

Le CMP unique ordonnateur des soins

Le CMP pivot du secteur ?

Depuis maintenant plusieurs décennies, les équipes psychiatriques accompagnent, sur l'ensemble du territoire national, de profondes mutations des dispositifs de soins, tout en conservant intangible le principe du secteur.

Pour de multiples raisons, les capacités en lits ont progressivement diminué, au point que là où cette évolution n'a pu s'accompagner de changements d'ampleur comparable en amont et en aval, la réponse avancée est souvent de réévaluer la capacité en hospitalisation complète.

Toutefois, en accompagnant résolument la diminution de la capacité d'accueil en hospitalisation complète, certaines équipes ont pu développer des réponses plus efficaces en amont et en aval de l'hospitalisation. Les articulations avec les urgences à l'hôpital général se sont renforcées. La présence durable des équipes psychiatriques y est maintenant couramment admise.

La réponse en ambulatoire, souvent privilégiée, soulage la pression sur l'hospitalisation.

Par ailleurs, de nombreuses initiatives dépassent largement la stricte limite du secteur et, dans un souci de recherche d'efficacité, inscrivent leurs actions de soins et de prévention dans l'espace plus vaste, et sans doute plus pertinent, que représente le territoire de santé.

Les réponses pluri-sectorielles se structurent aussi bien au niveau de l'hospitalisation que de l'ensemble des outils jusqu'à maintenant mis à disposition des secteurs.

On observe notamment, dans la recherche de synergies, le développement de CMP à dimensions pluri-sectorielles qui vont, pour les équipes qui les mettent en place, de la simple recherche d'un espace immobilier partagé avec parfois un dispositif commun d'accueil, à la création d'outils de pilotage commun des réponses apportées à l'échelle d'un territoire de santé.

Cette dernière démarche est d'ailleurs parfois corrélée, mais encore rarement, au regroupement en pôles au sein de l'hôpital.

Quelle que soit la taille du CMP et quel que soit son projet, la plupart des équipes déplorent l'allongement des délais de réponses aux demandes de consultations. Le manque de moyens est, en général, mis en avant pour expliquer ces difficultés.

Pour tenter d'apporter un éclairage à ces problématiques, la MEAH a initié, depuis quelques mois, une démarche fondée sur l'analyse du fonctionnement de huit CMP, et l'identification des mécanismes susceptibles de conduire à des blocages, afin de dégager un certain nombre de propositions d'amélioration organisationnelle.

Sans anticiper sur les résultats de cette étude, nous pouvons d'ores et déjà tenter de dégager, au travers des multiples expériences de CMP recensées par la Mission d'appui en santé mentale sur l'ensemble du territoire national, quelques principes généraux sur lesquels la créativité des équipes pourrait s'appuyer pour développer des outils performants adaptés aux territoires desservis, intégrés dans le dispositif global de soins, respectant les particularités locales et répondant au mieux aux besoins des populations.

I Le pivot ? Quel pivot ?

1) État des lieux

Quelles que soient les pratiques, les expériences et les engagements des équipes, si elles sont interrogées sur ce qu'est un CMP, elles répondront toutes de façon unanime, unanimité qu'il convient de souligner car elle est rare en psychiatrie, « *c'est le pivot du secteur ! ...* ».

Mais qu'en est-il vraiment de ce fameux pivot ? Que signifie-t-il pour les uns et les autres ? Peut-on préciser cette notion ?

Les réponses sont hétérogènes et parfois divergentes, tantôt peu affirmées, tantôt marquées par

S O M M A I R E

P1

Le CMP pivot du secteur ?

P4

CMP : le cadre juridique

P5

Mise en place d'un Centre d'accueil et de soins psychiatriques (CASP) à Rouen

P6

Le CMP : partenaire des élus

P8

Évaluation du handicap psychique. Appel à candidature pour les équipes de terrain

des certitudes dogmatiques qui, confrontées à l'expérience, ne vont pas, pour autant, être toujours confirmées. Dans la réalité, de nombreuses structures présentées comme « *pivot du secteur...* » ne sont pas en mesure d'assumer le rôle majeur, attendu d'elles, dans le dispositif sectoriel.

2) Les obstacles :

● L'implantation du CMP.

Souvent ancienne, sa localisation n'est parfois plus pertinente au regard des évolutions géopopulationnelles et notamment des évolutions de l'habitat.

● La desserte des CMP.

L'évolution de l'urbanisation s'est accompagnée du développement des transports en commun ce qui, dans certains cas, renforce l'isolement des CMP non desservis.

● Les découpages sectoriels.

Ceux-ci ne corrigent pas l'inégalité d'accès aux soins car il est fréquent que l'implantation d'un CMP ne tienne pas compte de l'évolution des découpages sectoriels.

Deux usagers d'un même quartier séparés par une simple rue peuvent être l'objet de traitements bien différents, avec la possibilité pour l'un de consulter à proximité de son lieu d'habitation, quand l'autre se voit contraint à un déplacement de plusieurs kilomètres, sans pouvoir même bénéficier des facilités de transports en commun.

● Le phénomène d'embolisation au niveau des consultations.

Il est souligné de façon quasi unanime par les équipes qui affichent, parfois, des délais entre la première demande et la réalisation de la consultation qui peuvent aller de plusieurs jours à quelques semaines, voire plusieurs mois. De telles difficultés contribuent à renforcer les flux sur les urgences et, en corollaire, à saturer inévitablement l'hospitalisation.

● La qualité des locaux.

Dans leur grande majorité, les locaux ne sont pas adéquats à l'utilisation pour des activités de soins. Il s'agit, le plus souvent, d'anciennes maisons d'habitation peu à même d'être facilement et rationnellement aménagées. Ces locaux sont peu accessibles, peu fonctionnels, mal insonorisés et, finalement, mal investis par les équipes qui y travaillent. Ils sont aussi mal repérés, tant par les professionnels susceptibles de s'y référer que par les usagers qui pourraient y être adressés.

