 16, 20 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

²³⁵ Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020

- La survenue d'une détresse psychologique a été observée chez un tiers des répondants (aggravation des problèmes de tension ou stress, de sommeil ou de concentration et du sentiment d'être malheureux ou déprimé) dont 12 % présentaient une détresse d'intensité sévère. La vulnérabilité à l'épidémie ne semblait pas être le déterminant principal de la survenue de détresse psychologique. Certains segments de la population à risque ont été identifiés, notamment les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés et celles dont la situation financière s'est dégradée.
- Ainsi, le confinement affecterait plus fortement des populations déjà vulnérables, renforçant des inégalités préexistantes. Ces premiers résultats encouragent le développement d'actions ciblées à destination de ces publics pour favoriser leur accès aux soins de santé mentale ou pour modérer l'impact social et économique d'éventuelles nouvelles mesures de confinement. D'autres résultats issus des vagues suivantes de l'enquête COCLICO devraient mieux cerner la persistance des effets au cours du temps ainsi qu'à la suite du déconfinement
- Devant de telles perspectives, certains professionnels du secteur de la santé mentale rencontrés par la mission attirent l'attention des **autorités concernant la nécessité d'anticiper et d'accompagner ce flux de demande en renforçant le dispositif de soins psychiques déjà en tension.**

Ils insistent également sur l'importance de pouvoir documenter et évaluer les conséquences du confinement ainsi que les types de troubles psychiques observées chez des patients présentant un Covid-19.

Outre la mobilisation notable des personnels soignants pour prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiques, des réponses d'ordre plus général ont été apportées dans l'urgence, pour répondre à ces personnes en souffrance.

Pour faciliter l'accès aux professionnels mobilisables en cas de besoin (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, associations), un espace dédié à la santé mentale a été créé sur le site internet de Santé publique France permettant de recenser tous les dispositifs d'aide à distance, classés selon les thématiques (violence, deuil, détresse psychologique, addictions, parentalité...).

Par ailleurs, Santé publique France, en collaboration avec le Ministère en charge de la santé et le Service d'Information du Gouvernement, a développé une série de vidéos courtes et informatives « Ma vie au quotidien » pour aider les Français à vivre le mieux possible les semaines de confinement dont une aborde le stress que génère cette période et prodigue des conseils simples. Le ton est rassurant : ressentir de l'inquiétude et de l'angoisse pendant cette période est bien légitime mais il est aussi possible de trouver des parades pour éviter que cela ne s'installe. La vidéo renvoie vers le n° vert d'appel téléphonique 0 800 130 000 dédié au soutien psychologique mis en place par le gouvernement.

Afin de venir en aide à ceux qui se retrouvent fragilisés par cette période inédite, le Samu Social International a par ailleurs lancé une plateforme d'écoute téléphonique : SOS Confinement.

Le 0800 19 00 00 est une méta-plateforme d'écoute médico-psycho-social disponible 7j/7 de 9h à 21h où acteurs sociaux et médecins écoutent, informent et orientent les personnes isolées et/ou en souffrance du fait du confinement, avec une attention particulière aux personnes n'ayant pas accès à internet. Le système est pensé pour pouvoir converser 20 minutes avec l'appelant. L'objectif est de calmer les angoisses et décharger le 15.

Le numéro vert fonctionne comme une sorte d'agora qui peut permettre :

- D'avoir la possibilité de parler et d'être écouté et de lutter ainsi contre l'isolement ;
- De poser des questions et de recevoir des informations pertinentes et rassurantes sur la crise en cours et les pratiques conseillées ;
- D'être orienté au besoin vers des interlocuteurs spécialisés (psycho-sociaux et/ou médicaux) et des structures pouvant répondre de manière appropriée à leur stress.

