

Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité accessible

Il est impossible de trouver une seule personne qui n'ait été, à un moment ou à un autre, utilisatrice d'un service : épicerie, pharmacie, médecin généraliste, grande surface, bureau de poste, services fiscaux, de soins, etc. Dans toutes ces situations, le prix et la gamme de l'offre se confrontent fortement avec l'accessibilité et le délai d'entrée (ou de sortie) comme éléments essentiels de la qualité et de la satisfaction. Les services de santé mentale n'échappent pas à la règle et le délai d'attente, à l'hôpital parfois, au CMP le plus souvent, est un marqueur étroit des rapports entre professionnels et usagers lorsqu'ils commencent à se connaître : construction d'une alliance thérapeutique, de la reconnaissance du sérieux ou de la gravité de la demande... Attendre trop longtemps peut transformer, chacun le sait, un problème banal en urgence ou en crise, et un problème grave en retrait silencieux qui se traduira bien plus tard par une situation très dégradée ou explosive, ou bien manquera l'occasion d'un engagement précaire. Dans de nombreux endroits du territoire, la pression de la demande ambulatoire augmente. Elle pousse les équipes, dans leurs dispositifs, à réfléchir sur leurs organisations et la hiérarchisation des réponses et à changer la règle dominante qui est souvent : premier arrivé, premier servi, le secrétariat en charge écrasante d'être le filtre répartiteur initial, le médecin comme premier maillon de l'entrée, et enfin l'espoir qu'une augmentation des ressources humaines serait *la* solution préalable aux problèmes.

Ce numéro de *Pluriels*, après d'autres, a donc une prétention très ambitieuse : présenter

et faire connaître des équipes qui ont réfléchi et mis en place des modes d'organisation différents et qui semblent satisfaire davantage les professionnels et les utilisateurs, soit unilatéralement, soit à partir des travaux de la MeaH, et présenter des travaux de réflexion plus larges sur cette question. En retour, nous serions intéressés à connaître - et à faire connaître - tous ceux que nous ne connaissons pas encore et qui participent de façon invisible à ce lent mais indispensable travail de transformation. Il est nécessaire, et il est possible.

Docteur Serge Kannas,
Coordinateur MNASM

S O M M A I R E

P2

I. Les dispositifs d'accompagnement de la MeaH : une approche méthodologique

Hervé Laborie

P5

Chantiers MeaH : le point de vue du consultant

Jean-Jacques Moitié

P6

II. Listes d'attente et délais de prise en charge en CMP de pédopsychiatrie : subir ou agir ?

Dr Catherine Isserlis

P9

III. Réduire les délais d'attente en CMP : deux exemples aboutis

Sabine Rivet

Alain Gouiffes, Christophe Hennart

I. Les dispositifs d'accompagnement de la MeaH : une approche méthodologique.

Le dispositif d'accompagnement de la MeaH auprès des CMP : les chantiers 2006 à 2009.

La MeaH, mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, a été créée en 2003 dans le cadre du plan Hôpital 2007 et sera intégrée à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) en cours de création.

La mission aide des établissements de santé publics et privés volontaires à questionner et améliorer leur organisation sur des thèmes qui le justifient. Chaque chantier associe un nombre défini d'établissements permettant ainsi non seulement à chacun de progresser, mais aussi de bénéficier des expériences des autres membres du chantier. Une équipe projet est constituée dans chaque établissement, pôle ou service concerné et devient l'acteur du changement interne avec l'aide de cabinets-conseils sélectionnés par la mission sur appel d'offre.

A. Le choix des CMP pour une mission d'appui en psychiatrie de la MeaH.

En dehors des services d'urgences, l'appui de la MeaH aux structures de prise en charge psychiatriques n'est apparu de façon explicite qu'en 2006 avec l'ouverture d'un chantier consacré aux centres médico-psychologiques (CMP).

Le thème des CMP a été choisi pour des raisons à la fois structurelles (rôle de pivot au sein du secteur) et organisationnelles.

Trente-cinq ans après la mise en place de la sectorisation, la totalité des structures ambulatoires prend en charge 80 % des files actives annuelles de la psychiatrie publique, tout en ne représentant qu'environ le tiers du budget du secteur. Le rôle des CMP est essentiel dans la dynamique des soins ambulatoires.

De plus, les CMP posent un véritable défi en termes d'organisation :

- modalités variées de prises en charge, programmées ou non, urgentes ou non ;
- mobilisation de qualifications diverses ;
- obligation d'assurer la permanence d'accueil sans exclure les déplacements pour visites à domicile ou accompagnements divers ;
- prise en charge des composantes sociales des patients concernés.

B. Le chantier pilote : 2006-2007

Huit centres médico-psychologiques sélectionnés par la MeaH ont ainsi participé d'avril 2006 à décembre 2007 au chantier dit pilote. L'objectif central était d'explorer ces structures ambulatoires et d'en dégager les progrès potentiels en termes organisationnels.

La sélection des CMP s'est faite sur des critères de représentativité, tant géographique que de taille et d'environnement. Les équipes suivantes ont été retenues :

CH Étienne Gourmelen de Quimper, CAMP Le Déan (29), CH de Pontorson, CMP de Granville (50), EPSDM, CMP Lucien Bonnafé de Reims (51), CH de Laxou, CMP pour adolescents de Nancy (54), CH de

Rouffach, CMP de Pfastatt (68), CH d'Annecy, CMP d'Annecy-le-Vieux (74), CH de Sainte-Anne, CMP Alésia (75), CH Le Rouvray-Rouen, CASP Saint-Exupéry (76)

Le phasage et l'accompagnement du projet

Chaque site a pu bénéficier d'environ 40 jours d'appui par les consultants sélectionnés. Environ 60 % des journées ont été réalisées en site réel. Ces journées d'accompagnement ont été réparties en quatre phases ou jalons : 20 jours pour l'élaboration d'un diagnostic sous la forme d'une monographie par CMP, 5 jours pour rédiger des plans d'actions d'amélioration issus du diagnostic préalable, 12 jours d'accompagnement à la mise en œuvre des actions et enfin 2,5 jours d'évaluation. Un volant de jours complémentaires a permis de soutenir des équipes en difficulté ou qui exploraient des domaines complexes. Sur chaque site, un rapport final d'intervention a clos le chantier après validation par l'équipe projet.

Ce découpage en phases est caractéristique d'une bonne gestion de projet d'organisation, le respect du calendrier de chaque jalon est l'un des éléments-clés de la réussite, trop s'en affranchir fait courir le risque d'un échec.

La répartition des journées d'appui-conseil peut varier sensiblement entre les phases et selon les thèmes abordés, leurs spécificités et leurs complexités. Dans le cas des CMP, la phase diagnostique a été fortement privilégiée pour éviter de compromettre les suivantes : une juste affectation des ressources-conseil à chaque phase du projet nécessite une appréhension fine du sujet et de son contexte.

Les membres de l'équipe projet de chaque site doivent apprendre à conserver un pied dans leur métier tout en « posant l'autre » dans l'espace et le temps du projet. Le consultant, extérieur à l'établissement et dont l'apport est surtout méthodologique, aide l'équipe projet à trouver la bonne distance, le bon équilibre entre les tâches habituelles à assurer et l'engagement dans une conduite d'anticipation. Compte tenu de la spécificité de la psychiatrie, les deux cabinets de conseil sélectionnés se sont fait accompagner de psychiatres et/ou de cadres supérieurs de santé expérimentés.