● Les moyens affectés aux CMP.

On peut observer, ces dernières années, une paupérisation constante des équipes infirmières pour lesquelles l'affectation préférentielle et dominante demeure les lieux d'hospitalisation.

Les équipes infirmières des CMP demeurent la variable d'ajustement des tensions régulières, concernant les effectifs, qui sont liées aux problèmes de recrutement ou d'absentéisme au sein de l'hôpital. Face à l'obligation de maintenir des effectifs de sécurité, les arbitrages peuvent encore se faire au détriment du respect de la continuité du travail ambulatoire.

Le recrutement de personnels disposant d'une très bonne expérience en psychiatrie est parfois difficilement conciliable avec la nécessité de favoriser la mobilité et la formation des jeunes diplômés.

La taille de certains CMP ne permet pas toujours de disposer d'un temps de secrétariat pour assurer un fonctionnement compatible avec ses missions de « CMP Pivot ».

● L'équipement des CMP.

Il est, trop souvent, nettement insuffisant (cf. Équipements informatiques, téléphones portables, répondeurs, transferts de ligne, etc.). Dans la plupart

des cas, il ne permet pas aux équipes d'échanger en temps réel avec l'ensemble des structures du secteur, notamment avec les urgences à l'hôpital général et avec les unités d'hospitalisation.

3) Les raisons des dérives

Plusieurs facteurs ont conduit à ces situations. Si l'on tente de se situer hors du registre d'une plainte peu constructive, nous en relèverons quelques-uns :

● **Des initiatives et des projets innovants**, visant à inscrire le CMP dans une dimension intersectorielle comme pivot dans l'organisation du secteur, sont encore très faiblement soutenus.

● **Les CMP, quoi qu'on puisse en dire, sont encore peu investis par les psychiatres** qui n'y passent le plus souvent que quelques heures de leur temps, avec un risque d'éparpillement encore plus grand si ces structures sont de faible importance quant à leur activité et ont trop essayé sur l'aire sectorielle. Nous observons aussi le manque d'anticipation des directions vis-à-vis des CMP pour qu'ils deviennent demain la pièce maîtresse du dispositif. Ces démarches volontaristes, qui consistent à donner à ces structures les moyens de fonctionner en les extrayant de la précarité générale dans laquelle elles se trouvent le plus souvent, sont encore rares.

On peut même voir, actuellement, des équipes particulièrement dynamiques et créatives qui portent, presque en vain, des projets de CMP innovants, par exemple par leurs dimensions intersectorielles, par leur volonté de dépasser les contraintes et parfois aussi les incohérences liées à une application rigide et tâtonne du secteur en milieu urbain, qui ne sont pas soutenues dans leurs projets ni par la direction hospitalière ni par les autorités de tutelle à la hauteur de leurs ambitions.

● **On doit se poser la question de la taille critique d'un CMP**, et ne pas demander à une structure trop petite d'assumer une mission sans en avoir les moyens. On voit trop de lieux de consultations éparpillés, surtout en milieu rural, qui, sous couvert d'une volonté de se rapprocher de la population, ne sont ni plus ni moins que des antennes qui n'assurent que des prestations séquentielles. On entend souvent que la demande en justifie le maintien, mais à quel prix, pour quelle qualité de soins ? Le risque est de fragiliser, voire d'altérer le fonctionnement d'un dispositif ambulatoire en le morcelant.

On ne peut, par ailleurs, que souligner des faits quasi constants dans le dispositif organisationnel des secteurs qui reflètent une certaine incohérence de nos positions :

● **Comment peut-on prétendre, en effet, que le CMP est le pivot du secteur alors que la majeure partie des effectifs de ces mêmes secteurs demeure toujours concentrée au niveau de l'hospitalisation ?**

L'installation d'équipes médicales et des secrétariats dans les CMP est rendue souvent impossible par le *niveau d'installation et d'équipement dans les CMP*. Une réelle installation d'une équipe médicale au sein d'un CMP ne pourra pas se faire dans des locaux souvent mal équipés où n'est, finalement, proposé que le partage de quelques bureaux polyvalents et miséreux.

Il faut également souligner qu'il n'est pas si rare de voir encore des équipes continuer à cautionner la rénovation, voire la construction, de CMP intramuros, dans des sites qui restent bien excentrés par rapport aux populations à desservir.

● **Chacun porte sa part de responsabilité dans ce manque de soutien à l'accompagnement et à l'évolution de la place des CMP dans le dispositif**, en n'ayant pas su, ni parfois voulu, mettre réellement en évidence l'activité de ces structures dont les équipes n'ont, en général, ni eu ni parfois se sont donné les moyens d'une *politique d'évaluation rigoureuse*.

N'est-il pas temps de militer pour leur développement et leur renforcement en se référant à quelques bases communes, décisives, critères sur lesquels tout CMP devrait s'appuyer pour prétendre qu'il en est vraiment un, sachant que, dans le respect de ces quelques exigences, chaque équipe développerait bien naturellement son activité en fonction de sa créativité, de son projet et des particularités géopolitiques et géodémographiques locales ?

C'est pourquoi aujourd'hui, au-delà des incantations et des plaintes, puisque les constats quant aux dysfonctionnements de nos CMP sont établis et les problématiques souvent identifiées, il paraît indispensable de conforter cette nécessaire évolution pour développer et renforcer le rôle des CMP.

II Exigences et critères de fonctionnement.

La définition des bases et critères communs sur lesquels les différents CMP peuvent s'appuyer pour développer leur projet, en s'adaptant aux particularités organisationnelles, géopopulationnelles et politiques, nous paraît nécessaire. Nous allons donc tenter de repreciser ces exigences, ces bases du fonctionnement d'un CMP, en sachant, parce qu'elles sont indissociables les unes des autres, qu'elles ont toutes une égale importance, même si le rappel de certaines d'entre elles, à qui l'on peut prêter un caractère mineur, peut faire sourire.