Il fonctionne ensuite comme « méta-plateforme » car ce dispositif s'inscrit dans une démarche de complémentarité et de coordination avec les autres approches existantes. Le centre d'appel est appuyé par un groupe relais qui récence les services et centres d'appels plus spécialisés existants ou mis en œuvre dans le cadre de la crise, puis d'envisager avec eux les modalités d'interactions et transferts d'appels possibles pour orienter au mieux les appelants vers les services spécifiques les plus appropriés à leurs besoins

SIGLES UTILISES

ACT : appartement de coordination thérapeutique
ADELI : automatisation des listes
ALD : affection de longue durée
ALICE : antenne de liaison et d'intervention de crise en psychiatrie
ANAP : agence nationale d'Appui à la Performance
APL : accessibilité potentielle localisée
ARS : agence régionale de santé
AT : appartement thérapeutique
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BAPU : bureau d'aide psychologique universitaire
CAC : centres d'accueil et de crise
CADA : centre d'accueil des demandeurs d'asile
CAMSP : centre d'action médico-social précoce
CAMUS : centre d'accueil médico-psychologique universitaire de Strasbourg
CAP : centres d'accueil permanent
CAARRUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CAUT : centres d'accueil d'urgence et de transition
CCAS : centre communal d'action sociale
CESAM : CEntre de SAnté Mentale
CH : centre hospitalier
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS : centre hospitalier spécialisé
CHU : centre hospitalier universitaire
CJC : consultation jeune consommateur
CLSM : conseil local de santé mentale
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre médico-psychologique

CMPP : centre médico-psycho-pédagogique
CNAM: caisse nationale d'assurance maladie
CNIGEM : collectif national inter-GEM
CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : caisse primaire de l'assurance maladie
CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP : code de la santé publique
CT : communauté thérapeutique
CTR : centres thérapeutiques résidentiels
DAC : dispositif accueil et crise
DAF : dotation annuelle de financement
DARIC : dispositif d'accompagnement au rétablissement et à l'insertion dans la cité
DIRP : domicile inconnu en région parisienne
DMP : dossier médical partagé
DREES : direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques
DSP : dispositif de soins partagés
DSPP : dispositif de soins partagés en psychiatrie
DSS : direction de la sécurité sociale
ECG : électrocardiogramme
EDC : épisode dépressif caractérisé
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMILI : équipe mobile d'intervention et de liaison intersectorielle
EPIC : équipe psychiatrique d'Intervention et de crise
ERIC : équipe rapide d'intervention de crise
ESMS : établissement ou service social ou médico-social
ESPIC : établissements privés d'intérêt collectif
FAM : foyers d'accueil médicalisés
FINESS : fichier national des établissements sanitaires et sociaux

FIR : fond d'intervention régionale
FNAPSY : fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
GCLSM : groupe de coordination locale en santé mentale
GEM : groupes d'entraide mutuelle
HAS : haute autorité de santé
HCSP : haut conseil à la santé publique
IDE : infirmier diplômé d'État
IGAS : inspection générale des affaires sociales
INSEE : institut national des statistiques et des études économiques
INSERM : institut national des sciences et de la recherche médicale
IPA : infirmier en pratique avancée
IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé
MAS : maison d'accueil spécialisée
MDA : maison des adolescents
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
OCDE : organisation de coopération et de développement économique
OMS : organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONU : organisation des nations-unis
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PTA : plateforme territoriale d'appui
PTSM : projets territoriaux de santé mentale
QALY : quality adjusted life year
RBPP : recommandation de bonnes pratiques professionnelles
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire
RIM-P : recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
RTC : retraitement comptable.
SAE : statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAU : services d'accueil des urgences

SDF : sans domicile fixe

SECOP : service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique

SIUMPS : service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

SMAUP : service médical d'accueil des urgences psychiatriques

SPF : santé publique France

SPH : syndicat des psychiatres hospitaliers

SSR : service de soins et de rééducation

SUMPS : service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

TCA : troubles des comportements alimentaires

UMES : unités mobiles d'évaluations et de soins psychiatriques

UNAPEI : union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales, et de leurs amis

URPS : union régionale des professionnels de santé