Au tempo propre à chaque site, les chantiers MeaH ajoutent des réunions régulières regroupant dans ses locaux 2 à 4 représentants de chaque équipe projet. C'est l'occasion d'échanges et de découverte des contextes et des organisations des uns et des autres. C'est aussi la possibilité d'organiser des ateliers pour partager des enjeux communs et chercher ensemble des solutions. Ces réunions sont baptisées Comités Techniques Nationaux. Ainsi, pour ce premier chantier MeaH consacré aux CMP, sept comités nationaux ont été organisés.

L'originalité du dispositif MeaH réside dans l'imbrication entre :

- des temps « locaux » et des temps « nationaux » ;
- des techniques de gestion de projet classiques ;
- une forme renouvelée de dynamique de groupe ;
- le recours systématique à des données quantitatives mesurant l'efficacité et la qualité des prises en charge.

Les actions développées à l'occasion de ce premier chantier

L'usage d'indicateurs spécifiques donne une image de la réalité qui nourrit le débat tant au niveau de l'équipe locale qu'au niveau national (CTN). Cette expression objective sera aussi déterminante pour asseoir le diagnostic que pour accompagner les changements, l'évolution des indicateurs retournant aux équipes les fruits de leurs efforts.

Dans les actions développées lors de ce premier chantier, quatre axes principaux ont été dégagés : deux portant sur le fonctionnement global du CMP et deux centrés sur l'optimisation des prises en charge des patients.

● **Piloter le CMP dans son ensemble et suivre son activité** : mettre en œuvre un tableau de bord de pilotage, rédiger un guide du CMP, uniformiser l'emploi du dossier patient, doter le CMP de moyens matériels idoines (répondeur téléphonique, véhicule sur place, informatique partagée)

● **Améliorer l'organisation des ressources humaines** : remettre en perspective l'organisation et les objectifs des différentes réunions de coordination, définir les postes et zones de responsabilité (infirmier/secrétariat...).

● **Structurer les prises de rendez-vous et l'accueil** : adapter le processus, en particulier pour les nouvelles demandes, partager les agendas, rédiger un guide d'entretien, organiser la traçabilité, développer une stratégie pour limiter les perdus de vue.

● **Coordonner les prises en charge complexes** : mettre à jour l'annuaire des partenaires, cartographier les processus de prise en charge complexe, développer et formaliser les relations externes mais aussi avec les services d'hospitalisation, formaliser le projet de soins.

Les rapports de ce chantier et un document dit de retour d'expériences sont en ligne sur le site de la MeaH : www.MeaH.sante.gouv.fr (rubrique psychiatrie/documentation bas de la page).

C. Le chantier déploiement : 2008-2009 : dix nouveaux CMP.

Depuis juin 2008, un nouveau chantier dit de déploiement a débuté avec dix nouveaux CMP. Le schéma ci-dessous représente son déroulement associant, comme précédemment, l'équipe projet du site et un cabinet-conseil sous l'égide de la MeaH.

Caractéristiques des opérations de déploiement :

- un nombre de participants plus élevé ;
- une durée de chantier plus courte, de l'ordre d'une année ;
- un appui de formation, en l'occurrence à la gestion de projet et à la conduite du changement.

En outre, les temps nationaux, en dehors de la formation, se limitent à trois étapes :

- une réunion de lancement national du chantier ;
- une présentation du diagnostic et des plans d'action par chaque équipe

- projet ;
- une réunion nationale de clôture du chantier.

Si le format des opérations de déploiement est différent, c'est en raison des expériences acquises lors du premier chantier.

Les équipes retenues sont les suivantes :

- CMP de Roubaix 5 (59), CMP de pédopsychiatrie Bordeaux (33), CMP de Chelles Lagny (77), CMP Saint-Michel Toulouse (31), CMP de Sarrebourg (57), CMP de Vénissieux (69), CMP Paul Bert Chambéry (73), CMP de Rodez (12), CMP « Belle-de-Mai » Marseille (13), CMP de Bergerac (24)

Les actions en cours pour ce deuxième chantier.

Parmi les actions en cours dans ce deuxième chantier, certaines sont partagées par plusieurs sites tandis que d'autres sont très spécifiques au contexte de chaque CMP.

Les actions les plus souvent retenues par les sites correspondent aux thèmes suivants :

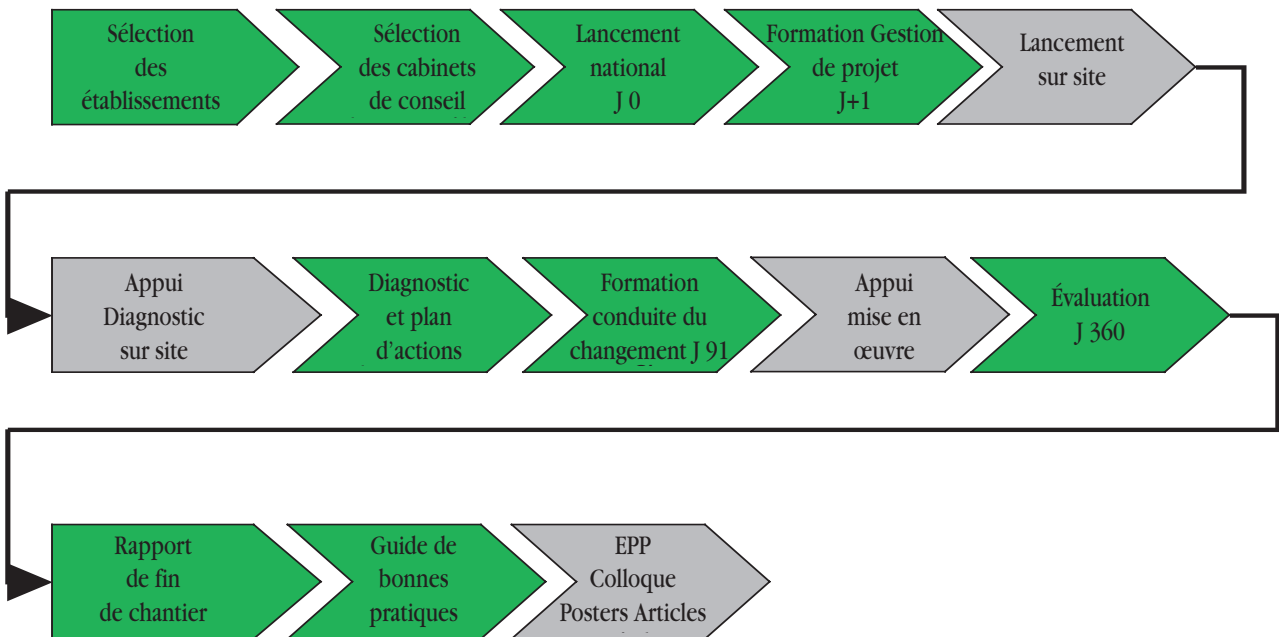
- élaborer un guide du CMP ;
- développer l'accueil infirmier (catégorie au rôle multiple au sein des CMP) ;
- produire et suivre des indicateurs de pilotage en particulier sur les délais de prise en charge ;
- mettre en œuvre des projets de soins (intitulés projets thérapeutiques pour certains) ;
- optimiser les liens entre soins ambulatoires et soins en hospitalisation.