● Le CMP est l'unique ordonnateur des soins du secteur psychiatrique sur l'aire sectorielle qu'il dessert.

C'est son équipe qui est garante du projet de soins pour l'ensemble des patients et c'est donc elle qui va organiser, au sein du dispositif, la trajectoire de ces derniers en leur permettant de bénéficier, de façon coordonnée et adaptée à leur état, de prestations ambulatoires ou à caractère hospitalier.

● C'est, plus généralement, le CMP qui est garant de la politique publique de santé mentale conduite sur l'aire qu'il dessert, en coordination avec les partenaires du territoire.

Il est en lien avec tous les acteurs de la vie sociale, élus locaux, travailleurs sociaux, associations, représentants de l'ordre, impliqué dans les réseaux, au carrefour de toutes les actions de préventions, résolument inscrit sur un mode militant dans toutes les actions qui visent à maintenir dans la cité les patients dont il a la charge.

Les liens qu'il entretient avec les secteurs du médico-social et du MCO se doivent d'être constants et les réponses se faire en temps réel.

Idéalement implanté sur l'aire qu'il dessert, il est ouvert à toutes demandes venant de ces acteurs.

● Il est clairement repéré comme pilote du dispositif sectoriel et, à ce titre, il est reconnu et clairement identifié comme le seul point d'accès aux soins pour les patients qui lui sont adressés ou qu'il est amené à rencontrer sur l'aire sectorielle qu'il dessert et ailleurs.

Il est non seulement garant des prises en charge mais, par son action continue au quotidien, il soulage la pression sur l'hospitalisation et donne plus de disponibilité à cet outil.

Ce décentrage dans le pilotage du dispositif sectoriel conduit à ce que *l'hospitalisation, qu'elle soit complète ou séquentielle, devient un outil parmi d'autres dans la palette de l'offre de soins, mise en place et pilotée à partir du CMP.*

L'ensemble du dispositif sectoriel est alors clairement piloté à partir du CMP. Par ailleurs, aucune hospitalisation ne doit se décider des urgences sans que l'équipe du CMP ne l'ait validée après avoir, en concertation, étudié toutes les alternatives d'orientation, dont la possibilité d'accueil et de prise en charge immédiate en CMP.

● **C'est pourquoi le CMP doit accueillir et prendre en charge en temps réel tout sujet se présentant en urgence**, qu'il vienne de lui-même, qu'il y soit adressé par un médecin ou par tout autre acteur du secteur quel qu'il soit. C'est au CMP que le projet de soin du patient est initié et c'est le CMP qui en sera le seul garant.

Par sa capacité à répondre en temps réel, le CMP permet ainsi de soulager la pression qui s'exerce inévitablement sur les urgences du ou des hôpitaux généraux implantés dans sa proximité.

Dans une telle organisation, la mission d'un CMP n'est plus de recevoir et de répondre aux demandes en les différant et d'orienter de principe tout ce qui peut avoir caractère d'urgence sur les accueils médico-psychologiques d'hôpitaux généraux (au risque de les surcharger). Il s'agit, au contraire, d'établir avec les équipes de psychiatrie qui interviennent de façon pérenne aux urgences porte des liens très forts, soit en acceptant leurs demandes d'orientation immédiate sur le CMP qui joue alors un rôle essentiel dans la réponse à l'urgence, soit en étant garant d'un projet de soins qui peut débiter directement par l'hospitalisation.

● **C'est dans le respect de ce type de fonctionnement que le CMP parviendra à soulager la pression en amont de l'hospitalisation**, mais il doit également se positionner en aval de cette même hospitalisation en facilitant la réussite de la sortie du patient, avec qui un contact doit être pris par l'équipe du CMP pour organiser sa prise en charge et son suivi dès qu'il sort de l'unité d'hospitalisation (voire avant lorsque cela paraît opportun), sans différer cette rencontre de plus de quelques jours, au risque d'altérer toute possibilité d'alliance thérapeutique et d'une rechute nécessitant une réhospitalisation.

Dès lors que l'hospitalisation ne se justifie plus, dès la décision de sortie prononcée, le CMP doit recevoir ou visiter le patient en se donnant pour impératif de garantir le relais de prise en charge, sans ralentir le processus de la sortie une fois décidée.

C'est dans le respect de tels principes de fonctionnement et de positionnement du CMP et de son équipe que bien des hospitalisations ou réhospitalisations seront évitées.

Le dispositif organisationnel.

Sur la base de ces principes de fonctionnement, un certain nombre de règles d'organisation nous paraissent devoir être défendues :

● Les plages d'ouverture d'un CMP.

Elles s'imposent d'elles-mêmes chaque jour de la semaine, du lundi au vendredi, voire le samedi matin et ce, le matin, de la fin de la garde, au soir le début de la garde. Au-delà de la question du renforcement des moyens, cette organisation va impacter le fonctionnement propre des équipes en accroissant le besoin de synergies entre les différents professionnels intervenants au CMP.

● Le secrétariat d'un CMP.

Il assure notamment l'accueil et la gestion en temps réel du dossier patient. Il est doté des effectifs nécessaires pour assurer une permanence pendant les plages horaires d'ouverture du CMP, tout au long de l'année.

Il est en lien permanent avec les urgences, les unités d'hospitalisations et l'ensemble des structures et équipes du secteur.

Il est garant du lien nécessaire entre tous les acteurs de l'équipe. Il assure la transmission et la traçabilité de l'information relative aux patients. Il s'assure de la bonne organisation et de la bonne gestion des rendez-vous.

Il veille au bon recueil de l'information, en termes d'évaluation, afin que l'équipe du CMP puisse disposer d'indicateurs permettant une bonne mesure de l'activité et des flux afin de, constamment, pouvoir adapter l'offre

à la demande et à l'évolution des besoins des patients.

Les effectifs des secrétariats doivent être suffisants pour que la continuité des missions soit assurée, les locaux adaptés à l'accueil de la clientèle et au traitement de l'information nécessitant une bureautique performante.