La méthodologie de la MeaH privilégie la création d'outils (du questionnaire d'auto-évaluation plus ou moins sophistiqué au guide de bonnes pratiques organisationnelles) qui pourront ensuite être mis à la disposition d'autres établissements via le site Internet <www.MeaH.sante.gouv.fr>.

Pour la motivation des équipes et la valorisation des travaux accomplis, la participation aux chantiers pilote et déploiement s'accompagne assez fréquemment de démarche EPP, de rédaction de posters et/ou d'articles. Enfin, la MeaH organise en fin de chantier des colloques où les participants peuvent présenter leur expérience à d'autres collègues.

Hervé Laborie

Chargé de projet MeaH (ANAP préfiguration) herve.laborie@fr.oleane.com



Synthèse de la première étape de l'auto évaluation des dix CMP impliqués dans le chantier déploiement MeaH 2008-2009

	8 CMP ou plus répondent « oui »	8 CMP ou plus répondent « non »	Seuls 4 à 6 CMP répondent de la même façon
Axe pilotage	<ul style="list-style-type: none"> - Vous disposez d'un outil recensant vos correspondants et leurs coordonnées. - Il existe un temps de réunion pour aborder les questions d'organisation générale. - Il existe un temps de réunion structuré avec l'intra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les réunions font l'objet de l'envoi d'ODJ et de CR. - Les objectifs de délai et de RV non honorés sont connus par l'équipe. - Des indicateurs sont utilisés dans l'animation du travail d'équipe. - Une enquête satisfaction est réalisée. 	<ul style="list-style-type: none"> - Description, différenciation et planning des différentes réunions. - Les délais de RV et les RV non honorés sont suivis. - Les nouvelles demandes sont recensées chaque semaine. - Il existe un temps de réunion structuré avec les autres partenaires du secteur.
Axe organisation	<ul style="list-style-type: none"> - Le CMP est ouvert au moins 5 jours par semaine. - L'élaboration des projets de soins implique les patients et leur famille. - À chaque projet de soin correspond un professionnel référent. - Les réunions cliniques sont ouvertes aux partenaires hors CMP. - Chaque patient bénéficie d'un professionnel référent. - Les acteurs de l'urgence du territoire connaissent le CMP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un agenda partagé de tous les professionnels du CMP. - Les décisions d'orientation font l'objet d'un relevé. - Les adresseurs sont recontactés après prise en charge d'un nouveau patient. - Un premier RV non honoré fait l'objet d'une relance systématique. - Mise en place de stratégies pour limiter les RV non honorés. - Critères définis selon lesquels relancer un patient n'ayant pas honoré un RV. - Les modalités d'évaluation des projets de soin sont définies. - En cas de changement de traitement, le médecin traitant est prévenu. - Les modalités de fonctionnement avec les urgences sont définies, notamment en dehors des plages d'ouverture du CMP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toute demande fait l'objet d'un recensement. - Il existe une fiche de prise de renseignements type. - Des plages spécifiques sont dédiées aux premières demandes et demandes urgentes. - Il existe un temps de réunion dédié à l'orientation des nouvelles demandes. - Chaque patient faisant l'objet d'une prise en charge pluridisciplinaire fait l'objet de l'élaboration d'un projet de soins. - Le CMP a mis en place des actions pour améliorer l'observance médicamenteuse. - Les patients hospitalisés dont le suivi est indiqué au CMP sont vus par l'équipe du CMP en intra. - Pour les patients suivis par le CMP, l'avis du CMP est recherché avant toute hospitalisation.
Axe ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un tableau de présence des différents intervenants au CMP. - Il y a une présence médicale quotidienne au CMP. - Un responsable médical est désigné au CMP. - Un cadre soignant est nommé pour le CMP. - Il existe des différences de profils de poste au sein d'une même catégorie professionnelle. - Outre les VAD, les soignants interviennent dans d'autres lieux de soin. - Les conditions de mobilité sont claires pour tous les professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe un médecin permanent au CMP. - Il existe des rotations de personnels entre les différents services du secteur. - La présence des personnels sur l'année et sur la journée tient compte d'une analyse de la demande. - Les flux de nouvelles demandes sont connus et servent à planifier les activités. <p>Régulièrement, un temps est pris pour revoir les indicateurs de pilotage en équipe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les fiches de poste pour les différents professionnels ont été rédigées et sont mises à jour. - Les règles de fonctionnement du CMP sont récapitulées dans un document écrit. - Les plages horaires les moins attractives sont réparties équitablement entre les différents professionnels et font l'objet d'un suivi du présentisme. <p>L'organisation du travail a pour objectif de maximiser le temps offert au public.</p>
Axe ressources matérielles	<ul style="list-style-type: none"> - Les locaux du CMP sont sécurisés. - La gestion du CMP est informatisée. - Le SI permet la saisie des actes. - Le CMP dispose d'un véhicule sur place. - Le CMP dispose de l'équipement bureautique minimal. - Le CMP dispose d'une adresse électronique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le CMP fait l'objet d'une signalétique dans le quartier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les horaires d'ouverture sont affichés à l'extérieur. - Le CMP dispose d'un répondeur téléphonique.
Axe institutionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet de secteur/service attribue des objectifs clairs au CMP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Il existe des objectifs d'activité et de qualité contractualisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le projet d'établissement attribue des objectifs clairs au CMP.

Source : MeaH, novembre 2008

Chantiers MeaH : le point de vue du consultant.

CMP : le changement mis en œuvre par les professionnels eux-mêmes.

Les réflexions qui suivent sont issues de trois années de travail en tant que consultant CNEH¹ dans le cadre des chantiers MeaH : organisation des CMP². Les principaux constats du diagnostic établi fin 2008 avec les 8 CMP volontaires du chantier-pilote confirmaient les analyses de la MNASM³ publiées en 2005 :

- une saturation croissante de l'ambulance non régulée ;
- un manque de mobilité et de réactivité ;
- une communication et une information insuffisantes ;
- une organisation pour faire face à la pression de la demande inexistante ou rudimentaire.

A. Quels sont les outils et les résultats produits par le chantier-pilote 2006-2008 ?

1. Rédiger un guide du CMP pour en clarifier le fonctionnement

Rédiger un guide du CMP pour en clarifier le fonctionnement a été proposé par le CMP d'Annecy-le-Vieux, qui participait au premier chantier de la MeaH.

L'objectif principal du CMP d'Annecy-le-Vieux, en proposant cette action, était de s'approprier et d'ancrer un fonctionnement en le décrivant. Les principaux thèmes abordés étaient les suivants : bases du fonctionnement institutionnel, articulation entre individuel et collectif, trajectoires de soins, cadre de soins, suivi du projet de soins, partenariats et réseaux... Ils témoignent de la nécessité pour chaque CMP de s'engager dans cette réflexion. Formulons le souhait d'une généralisation à tous les CMP de ce travail collectif, y compris par une incitation officielle dans la procédure de certification.

2. Un tableau de bord de CMP

Peu d'équipes sont aujourd'hui en capacité de produire, d'analyser régulièrement et collectivement, de se mobiliser pour améliorer le service rendu à partir d'indicateurs pertinents. La dynamique évaluative développée par le chantier-pilote et la qualité des résultats observés devraient inciter à dépasser la complexité du chevauchement des recueils d'activité (indicateurs spécifiques MeaH sur tableaux EXCEL + RIMP officiel). En effet, la coexistence des deux recueils alourdit singulièrement la tâche des participants.

Il conviendrait, me semble-t-il, d'intégrer les DIM, les services informatiques et l'analyse de gestion dès le début de l'action, afin de produire et exploiter un tableau de bord utilisant le RIMP comme source d'information unique. Il est possible « d'affiner le résumé d'activité ambulatoire pour obtenir un niveau de description souhaité par les soignants. Le relevé des actions dans la communauté peut être réintroduit »⁴.

3. L'organisation du premier accueil par l'entretien infirmier

Ce thème a fait l'objet de nombreuses actions du chantier-pilote. Dans son analyse des rapports de secteur 2003, la DREES⁵ nous indique que « lorsqu'un patient vient pour la première fois consulter dans un CMP de psychiatrie générale, il est reçu exclusivement par un médecin dans 11 % des secteurs, ce pourcentage atteignant 21 % en psychiatrie infanto-juvénile... Les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous semblent liés aux pratiques professionnelles des secteurs selon que le premier entretien est réalisé ou non par le médecin ».

En préconisant le développement des premiers accueils infirmiers, la MeaH se donne trois objectifs : favoriser un contact plus rapide avec le CMP, diminuer les délais de rendez-vous avec les autres professionnels, reconnaître les compétences infirmières.

Insistons sur ce dernier point, car si l'entretien infirmier d'accueil progresse dans les statistiques, la réalité du terrain est complexe et les résistances nombreuses !

J'avais déploré en 2004⁶ les vellétés de retour à une « tutelle médicale » modernisée par la DGS⁷ sous la forme de protocolisation d'actes de soins infirmiers inclus dans le rôle propre, protocole élaboré sous « l'autorité et la responsabilité du psychiatre ». Dans ce contexte, que devient le respect de la compétence et de l'identité professionnelle infirmières ?

Les exemples du chantier-pilote en témoignent : parcours du patient organisé, fiche de première demande, accueil infirmier proposé, guide d'entretien et supports d'observation formalisés, synthèse collective, suivi par un médecin et/ou un psychologue... tous ces éléments participent à la mise en œuvre du processus de soins, valorisent l'importance d'un premier entretien infirmier, possible dans des délais immédiats ou brièvement décalés, intégré dans une pratique d'équipe.

4. Certains thèmes n'ont pas été abordés ou insuffisamment développés.

La question des jours d'ouverture et des amplitudes horaires, en particulier l'accès au CMP en dehors des heures de travail et scolaires, a été rapidement écartée par les CMP.

La coordination au sein de l'équipe et entre les structures au sujet du patient, la formalisation de projets de soins, ont fait l'objet de plans d'action. Cependant, les concepts de soignant-référent, de prise en charge complexe, de coordination du parcours de soins, ont été, faute de temps collectifs, insuffisamment développés.

Au chapitre des ressources humaines, l'analyse a mis en évidence la faiblesse des ETP d'assistantes sociales affectées aux CMP. Même si les effectifs ont progressé lentement (+256, soit +20 % en 15 ans) 1,8 ETP en moyenne par secteur, avec des grandes inégalités et 0,3 ou 0,4 en CMP, les besoins augmentent : prévention, travail en réseau, réinsertion, participation à la coordination du parcours de soins.

Par ailleurs, il devient de plus en plus rare de rencontrer un cadre de santé affecté à temps plein au CMP.

Si une affectation sur deux unités proches géographiquement (CMP/CATTP par exemple) peut se concevoir, l'évolution actuelle se traduit pour les cadres extra-hospitalier par une affectation sur 3 ou 4 sites. Ils n'arrêtent pas de courir d'un lieu à l'autre... sans prime multisite bien évidemment !

Je rappelle que si la DREES nous annonçait en 2003 une baisse globale des ETP non médicaux des secteurs de psychiatrie générale de -10 %, les effectifs infirmiers étaient eux concernés à -15 % et ceux des cadres à -46 %.

La pénurie est un alibi, les ETP disparus ayant servi de variable d'ajustement budgétaire.

Cette diminution est contradictoire avec les exigences de management et de pilotage de la structure pivot du secteur.

Pour conclure ce chapitre du chantier-pilote, je me suis livré à une rapide enquête téléphonique auprès des 8 CMP. Au-delà de la satisfaction d'avoir participé à une démarche novatrice en psychiatrie, que reste-t-il, un an après, dans les pratiques et les organisations ?

La dynamique évaluative connaît des fortunes diverses. Cependant, la volonté d'améliorer le service rendu se traduit par le maintien d'indicateurs de délais de rendez-vous et de perdus de vue. Ça et là, le pôle, voire l'établissement, en bénéficie.

Les annuaires de partenariat sont toujours utilisés, mais la vigilance s'impose au niveau de leur mise à jour.

Les éléments positifs les plus cités sont la réactivation des projets de soins en cours et la promotion des entretiens d'accueil infirmier, avec 2 ou 3 EPP.

Le point négatif réside dans l'implication insuffisante des directions et conseils exécutifs pour valoriser la démarche et les résultats, favoriser l'ancrage des changements et proposer des actions dans d'autres secteurs de l'établissement.

B. Le chantier déploiement a débuté le 23 juin 2008, il concerne 10 CMP dont un de psychiatrie infanto-juvénile.

Sa clôture est prévue en juin 2009.

Ces CMP ont bénéficié des travaux du chantier-pilote par un retour d'expérience, des formations au management de projet et à l'accompagnement du changement. Enfin, un atelier de travail a été organisé sur les prises en charge complexes et le case-management.

Les actions retenues se déclinent ainsi :

- suivi des délais de rendez-vous, (8 CMP), rendez-vous non honorés, file d'attente pour les psychologues...
- guide du CMP (4 CMP), partenariats (3 CMP)...
- entrée dans la file active, projet / parcours / continuité des soins, accueil infirmier (5 CMP), prises en charge complexes (4 CMP), VAD, etc.

Le caractère novateur de ce chantier déploiement réside dans la réflexion sur les prises en charge complexes et le case-management à la française qui se traduira par la fonction de coordonnateur du parcours de soins et de l'accompagnement du patient dans la communauté.

La MeaH publiera, au cours du second semestre 2009, les résultats des actions en cours.

Quels enseignements peut-on d'ores et déjà en tirer ?

● Grâce aux apports du chantier-pilote, aux formations et aux ateliers, les équipes ont été mieux préparées et mieux outillées que celles du chantier précédent.

● Les consultants sont cependant confrontés sur le terrain à un décalage d'information entre les membres des équipes qui ont participé aux formations et aux ateliers, et les autres.

● L'implication médicale m'a semblé plus importante dans le chantier de déploiement. Les cadres ont été très investis et souvent moteurs des actions et correspondants naturels des consultants.

● Le temps d'échange entre CMP du chantier déploiement paraît insuffisant.

● Mes observations sur le recueil d'activité et la lourdeur de la charge de travail demeurent. Les consultants et la MeaH ne doivent jamais oublier que pendant le chantier, le travail continue, le CMP reste ouvert !

Serge Kannas, responsable de la MNASM, saluait il y a un an la démarche de la MeaH et souhaitait vivement qu'elle se poursuive.

Le déploiement du chantier CMP était annoncé pour une cinquantaine de CMP, mais il est à ce jour limité à dix.