● Au niveau infirmier.

La permanence pendant l'ouverture permet l'accueil en première intention et l'évaluation des situations cliniques.

Il faut s'interroger sur ces pratiques, encore observées dans certaines structures, qui consistent à médicaliser impérativement le premier accueil au CMP, ce qui est un inévitable facteur d'embolisation du dispositif.

D'autres professionnels, comme les psychologues et les travailleurs sociaux, doivent également s'impliquer dans les missions d'accueil.

● Au niveau médical.

Si on admet que le CMP est réellement le pivot du secteur, il doit être clairement investi par les praticiens.

On ne doit plus appeler CMP une unité qui ne bénéficie que d'une présence médicale sporadique de quelques heures par semaine.

Pour remplir ses missions de pivot du dispositif sectoriel, le CMP doit bénéficier d'une présence médicale tout au long de la semaine, la présence quotidienne d'une demi-journée étant un minimum.

Une telle réorganisation n'est envisageable qu'au sein de CMP de taille suffisante, ce qui oblige soit à développer des synergies et des regroupements intersectoriels dans les espaces urbains partagés en plusieurs secteurs, soit à n'identifier qu'un seul CMP fonctionnel pour certains secteurs, respectant les critères ci-dessus exposés (CMP auxquels peuvent venir s'adosser quelques antennes de consultations avancées ouvertes sur des temps précis et limités). Il paraît illusoire de laisser se développer en milieu rural des CMP qui n'en auront que le nom.

Il convient également de s'interroger sur le principe de la continuité des soins, souvent avancé, qui consiste à ce qu'un même praticien suive personnellement son patient tout au long de son parcours au sein des différents dis-

positifs sectoriels, notamment au CMP et en hospitalisation. Une telle organisation, dont on conçoit vite les limites sur 60 jours d'absences annuelles statutaires, contribue, par ailleurs, à fortement fragiliser l'investissement du praticien, en fractionnant et en éparpillant son temps.

Dans une telle organisation sectorielle, résolument articulée par et autour du CMP, ne faut-il pas mieux s'orienter, dans le cadre d'une régulation, par un processus de mobilité interne, vers une affectation à temps plein de praticiens sur une et non pas sur plusieurs structures et donc, notamment, sur le CMP et sur l'hospitalisation. Un tel dispositif aurait pour mérite de permettre aux praticiens de mieux investir les CMP et d'éviter des déperditions d'un temps médical qui devient de plus en plus précieux.

● Au niveau des locaux.

Le parc immobilier des CMP, dans son immense majorité, est plutôt composé, comme nous l'avons déjà souligné, d'anciennes maisons d'habitation, certes rénovées pour les destiner à un tel usage, mais, en réalité, aux aménagements désuets vieillissants et souvent inadaptés au fonctionnement et au développement de ces structures (patients en augmentation et développement du nombre d'intervenants).

C'est aussi en priorisant cet équipement des CMP, en affichant leur rôle leader et, pour ce faire, en les inscrivant avec détermination dans le respect des quelques règles précédemment énoncées, que les mentalités évolueront et que les équipes pourront faire réellement ce qu'elles veulent entreprendre : sortir des murs et inscrire la psychiatrie dans la cité.

III Conclusion

Au travers des fonctionnements actuels des CMP, on constate que le chemin est encore long pour en faire vraiment les réels pivots du secteur car, si cette volonté est affichée par tous les acteurs de la psychiatrie dans une relative unanimité, elle est bien loin de se concrétiser dans les faits. Nous ne pourrions sans doute pas aller bien plus loin et nous mettrons encore longtemps,

CMP : le cadre juridique.

La fonction des centres médico-psychologiques est définie à l'article 1 de l'arrêté du 14 mars 1986.

Ce texte vient en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 ; cet article - en substance - confie à chaque établissement assurant le service public hospitalier la responsabilité de la lutte contre les maladies mentales dans le cadre des secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services pouvant exercer leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

L'arrêté précité définit les CMP comme étant 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, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ».

Des textes plus récents confirment le rôle essentiel du CMP dans le dispositif de soins : ainsi la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale stipule que le secteur doit « se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaire près de la population, et faire contre poids à l'hospitalo-centrisme ».

Depuis lors, cette vocation a été confirmée à maintes reprises et notamment dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale où la vocation du CMP est décrite comme devant évoluer dans un « maillage territorial consolidé » et contribuer au « développement d'organisations fédératives » entre plusieurs entités dans une optique de mutualisation permettant de répondre aux demandes de soins non programmées.

Du point de vue de l'allocation de ressources budgétaires permettant d'assurer le (bon) fonctionnement des CMP, on peut considérer que la réglementation actuellement applicable reste celle de 1985 qui confiait au budget des établissements hospitaliers - en lieu et place du département - les dépenses de lutte contre les maladies mentales ; cela n'interdit pas de s'interroger sur la pertinence de ce mode de financement avec le développement rapide et continu depuis cette date de l'activité extra-hospitalière.

Pierre Juhan (MNASM)

à disposition des populations, des structures appelées CMP, qui n'en auront que le nom, souvent pauvres en effectifs, en équipements et généralement peu investies, voire désaffectées par les praticiens hospitaliers de moins en moins nombreux si, tout en réaffirmant le principe du secteur, nous ne défendons pas le fait que ses contours, ses fonctionnements, ses structures, ses projets, ses acteurs, connaissent des mutations profondes pour s'adapter aux besoins des populations.

Il faut constamment s'interroger sur la pertinence de l'implantation d'un CMP, qui ne peut plus être légitimée par le seul fait qu'un bâtiment existe là où il a été posé il y a quelques décennies. À l'aube d'une ère dominée par la culture de l'évaluation, il faut systématiquement s'astreindre à évaluer l'activité d'un CMP, sa réponse aux attentes de la population et ne pas hésiter à faire le choix, si cela s'avère nécessaire, d'une fermeture ou d'une réimplantation.

Mais une telle démarche est certainement difficile à réaliser au sein d'un espace sectoriel restreint dont les contours sont souvent figés, peu adaptés aux réalités démographiques et aux évolutions des besoins des populations. Il est aussi difficile pour des équipes médicales restreintes de s'engager dans des restructurations vécues par beaucoup comme déstabilisantes et douloureuses.

C'est pourquoi il nous apparaît plus pertinent d'inscrire ces réflexions au niveau des territoires de santé. Ainsi, le modèle du secteur reprendrait toute sa pertinence en s'appuyant sur un CMP authentiquement pivot, ordonnateur des soins, reconnu comme pilote du dispositif de santé mentale, disposant d'une palette d'outils qu'il aurait clairement définis, allant de l'ambulatoire en CATTP par exemple, jusqu'à l'hospitalisation.

L'organisation de l'hôpital en pôles pourrait donner aux territoires l'opportunité de réaliser de telles mutations dans le respect de la conception du secteur.

Pierre Caillault, chef de service
Secteur Estuaire côte de Jade, CH Saint-Nazaire

Mise en place d'un Centre d'accueil et de soins psychiatriques à Rouen.

Intersectoriel, ouvert du lundi au vendredi de 9h à 20h, assurant les missions de service public d'une psychiatrie plurielle et diversifiée, avec le souci de traiter dans des délais courts toute demande adressée au CASP, et notamment ce qui relève du non programmé.

L'originalité de cette mise en place - depuis maintenant plus de deux ans - tient davantage à la faiblesse des effectifs soignants de départ (0,7 ETP psychiatre qualifié « sénior » pendant 18 mois, 6 infirmières, 1,5 psychologue, 1,80 ETP secrétaire médicale) et au volontarisme d'une équipe réunie autour d'un projet de soins qu'à la psychiatrie somme toute classique exercée en ce lieu.

Nous sommes en Haute-Normandie et à Rouen confrontés aussi à l'accroissement et à la diversification des demandes faites à la « psy », à l'engorgement de l'hospitalisation temps plein malgré un important travail de secteur et à la crise des dispositifs d'urgence et de permanence des soins.

Nous souffrons aussi de *l'inégale répartition des moyens soignants en France*. On ne dira jamais assez - tant que cela durera - qu'il est absolument anormal qu'il y ait de tels écarts (1 à 10, voire beaucoup plus) dans cette répartition tant publique que surtout privée qui mettent à mal les discours officiels sur la démocratie sanitaire, l'égalité d'accès aux soins... et interrogent la légitimité rationnelle de la répartition des moyens.

Alors que faire dans un contexte de crise, d'évaporation des moyens extrahospitaliers, de pression des usagers et de leurs associations, des travailleurs sociaux et médecins généralistes... d'allongement des délais de rendez-vous et de difficultés d'accès aux spécialités ?

Demander des moyens ? oui. Alimenter les discours de morosité professionnelle ? Non. Réfléchir à de nouvelles formes d'organisation de soins ? oui. Les mettre en place ? Difficile. Continuer de défendre le service public et la leçon des fondateurs du secteur et de la tradition humaniste française et européenne ? Oui. Difficile. Débats infinis ayant leur prolongement politique. Nos réunions professionnelles, syndicales, journée d'études s'en font l'écho. Les points de vue, tribunes, prises de positions, pétitions dans les journaux et sur Internet aussi.

À Rouen comme ailleurs, ces débats ont existé - bien avant l'annonce des pôles - existent et nous divisent parfois. Néanmoins, quatre secteurs de psychiatrie générale de l'agglomération rouennaise, deux rive droite et deux rive gauche, sur le même territoire de santé, ont choisi de travailler ensemble et de constituer une Fédération Intersectorielle Hospitalière et Universitaire devenue officielle en 2005. Cette fédération n'existe plus avec la nouvelle organisation en pôles. Mais des projets de coopération interpolaire sont à l'étude pour le prochain projet d'établissement du Centre Hospitalier du Rouvray à Sotteville-les-Rouen.

Il y a quelques années, dans ce mouvement de réflexions sur de possibles coopérations intersectorielles, les deux secteurs voisins de la rive droite ont décidé d'initier ce CASP en transformant l'un des hôpitaux de jour dans la cité. Les travaux dans un autre lieu de soins favorisaient ce changement. Auparavant, dans ce lieu en travaux ont cohabité pendant 25 ans, côte à côte, distincts, l'hôpital de jour et le CMP-CATTP de chacun des secteurs. À la fin de ces travaux à l'été 2008 existeront un nouvel hôpital de jour intersectoriel et un CMP-CATTP intersectoriel avec des projets thérapeutiques complémentaires.

Le CASP continuera dans son esprit et sa localisation actuelle proche du centre ville et du CHU, facilement accessible. Il fait fonction actuellement de CMP-CATTP pour les deux secteurs pendant la durée des travaux mais aussi de *centre de crise et d'accueil en amont et en aval des urgences hospitalières*. Il est contemporain de la mise en place d'une Unité d'Accueil et d'Orientation Intersectorielle : UNACOR au CH du Rouvray. Les liens du CASP avec l'UNACOR sont appelés à se développer comme avec d'autres structures intersectorielles.

Le CASP s'inscrit évidemment dans un travail de réseau multi-partenarial qui a permis de vérifier la pertinence des hypothèses de départ : ses apports comme ses limites. Cette nouvelle organisation de soins apporte lisibilité (lieu, numéro de téléphone, nom des acteurs), repérage facile, identification claire des missions. *L'ambition demeure de recevoir et de traiter dans la journée toute demande adressée au CASP*. Ceci a supposé réflexions et accord sur la place de l'entretien infirmier d'accueil, le rôle du secrétariat, la disponibilité des médecins et psychologues en cas d'évaluation complémentaire urgente et une astreinte médicale au départ pour couvrir l'amplitude horaire. Cet accord préalable sur l'organisation

des soins est impérative pour ne pas empiler la succession des demandes de rendez-vous sur des agendas médicaux gérés par les secrétaires qui, très rapidement, enverront le nouveau rendez-vous à plusieurs mois d'attente.