Dans le contexte actuel, alors qu'il y a des volontaires, que les bonnes pratiques organisationnelles interpellent, que le concept de coordination du parcours de soins est préconisé en psychiatrie et ailleurs... L'ampleur des travaux réalisés depuis 2006 sous l'égide de la MeaH par les 18 équipes CMP est considérable. Leur diffusion est appréciée et donne envie à d'autres de s'engager dans une innovation organisationnelle choisie et mise en œuvre par eux-mêmes.

Jean-Jacques Moitié, Directeur des soins à la retraite,
Consultant expert CNEH, Correspondant MNASM
(jean-jacques.moitie@orange.fr)

1. CNEH : Centre National de l'Expertise Hospitalière.

2. MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.

3. MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *La psychiatrie en France : quelles voies possibles ?*, ENSP, 2005.

4. *Pluriels* n°6, Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique.

5. DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

6. *Soins psychiatrie* n°234, septembre/octobre 2004.

7. DGS, Groupe de travail « évolution des métiers », avril 2002.

II. Listes d'attentes et délais de prise en charge en CMP de pédopsychiatrie : subir ou agir ?

Que les files actives des patients pris en charge dans les secteurs de pédopsychiatrie augmentent chaque année¹ depuis de nombreuses années ne vaudrait pas seulement qu'on s'en inquiète, bien au contraire... Peut-être faudrait-il même s'en féliciter : rançon de son succès, l'augmentation de l'activité témoigne aussi de la bonne santé, non pas des patients, mais du dispositif de soin !

En effet, il ne semble pas que cette augmentation de la demande ait eu de véritable incidence sur l'organisation et la répartition des moyens au sein des secteurs. Selon les données du dernier rapport des secteurs de 2005 publié par la DREES, le nombre de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile a encore diminué, le nombre de places en hôpital de jour est à peu près stable, et le nombre de place en CATTP a considérablement augmenté. Mais les moyens affectés aux prises en charge en CMP (principale porte d'entrée dans les soins en pédopsychiatrie) n'ont pas ou peu changé.

L'attente pour accéder à une consultation en CMP reste donc le talon d'Achille du dispositif de soin en pédopsychiatrie².

En réalité, même si, depuis quelques années, grâce aux efforts de tous, la situation du côté de l'attente s'est plutôt améliorée, en tout cas, ne s'est pas trop dégradée, il faut encore très souvent de longs mois pour obtenir un rendez-vous. On ne peut pas appeler cela de la « qualité ».

Si les ressources en santé mentale étaient illimitées, il n'y aurait pas d'attente. Mais, à moyens constants, le nombre de recours à la pédopsychiatrie est passé, au cours des dix dernières années, du simple au double. Cela rend l'attente et son allongement mathématiquement inévitables, à moins que de nouvelles organisations des soins et de nouvelles pratiques ne se mettent en place pour en réduire le délai.

Dans le domaine de la santé, il est clair qu'un modèle qui reposerait sur la règle du « premier arrivé, premier servi » ne saurait être acceptable. Pourtant, la mise en place de priorités, souvent en rapport avec l'urgence ressentie, visant parfois à contourner l'attente pour certains, et la prolongeant immanquablement pour d'autres, pose aussi la question de savoir quel est celui qui, tirant lui aussi un bénéfice certain de la prise en charge, devrait alors attendre.

En général, la liste d'attente est le résultat de la combinaison de ressources insuffisantes, d'une organisation améliorable, d'un défaut de management interne et d'une inadaptation du circuit de l'accès aux soins par laquelle un certain nombre de demandes, qui ne relèvent pas réellement des soins dispensés par le service auquel ils s'adressent, prennent le pas sur ceux dont les besoins sont les plus évidents.

Les problèmes éthiques et pratiques qui sont la conséquence de cette pression des demandes devraient amener les équipes à déterminer ce qui doit être reçu prioritairement et ce qui, au contraire, peut attendre : comment organiser l'accueil selon un mode d'entrée unique ou plusieurs modalités spécifiques et que proposer comme autre orientation ou quel type de prise en charge est possible entre le premier contact et l'attente d'une consultation médicale.

Il est possible de suivre régulièrement l'état des demandes et des réponses, et cet effort constitue en soit un début d'évaluation des pra-

Délai minimal d'attente pour un premier rendez-vous hors urgence en 2000 et 2003 (en %).

	Moins de 7 jours	De 7 à 14 jours	De 15 à 29 jours	De 30 jours à moins de 3 mois	3 mois et plus	NR	Total
Consultation avec un médecin							
délai en 2000	5,9	8,4	28,1	39,1	15,9	2,5	100,0
délai en 2003	4,9	8,0	24,0	41,1	16,6	5,4	100,0
Entretien avec un autre professionnel							
délai en 2000	11,6	19,1	22,2	25,0	10,3	11,9	100,0
délai en 2003	13,2	17,5	22,4	22,6	9,5	14,6	100,0

Champ : France entière.

Sources : Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

tiques pour commencer à trouver des piste d'amélioration du fonctionnement. Des réalités différentes se cachent derrière une liste d'attente et plusieurs constats peuvent être faits :

- La situation des délais est souvent en deçà de ce qui est annoncé : si l'attente moyenne en CMP n'est pas connue, celle des CMPP d'Ile-de-France a fait l'objet d'une enquête³. En CMP, globalement, un quart des demandes obtiennent un rendez-vous médical dans le mois, et plus de la moitié avant trois mois : 30 % ont un rendez-vous au-delà de trois mois et les délais de plus de six mois concernent encore environ 20 % des demandes. Même si, manifestement, la réponse n'est pas satisfaisante pour près de la moitié des cas, il est donc inexact de dire qu'il faut six mois pour obtenir un rendez-vous.

- Les demandes adressées au CMP ont un caractère saisonnier, avec des pics qui correspondent au rythme des demandes mobilisées par les difficultés scolaires en début et en fin d'année scolaire, qui ne correspondent pas complètement à ceux observés pour les demandes en urgence. Au regard de ces demandes, les propositions de rendez-vous pour de nouveaux patients ont aussi un caractère saisonnier, correspondant aux congés scolaires. L'absence prévue d'enfants en vacances redonne des disponibilités de plages de rendez-vous. Il est donc possible d'optimiser l'utilisation de ces périodes pour recevoir les premiers rendez-vous.

- De nombreux secteurs ont mis en place des processus d'accès à un premier rendez-vous qui diffèrent selon l'âge des enfants : petits et adolescents sont donc reçus plus rapidement, et les enfants d'âge scolaire élémentaire, les plus nombreux dans les files actives attendent plus longuement, avec les répercussions, entre autres scolaires, que l'on peut imaginer.

1. + de 7 % en trois ans depuis 2000 (DREES 2005).

2. Selon l'étude de la DREES de 2003, « 85 % des secteurs ont établi une liste d'attente pour un premier rendez-vous en ambulatoire (hors urgence et hors prise en charge pour une psychothérapie au cours de l'année) ».

3. En CMPP en Ile de France, il faut en moyenne 88,66 jours pour que la demande initiale d'un enfant ou de sa famille aboutisse à un premier rendez-vous, puis de nouveau 84,7 jours entre ce premier rendez-vous et le début du traitement (et donc 6 mois avant de commencer réellement la prise en charge).

- Les délais varient aussi en fonction du profil de l'enfant, de la prise en charge dont il a besoin et de la disponibilité des professionnels qu'elle mobilise. Dans certains endroits, les demandes de psychothérapies sont prises en charge dès le premier rendez-vous et les indications de rééducation en orthophonie et en psychomotricité demandent parfois un délai plus long selon des places disponibles. Ailleurs, c'est l'inverse. C'est après le premier rendez-vous que s'établit une autre liste d'attente pour les psychothérapies. Cette priorisation souvent tacite au sein des équipes est très différente d'un CMP à l'autre et ne fait l'objet d'aucune validation.