C'est la nécessité d'organiser autrement un travail qui existe déjà de fait dans des CMP qui nous a obligé à mettre en place cette structure pour répondre aux besoins exprimés, aux demandes et aux attentes des usagers. Seul le service public dans son organisation pluriprofessionnelle peut inventer ce type de réponses. C'est de sa responsabilité et cela peut être un plaisir de travailler dans une équipe motivée partageant ces ambitions.

Le CASP travaille selon les principes d'une « laïcité ouverte » avec pluralité d'approches comme il se doit dans un service public de psychiatrie. La psychanalyse y est présente (de par l'engagement de plusieurs de ses acteurs de formation différente, ayant fait le choix de travailler dans le service public) dans l'élaboration institutionnelle et les pratiques de soins. Elle ne s'oppose pas aux Thérapies Cognitives Comportementales pratiquées par deux médecins, à des approches systémiques, familiales ni à des abords autres. Mais il importe de veiller à ce qu'aucun savoir ne soit en position clôturante ou propriétaire de la folie ou du malheur à vivre.

Le souci de répondre aux situations de crise, aux demandes faites en urgence, au « non programmé » ne nous oblige pas à céder aux injonctions d'une mode qui célèbrerait les traitements minute, la « fast psychiatrie » et l'absence de décodage de cette idéologie.

Le CASP, évidemment complémentaire des CMP sectoriels, est appelé à se développer dans une logique de territoire de santé, de CMP pivot. Ces nouvelles coopérations intersectorielles, interpolaires respectant les devoirs et droits de chacun, de chaque service, secteur, pôle, sont appelées à s'élargir et à se développer au sein de l'agglomération rouennaise rive gauche et rive droite selon des modalités de déclinaison qui ne devraient pas être plus difficiles à mettre en place que l'exercice de l'intercommunalité qui associent des communes aux orientations politiques différentes voire opposées.

C'est la capacité d'accueil des demandes, d'entretien, d'écoute, d'information et d'orientation avec le souci de traiter dans des délais courts toutes les demandes qui nous sont adressées qui s'avère très appréciée des usagers et de nos partenaires. Les soins et consultations psychiatriques, psychologiques sont organisés au mieux en tenant compte de nos moyens avec nos partenaires. Nous avons fait le pari d'une évaluation possible de ce travail, y compris en acceptant la venue d'une mission de la MEAH (Mission d'expertise et d'audit hospitalière). La connaissance de ce dispositif, son mode de fonctionnement, le succès de cette expérience, induisent déjà des demandes de soins dans toute l'agglomération. Le risque majeur d'une saturation existe, faisant renoncer aux objectifs initiaux. C'est pourquoi, outre des moyens soignants supplémentaires demandés et espérés, il nous faut poursuivre en équipe l'élaboration institutionnelle sur ces nouvelles façons de travailler.

La question de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité nous avait obligé à inventer, il y a une dizaine d'années, un dispositif original à Rouen : l'UMAPPP (Unité mobile d'action psychiatrique pour les personnes précarisées) dans l'agglomération rouennaise qui continue de conjuguer disponibilité le jour même pour toute personne à « problème psy » et accompagnement avec suivi quand cela est nécessaire.

C'est un pari de ce type, beaucoup plus difficile car pour tout public, qui est tenté avec la mise en place d'un Centre d'accueil et de soins psychiatriques (CASP), avec identité psychiatrique assumée.

Docteur Alain Gouiffes, Responsable médical du CASP
272, route de Darnétal, Rouen (76000)
Tél : 02.35.07.40.40 / E-mail : casp.519@orange.fr

Le CMP : partenaire des élus.

Parce qu'élu local et donc représentant de toute la population et garant de ses intérêts, nous ne pouvons pas rester indifférents devant les conditions dans lesquelles sont prises en considération la maladie mentale et la « souffrance psychique » des habitants de nos villes.

C'est pourquoi, même si les questions de santé ne font pas partie des compétences réglementaires des villes, de plus en plus d'élus locaux s'impliquent et tentent de trouver des outils, des bouts de solutions, des partenaires, des pratiques nouvelles pour permettre à tous d'accéder aux soins et à la prévention sur le territoire dont ils ont la responsabilité, pour permettre à chacun d'aller mieux et cela particulièrement dans le champ de la santé mentale, laquelle conditionne largement le bien vivre ensemble et la cohésion sociale dont nous sommes comptables.

Le séminaire d'élus co-organisé par la Délégation Interministérielle à la Ville et par l'ORSPERE-ONSMP en 2003/2005 a bien montré comment ces questions de santé mentale bousculaient l'ordre social, envahissaient l'espace public et interpellaient les élus, dont l'intervention devient alors incontournable, « de la sollicitude au politique », dans une nouvelle gouvernance partagée avec les psychiatres avec un rôle de coordination, de médiation, voire de convocation.

Dans ce contexte, l'intérêt des élus locaux pour le fonctionnement du secteur ne peut que s'accroître : la prééminence du CMP, à la fois comme outil de proximité et comme organisateur de la réponse adaptée, est pour nous évidente, l'hôpital ne pouvant être que le recours ultime.

Que peut-on - ou doit-on ? - attendre du CMP, dans une vision achevée du secteur, organisation territorialisée de la santé mentale, celle-ci, entendue comme « la psychiatrie élargie à la cité » comme le dit Jean Furtos et qui, alors, sort du strict champ de la psychiatrie pour impacter l'organisation sociale, la cohésion entre tous, ce qui fait - ou défait - la société et qui rend compte de la capacité de chaque individu à y vivre ?

C'est pour qu'advienne cette attention à la santé mentale intégrée que le CMP doit être lisible par tous, inscrit dans son territoire, en lien permanent avec la ville dans laquelle il baigne et avec tous les services qu'il doit pouvoir à la fois solliciter et servir.

Pour les habitants et donc aussi pour ceux qui les représentent, le CMP doit être la première porte d'entrée dans le soin psychiatrique, le premier lieu-ressources pour les patients mais aussi pour leurs proches ou encore pour d'autres professionnels, la structure où peut s'organiser non seulement le suivi thérapeutique du patient mais plus encore tout ce qui fait sa vie quotidienne.

Cela impose alors une articulation permanente d'une part, avec les autres ressources du secteur : CATTP, hôpital de jour, foyer thérapeutique, GEM et bien sûr hôpital lorsque c'est indispensable, mais aussi avec les autres services du quartier : structures sociales d'abord, en particulier dans les champs de l'insertion, du travail, du logement, mais aussi ressources culturelles, sportives, ou encore de sécurité publique.

C'est donc bien un « pivot », axe sur et autour duquel tourne, converge et se déploie toute la panoplie de ce qui doit servir au mieux-être du patient, qui peut aider ceux qui l'accompagnent et lui permettre de revenir dans la vie de la cité, de redevenir citoyen parmi les autres.

Ses objectifs ne sont donc pas seulement d'assurer des consultations de psychiatres dans la ville, ni de « soulager les urgences ou l'hôpital », mais bien d'être le lieu d'une prise en charge globale et cohérente du patient tout au long de sa maladie et au-delà.

Cela, les élus, parce qu'ils se seront laissés « bousculer » par la souffrance de leurs concitoyens, en sont convaincus et demandeurs.

Pourtant, malgré cette convergence de vue et d'intérêt, à l'évidence ce n'est pas ainsi que les CMP vivent... et les difficultés évoquées par Pierre Caillault sont bien réelles.

● Certaines relèvent de la volonté même des responsables de secteur, masquant facilement, sous des moyens effectivement pauvres, une absence d'implication et, *a fortiori*, de militantisme en faveur de la philosophie même du secteur et préférant encore, 45 ans après ce que disait le professeur Daumezon, « rester abbé mitré en leur monastère » - l'hôpital ou leur cabinet - plutôt que d'accepter de devenir « moine mendiant sur les routes » des cités et des HLM. Avec la complicité de tous et en particulier des tutelles...

La question de l'unicité de l'équipe psychiatrique entre hôpital, liaison et urgences, CMP, structures périphériques... ou de l'affectation exclusive de chaque professionnel dans un lieu unique peut être posée. Il me semble que si le secteur, c'est UNE équipe sur UN territoire, responsable de l'ensemble du parcours et de la prise en charge, il est alors indispensable que chaque membre de l'équipe puisse avoir une vision partagée de l'ensemble des outils, moyens, lieux... répartis sur le territoire et que, sans s'exposer à l'atomisation des activités, il y a avantage à ce que les psychiatres pratiquent à la fois au CMP, à l'hôpital et participent aux gardes. Cela me paraît être le garant de la cohésion de l'équipe et de l'adhésion à une même éthique et pratique. Cela ne doit pas empêcher, pour autant, l'investissement permanent et prioritaire du CMP.

● D'autres sont liés à l'histoire, comme par exemple la localisation de l'essentiel des structures du secteur en centre ville quand les quartiers périphériques d'habitat social dense, construits ultérieurement, en sont totalement dépourvus. Et chacun comprend bien qu'il est plus agréable de soigner les classes moyennes dans un pavillon avec jardin plutôt que de se confronter, dans un rez-de-chaussée d'une tour HLM aux multiples problèmes sociaux, économiques, culturels qui accompagnent la maladie mentale dans certains quartiers et cela, même si le pavillon est totalement inadapté sur tous les plans.

● D'autres encore relèvent effectivement de questions budgétaires, lesquelles ne sont jamais que le résultat de choix, politiques ou autres.

Sur tous ces plans, les élus locaux peuvent agir, avec les psychiatres.

● Ils pourraient parfois, lorsqu'ils siègent voire président le CA des hôpitaux, aller y voir de plus près et peser sur des décisions qui ont un réel impact sur la population dont ils ont accepté d'être les défenseurs. D'où l'importance de les sensibiliser, de les former, de les interpeller sans relâche.

● Ils peuvent aussi contribuer à éclairer les psychiatres et la direction hospitalière sur l'évolution socio-démographique de la population ; produire des données éclairantes sur les besoins, différenciés selon les différents quartiers. À ce titre, les diagnostics préalables à la mise en place des Ateliers Santé Ville sur les territoires les plus fragiles, ou encore l'enquête « Santé mentale en population générale : Images et réalités » réalisée par les villes et le Centre Collaborateur OMS pour la Santé mentale sont, parmi d'autres, sont de bons outils de connaissance partagée, de mobilisation synergique et de conviction des décideurs.

● Partant de ces analyses convergentes, le maire peut faciliter l'implantation d'un CMP là où, d'un commun accord, le besoin est le plus criant et la pertinence la plus grande, mettre à disposition des locaux bien situés, accessibles, vastes et adaptés, dans un environnement de services qui facilitera les collaborations indispensables.

● Les élus peuvent enfin jouer un rôle majeur dans la déstigmatisation des malades mentaux et des personnes handicapées, faciliter, au quotidien, leur accès aux biens et services de la cité, réduire les obstacles à leur insertion, soutenir la création de structures médico-sociales, de travail protégé, accueillir favorablement un GEM... et contribuer ainsi indirectement à rendre leur vie plus facile et donc le traitement plus opérant.

● Reste le fonctionnement interne du CMP, qui n'est naturellement pas de son ressort, mais les exigences posées par Pierre Caillault devraient être des évidences pour tous.

Je voudrais insister sur « le CMP, garant de la politique publique de santé mentale... en coordination avec les partenaires du territoire... au carrefour de toutes les actions de prévention et de maintien des patients dans la cité », propos de Pierre Caillault auxquels je souscris totalement.