L'urgence vraie est rare et si, face à une demande, un certain délai dans la proposition de prise en charge peut avoir un effet maturatif, cela ne peut en aucun cas servir de justificatif à la pérennisation de listes d'attentes comportant des délais inacceptables. Car, pendant ce temps, les familles et l'enfant restent sans réponse et sans soutien face à un besoin de plus en plus aigu ou, au contraire, progressivement dénié.

Devant l'annonce, le plus souvent téléphonique, de la longueur de ces délais d'attente, comment réagissent les familles ? Certaines se dirigent vers le secteur privé lorsque c'est possible. D'autres acceptent l'inscription sur la liste d'attente, gardent le contact avec l'équipe, téléphonent ou passent régulièrement s'assurer qu'une place leur est bien réservée. D'autres encore, et peut être les plus en besoin, en revanche, ne retéléphonent pas et ne viennent pas au rendez-vous transmis par courrier après des mois de silence. Le vide répond au vide. Nous ne savons pas ce qu'elles ont fait entre temps. Le devenir des demandes disparues devant l'absence de réponse rapide n'a jamais fait, à notre connaissance, l'objet de recherche. Elle pourrait nous fournir de meilleurs indicateurs de risque nécessaires si l'on veut prioriser la réponse aux besoins.

L'inégalité de répartition des moyens sur le territoire conditionne en partie l'ambition de réponse des équipes : les restrictions budgétaires imposées aux hôpitaux obligent certaines d'entre elles, et pas toujours les mieux pourvues, à agir avec moins de moyens, à se réorganiser, en ajoutant du découragement au malaise. Pourtant, il n'y a pas de corrélation stricte entre densité médicale en psychiatre de secteur public, effectifs des postes non médicaux et délais d'attente du premier rendez-vous dans les CMP...

Si quelques équipes épuisées ont donc baissé les bras, se sont repliées sur une activité limitée aux demandes exprimées et aux cas lourds, assu-

rant que la qualité de leurs prises en charge prime sur une réponse quantitative aux besoins, d'autres, en revanche, tendent à transformer leur pratique.

L'augmentation du recours aux soins en pédopsychiatrie a donc exercé des effets sur les prises en charges elles-mêmes. Pour s'adapter, les équipes ont dû, parfois sans le définir explicitement, modifier leurs propositions de soins : le patient est reçu moins souvent ⁴, ou est suivi moins longtemps ⁵ et bénéficie de moins de séances hebdomadaires. Des types de soins nouveaux se développent : des thérapies brèves, des thérapies de groupe, des consultations thérapeutiques. Mais aucune évaluation de ces transformations n'est entreprise et l'on ne connaît pas réellement leurs effets sur les listes d'attente.

Dans de nombreux CMP pourtant, jugeant inacceptable de faire attendre six mois une personne qui va très mal, les équipes se sont organisées pour réserver des plages d'accueil aux demandes non programmées ou pour recevoir les familles une première fois en diversifiant les personnes susceptibles d'effectuer le premier accueil ou en inventant de nouvelles modalités d'accueil telles que des groupes d'accueils de parents, des groupes d'observation d'enfants.

La liste de ces organisations nouvelles est grande et chaque secteur a les moyens de s'y trouver en cohérence avec ses principes s'il veut bien réfléchir à ses priorités face aux listes d'attente : par population (les délais n'ont pas la même incidence pour des bébés), par degré d'urgence présumée ou de risque (les conséquences de différer des soins peuvent être graves dans certaines situations d'états psychiques post-traumatiques aigus ou de crise suicidaire), par types de soins à mobiliser (pourquoi laisser en attente une demande d'orthophonie si l'intersecteur ne dispose pas de temps d'orthophoniste), etc.

Une des questions est donc la suivante : si nous avons le pouvoir de faire attendre, avons-nous celui de ne pas le faire et comment ?

Ce problème de l'accès aux soins est complexe et demande une attention qui va au-delà de la possibilité de réponse à un premier rendez vous au CMP. En effet, après un premier entretien d'évaluation, certains enfants sont inscrits sur une nouvelle liste d'attente pour bénéficier de consultations, de rééducation, de psychothérapies, de thérapies familiales, et, bien qu'en attente de soins, ne font plus partie de la liste d'attente. D'autres encore sont réorientés vers le secteur privé, les CMPP, un SESSAD via la MDPH, ou des réponses sociales, mais souvent ces réorientations prennent du temps et sont faites sans véritable accompagnement ni suivi.

Depuis la mise en place de la loi de 2005 sur l'égalité des chances, de nouvelles filières se mettent en place, qui font l'économie de la demande de soin en pédopsychiatrie de la part de la famille. Ainsi, l'enfant en grande difficulté scolaire persistante sera d'emblée orienté vers la MDPH qui, avec un certificat médical succinct, aura recours à un SESSAD d'accès rapide et d'autant plus facile que leur nombre se multiplie. Mais cela ne peut remplacer une réelle évaluation psychopathologique qui, au-delà des délais d'accès, prend du temps et demande une mobilisation de la famille. Dans le cas des troubles envahissants du développement, sur certains territoires, depuis que la présence des AVS offre une possibilité de maintien de la scolarisation en milieu normal et peut être aussi une réponse à la représentation de saturation que le dispositif de soins renvoie. On commence à percevoir les effets de ces changements : contrairement aux recommandations de soin précoce, l'âge auquel les demandes de prise en charge inten-

sives en hôpital de jour ou en CATTP arrivent tend à reculer. Or, la possibilité d'accès à une place dans l'hôpital de jour ou le CATTP du secteur où elles pourront bénéficier d'une thérapie intensive, pratiquer des activités médiatisées (activités artistiques, psychodrame, groupes de parole sur des thèmes précis...) reste aussi très longue. Elle laisse à nouveau les enfants, les familles et les professionnels (enseignants, éducateurs, etc.) non plus sur une liste d'attente mais en attente, souvent pour une durée incertaine et non balisée.

Les pouvoirs publics se sont penchés sur ces problèmes pour développer des outils, mais il n'existe pas de recommandations de bonnes pratiques sur lesquelles les équipes pourraient s'appuyer pour développer une stratégie efficace et une politique compréhensible afin d'améliorer le délai et de gérer l'attente dans l'accès aux soins.

Les articulations entre les différentes organisations dans le domaine de la santé mentale des enfants, les systèmes d'évaluation de la priorisation des besoins et les mesures des délais d'attente, les moyens pour les résorber sont des points qu'il devient, dès lors, de plus en plus important de considérer. Faut de quoi, on risque d'en venir à une situation comme dans certains pays où, hors urgence et pathologie sévère, il n'y a pas de soin psychique en pédopsychiatrie, mais seulement une prescription médicamenteuse et une prise en charge éducative de l'enfant et des parents. Ou alors, va-t-on en arriver à prioriser la motivation et l'efficacité comme en Grande-Bretagne où, par exemple, pour une greffe coronaire, les patients non motivés ou n'ayant pas fait preuve de leur compliance ou de leur abstinence, sont inscrits sur une liste d'attente jusqu'à leur désintoxication ?

Plusieurs questions doivent trouver des réponses avant de résoudre celle des délais d'attente devant la porte d'entrée des soins, qu'il s'agisse du CMP ou d'autres lieux tels que les maisons des adolescents, les urgences, les services de pédiatrie... Quelle place donner au repérage des troubles de l'enfant par les acteurs de la santé mentale de l'enfant : qui peut, qui doit repérer, quoi et pourquoi ? Comment, à partir d'un repérage, passer à une meilleure prévention : où s'adresser lorsqu'on est alerté et comment confirmer une alerte lorsque l'enfant est en crèche, à l'école, en lieu de loisirs, en consultation ou hospitalisé pour tout autre chose ? Vers quel dispositif l'orienter ensuite de la façon la plus pertinente ?

À partir de cette interrogation qui n'appartient pas aux seuls psychiatres, de nouveaux modèles de l'organisation des soins pourraient comprendre : un niveau de dépistage en santé mentale, un service téléphonique de recours pour les familles, les médecins, les professionnels du champ de la santé mentale, une possibilité d'accueil pour une évaluation situationnelle avec des outils spécifiques pour améliorer l'orientation. Cette nouvelle organisation devrait comprendre, en outre, un service de suivi proactif du devenir des demandes capable de mobiliser un accompagnement en cas de délai, des modalités diversifiées de réponses à la demande de consultation médicale ou non médicale, en urgence ou différée, sur un lieu de soin ou au domicile (au sens large, c'est-à-dire également dans les foyers et les lieux de consultation médicales), une réévaluation régulière et pluridisciplinaire des soins et de l'accompagnement engagés, incluant un soutien aux parents et aux adultes responsables de l'enfant.

Au niveau des CMP, une meilleure organisation permettra de réduire considérablement les délais sous condition d'abord de modifier l'accueil : coordonner/centraliser l'accueil, améliorer le recueil téléphonique de l'information utile pour évaluer les modalités de réponses les plus efficaces et les orienter au mieux. Il s'agit aussi de se doter d'outils pour évaluer les demandes et prioriser les réponses, de prévoir dans les plannings des temps spécifiquement consacrés aux nouvelles demandes et d'avoir une réactivité pour mieux utiliser les plages de rendez-vous décommandés. On peut aussi organiser des entretiens d'accueil par les psychologues, les

4. Depuis 1991, le nombre moyen annuel d'actes est passé de 12 actes à 9 actes/enfant.

5. Deux à trois ans en moyenne.

infirmiers ou d'autres professionnels, mettre en place des consultations hospitalières d'avis établissant des liens étroits avec les médecins traitants, recevoir les parents individuellement ou en groupe sur des temps de permanence pour leur présenter les dispositifs de soins et organiser une dynamique d'échange et de soutien entre parents. Enfin, on peut aller vers l'extérieur pour aider les professionnels dans leur compréhension des troubles de l'enfant et du dispositif de soin, mieux connaître les différents intervenants du champs social et médico-social de façon à utiliser localement toutes les ressources du territoire...

Dr Catherine Isserlis

Pédopsychiatre

Chef de service au CH de Versailles

Membre permanent à la MNASM

III. Réduire les délais d'attente en CMP : deux exemples aboutis.

A. Réduction des délais d'attente en CMP : l'exemple du Pôle de Psychiatrie Publique pour Enfants et Adolescents de l'EPSM Lille-Métropole (Armentières, Tourcoing).

Le secteur 59 I 03 de psychiatrie infanto-juvénile du docteur Vincent Garcin se compose de trois centres de santé mentale qui regroupent les activités de consultations (CMP) et de groupes thérapeutiques (CATTP), un dispositif d'accueil familial thérapeutique, 36 places d'hôpital de jour et une unité d'hospitalisation à temps complet de 8 lits (la clinique Nicolas de Staël) sur le site de l'hôpital, deux unités mobiles d'intervention dans le cadre des dispositifs spécifiques de soins pour les adolescents (DSSA) et, depuis deux ans, pour la périnatalité/petite enfance (DSSPPE). La file active annuelle est de 3 200 enfants et adolescents.

En 2002, les délais d'attente au CMP étaient de 8 mois pour obtenir un rendez-vous. Ils ont été réduits à moins de 30 jours pour 81 % des demandes de rendez-vous et ce, en quelques années, grâce à une réorganisation en profondeur du dispositif de traitement des demandes.

Cette réorganisation, effectuée à moyens constants, a impliqué de profondes modifications dans la manière de travailler, la gestion des temps de travail et la collaboration entre les différents professionnels.

Elle a suivi deux axes : une réorganisation de l'accueil des nouvelles demandes (rendez-vous donnés à moins de 30 jours) et la création d'une équipe mobile d'intervention auprès des adolescents, deux dispositifs certifiés selon les normes qualité ISO 9001 depuis novembre 2005.

Cependant, ces changements ne se sont pas faits sans heurts. À ce titre, la situation d'Armentières reflète assez bien les difficultés rencontrées par ceux qui s'attaquent à une réduction de leurs délais d'attente. Réduire les délais d'attente en psychiatrie, c'est possible, mais au prix de gros efforts de management. Créer une dynamique d'équipe dans laquelle chacun se sente concerné par les nouveaux objectifs et trouve un intérêt professionnel à l'évolution des pratiques est primordial pour la réussite de ce type de projet.

1^{er} axe : la réorganisation de l'accueil des nouvelles demandes.

Le pivot de cette réorganisation est la promotion du premier accueil infirmier.

La gestion des demandes débute avec l'accueil téléphonique par le secrétariat médical qui remplit une « feuille de contact », comprenant un ensemble de renseignements administratifs et relatifs également à la motivation de la demande. Un rendez-vous est alors donné, à moins de 30 jours, avec un infirmier, qui va réaliser le premier accueil.

Ce délai de prise de rendez-vous, inférieur à 30 jours, est rendu possible grâce à une gestion partagée des agendas. Chaque professionnel doit laisser toutes les semaines des plages horaires vacantes afin d'être disponible pour de nouveaux rendez-vous, nonobstant ses autres activités, de suivi, de réunion, de formation... Le nombre des plages horaires vacantes par professionnels et leur durée dépend du temps de présence des professionnels dans le CSM. Les plages horaires libres des professionnels pour les nouvelles consultations figurent donc dans un classeur à disposition des secrétaires médicales qui assurent l'accueil téléphonique.

Si, à la réception de l'accueil téléphonique, la secrétaire médicale, formée à cet effet, décèle une urgence particulière de la demande, elle peut faire appel à un professionnel infirmier, assistant social ou psychologue présent sur place pour confirmer le caractère prioritaire de l'appel et proposer un rendez-vous dans un délai plus rapproché, voire, le cas échéant, faire appel aux dispositifs spécifiques de soins DSSA (voir *infra*) ou DSSPPE.

À l'occasion du premier entretien, le professionnel réalise alors l'évaluation de la situation clinique qui a entraîné l'adressage de l'enfant ou de l'adolescent au CSM.

À ce stade de la procédure, la responsabilité médicale n'est pas occultée. Elle est assurée dans le cadre de réunions hebdomadaires dites de synthèse, à l'occasion desquelles le médecin de l'équipe valide le projet thérapeutique en approuvant, ou non, la décision de suivi du patient. Par ailleurs il s'engage, à la demande du professionnel qui a assuré le premier accueil, ou de sa propre initiative, à voir tout patient pour lequel le diagnostic aurait besoin d'être affiné.