Reste que si le CMP est effectivement le garant et l'organisateur de cette politique, il me semble qu'il lui faut également recentrer ses moyens sur sa mission principale qui est le soin.

C'est alors que la collaboration avec la Ville et ses élus prend toute sa dimension. Le maire pilote et/ou dispose, à des degrés divers, des outils des politiques : sociale (le CCAS) du logement (l'office d'HLM), de l'éducation, des loisirs, des transports, de l'insertion, de la prévention, de l'ordre public, etc. Tous ces outils doivent pouvoir être mobilisés spécifiquement au bénéfice de ceux qui souffrent, en lien étroit, permanent avec les soignants du CMP. Pour cela, il faut se faire confiance et travailler ensemble.

De même, par son soutien aux réseaux en santé mentale, aux associations d'usagers (FNAPsy) ou de proches (UNAFAM), aux associations locales, il contribue à améliorer la prise en charge et alléger d'autant la charge du CMP.

Mais la Ville peut (ou doit ?) aller plus loin.

La création de cellule d'alerte (Évry), ou de crise, de groupe de vulnérabilité (Champigny-sur-Marne), de concertation en santé mentale (Grenoble), d'observatoire local, d'Atelier santé Ville priorisant la santé mentale (Aubervilliers) sont autant d'exemples, non limitatifs, de ce que font certaines villes : le partenaire obligé et le point d'appui est toujours le CMP, solidement inscrit dans son réseau de quartier sur lequel il s'appuie et qu'il soutient.

Les questions de troubles du voisinage, de protection des plus en danger - errants, déviants, insolents, violents... - d'accès aux soins psychiques plutôt qu'à la garde à vue ou à l'expulsion locative, peuvent s'y traiter en amont de la rupture, en prévention, non dans un objectif de normalisation de la vie en ville ni d'étouffement de ce qui fait souffrance, mais dans une logique, résolument politique, d'attention aux plus fragiles et de faire société ensemble.

Et cela n'est possible que dans une alliance respectueuse d'un CMP militant, de professionnels engagés et d'élus ouverts et volontaristes. Il appartient à chacun de faire émerger cette conjonction encore trop rare et dont l'aboutissement devrait être la mise en place d'un Conseil local en santé mentale, copiloté par le responsable du secteur en son CMP et le maire en son Hôtel de ville.

Dernier point, si l'intérêt de l'engagement des élus ne devrait plus faire débat, celui de leur légitimité à agir reste entier. En effet, les communes n'ont aucune responsabilité réglementaire dans le champ de la santé mentale - hormis leur pouvoir de police (?) et la décision provisoire d'Hospitalisation d'Office - pas plus que de moyens dédiés.

Pourtant, élu par les habitants, porteur de la voix de chacun pour tenter, en les entendant toutes, de les rassembler, de leur donner sens commun, d'en faire société cohérente, interpellé par la souffrance, les inégalités, l'exclusion qui déchirent cette cohésion sociale tant recherchée, confronté à la fois aux difficultés individuelles et aux risques sociaux, il ne peut plus se retrancher derrière une incompétence administrative ou technique. Il faut alors inventer une nouvelle légitimité fondée sur l'éthique de l'engagement, sinon sur les textes, avec toutes les questions sur les limites, le risque d'instrumentalisation

des professionnels, de trahison des attentes dont il est le dépositaire, l'illusion de la toute puissance et l'angoisse de l'impuissance. Pour cela aussi, l'élu a besoin d'un partenaire solide et fiable : ce ne peut être que le CMP qu'avec Pierre Caillault nous appelons de nos vœux.

Laurent El Ghozi,
Maire adjoint chargé de la santé,
de la prévention et des personnes handicapées
à Nanterre, Président de l'association nationale
des Villes pour le développement de la Santé
Publique « Élus, Santé Publique et Territoires ».

Évaluation du handicap psychique.

Appel à candidature pour les équipes de terrain.

En lien avec le plan Santé Mentale et comme annoncé par la circulaire du 1^{er} mars 2007, une expérimentation va être engagée pour l'élaboration d'une démarche d'évaluation de la situation des personnes avec un handicap psychique, visant à favoriser l'articulation entre les équipes pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et les équipes de psychiatrie de terrain. Il s'agit de construire des démarches qui soient transposables, ainsi que de documenter et diffuser les conditions permettant à d'autres équipes de se les approprier.

L'expérimentation consistera, sur plusieurs territoires, à constituer un « binôme » composé d'une part, d'un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile et, d'autre part, d'une équipe pluridisciplinaire de MDPH.

La CNSA est chargée de l'animation de la démarche qui va s'engager au cours de ce dernier trimestre 2007 avec l'appui des directions des ministères chargés de la Santé et de la Solidarité. La coordination est assurée par un groupe de pilotage opérationnel placé sous la supervision du conseil scientifique de la CNSA.

Après appel d'offre, un prestataire a été choisi afin d'accompagner les pratiques de ces équipes volontaires, tant du côté des MDPH que du côté de la psychiatrie de secteur. Celles-ci travailleront ainsi à une analyse de leurs pratiques communes avec l'accompagnement de ce prestataire et disposeront d'outils méthodologiques et de documents bibliographiques.

Un séminaire regroupant toutes les équipes participantes permettra une mise en commun des résultats, avant une diffusion large, par le biais d'un colloque national début 2009.

Un appel à candidature est actuellement adressé parallèlement *via* les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) à l'ensemble des secteurs de psychiatrie et *via* la CNSA à l'ensemble des MDPH.

Cette expérimentation, pour laquelle certaines équipes se sont déjà portées volontaires, démarre très prochainement. Une première réunion du comité de pilotage se tiendra le 16 octobre prochain à la CNSA.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter : pascale.gilbert@cnsa.fr

La lettre
de la
Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Gérard Massé

Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :
Pierre Caillault, Laurent El Ghozi,
Alain Gouiffes, Pierre Juhan

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnaasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :

www.mnaasm.com

PLURIELS