À l'occasion de la synthèse, un rendez-vous adapté à la situation est donc décidé :

- le suivi direct : psychologique, infirmier, par une assistante sociale ou par un éducateur ;
- un bilan : orthophonique ou psychomoteur, psychométrique par un psychologue ;
- un rendez-vous médical en binôme médecin/infirmier ;
- et, si la situation l'exige, les professionnels du CSM font appel au DSSA ou DSSPPE.

L'information du patient et de sa famille, ou du référent social quant aux propositions faites par l'équipe pluridisciplinaire est fournie par le professionnel qui les a reçus lors de leur premier entretien. Pour cela, le professionnel propose un nouveau rendez-vous ou contacte le patient et sa famille par téléphone. Un courrier est également envoyé, y compris au médecin traitant si la famille est d'accord.

2^e axe : la création d'une équipe mobile via le Dispositif Spécifique de Soins aux Adolescents (DSSA)

Cette équipe mobile intervient dans les 24 heures, du lundi au samedi matin, auprès des adolescents de 12 à 18 ans pour toute situation signalée lorsque le dispositif général ne peut répondre.

Elle a pour but de faciliter l'accès des adolescents en difficulté aux lieux

de soins adaptés, en répondant aux demandes des professionnels de santé, médecins scolaires, généralistes, cliniciens hospitaliers ou du CSM lui-même, lorsque le délai de réponse de ce dernier s'avère inadapté à l'urgence de la situation.

La caractéristique de cette équipe mobile est que, sauf exception, le premier binôme à se porter au-devant de l'adolescent est constitué de personnels non médicaux (infirmier, psychologue, assistante sociale) qui, le cas échéant, peuvent à tout moment contacter le psychiatre référent en astreinte téléphonique.

Selon le docteur Garcin, le travail en binôme pluridisciplinaire renforce les capacités des professionnels à faire face aux situations les plus difficiles. Elle favorise également l'ancrage thérapeutique auprès d'adolescents en général rétifs à entrer directement dans le face à face avec un psychiatre.

Cette équipe mobile a été créée à moyens constants sur le principe d'une mutualisation des ressources. Elle fonctionne avec 3,2 ETP non médicaux détachés de l'équipe du CSM, soit neuf personnes. À ces neuf intervenants s'ajoutent trois médecins qui, chacun leur tour, assurent quotidiennement l'astreinte téléphonique et les éventuelles visites décidées le lendemain de l'intervention du binôme si celui-ci n'a pas pu, pour diverses raisons, aller au bout de sa mission.

Elle a totalisé 600 interventions en 2007. Ses modalités d'intervention se répartissent comme suit :

- pour 72 % dans les services de pédiatrie des deux CH du secteur qui accueillent les adolescents jusqu'à 18 ans ;
- pour 22 % dans le CSM même, lorsque le délai d'accueil est trop long (plus de trois semaines) et/ou est inadapté à l'urgence de la situation ;
- pour moins de 1 %, les déplacements de l'équipe mobile ont lieu au domicile et sont donc très minoritaires ;
- les 5 % d'interventions restantes sont organisées au cabinet du médecin généraliste, dans un autre centre hospitalier ou bien en psychiatrie générale, pour les adolescents de plus de 16 ans qui y ont été hospitalisés d'emblée.

Le docteur Garcin constate que les jeunes consentent rapidement aux soins, puisqu'une moyenne de deux interventions par adolescents suffit à assurer l'ancrage thérapeutique.

Le DSSA semble démontrer qu'en inversant les modalités habituelles d'accès immédiats aux soins, on en facilite l'accès à plus long terme. On réduit d'autant et de manière mécanique les délais d'attente en répondant aux demandes urgentes tout en développant une approche originale de la prévention et du dépistage des pathologies spécifiquement adolescentes.

Les conditions de la réussite

Ce modèle est-il transposable à d'autres services de psychiatrie ?

La première condition de sa réussite, puisqu'il a été mis en œuvre à moyens constants, semble être de disposer de ressources suffisantes de fonctionnement. Le secteur 59 I 03 de psychiatrie infanto-juvénile, avec notamment 8 ETP de psychiatres, est relativement bien doté, même si le docteur Garcin insiste sur la densité de peuplement particulière de la région.

Le secteur couvre un vaste territoire, essentiellement urbain et suburbain de 23 communes dont les principales sont Tourcoing et Armentières, soit une population de 260 000 habitants. La part des jeunes y représente d'ailleurs 30 % de la population totale, soit près du double de la moyenne nationale qui se situe à 17 %. La population couverte par l'intersecteur est donc de 85 000 mineurs là où un intersecteur « moyen » dessert en général une population plus proche de 41 200 habitants

(chiffres DREES 2003).

En réalité, au-delà des ressources disponibles qui, de toutes évidence, lorsqu'elles sont suffisantes, permettent mieux de « lisser » les changements consentis, il s'agit bien plus d'un effort vers une plus grande transparence et une mutualisation des agendas professionnels qui a permis cette réduction des délais d'attente. Le maître mot « étanchéité des temps de travail » implique que chacun joue le jeu de provisionner du temps pour les demandes nouvelles. Il ne s'agit pas de superposer de nouveaux niveaux d'accueil, mais bien d'articuler des modalités d'accueil différentes, assurées par les mêmes professionnels au sein des mêmes équipes. L'équipe mobile, en effet, est en réalité « détachée » de l'équipe des CSM.

La mise en place de cette organisation nécessite également de modifier la « culture » de la prise en charge. Il n'y a pas que le psychiatre ou le psychologue clinicien qui peuvent établir un premier diagnostic ou un suivi du patient. Mais l'enjeu n'est pas seulement clinique, c'est aussi celui d'un certain pouvoir, que d'aucuns ne sont pas prêts à abandonner.

Selon le chef de service, le docteur Garcin, qui récuse toute forme de « contrôle » sur le travail clinique des professionnels, cette adaptation s'est effectuée sur le mode de l'autorégulation des acteurs entre eux, pour mettre à plat et harmoniser leurs pratiques. Cependant, selon ses dires mêmes, l'adhésion au sein d'une équipe n'est pas toujours unanime, tant, pour certains, le renoncement aux habitudes et à une certaine autonomie ne vont pas de soi.

En particulier, toute réorganisation au sein d'un CMP oblige à questionner et à encadrer le temps FIR accordé aux psychologues puisque, indéniablement, il diminue le temps total disponible pour la prise en charge clinique. De même, il n'est pas encore entré dans les usages que les PH, pourtant astreints au décompte de leur temps de travail et aux tableaux de service depuis la mise en place de l'ARTT médicale, jouent le jeu de la transparence des agendas partagés.

L'enjeu n'est pas uniquement de proposer un premier accueil rapide mais, également, de pouvoir rapidement décider de la suite de la prise en charge. Il faut donc être capable de maîtriser le délai entre le premier accueil et la décision institutionnelle sur la nature des soins à offrir, être capable d'accueillir de nouveaux patients tout en continuant à s'occuper de ceux déjà présents dans la file active. Comment, alors, ne pas être amené à se poser la question de la durée et des fins de prise en charge, des modes d'approche thérapeutique ? Le docteur Garcin a préféré laisser ces questions dans le champ des pratiques personnelles.

En conclusion, on observe un projet innovant et audacieux qui semble porter ses fruits même si, d'une part, il peut se heurter à des blocages culturels et, d'autre part, il laisse en suspens d'autres questionnements, de nature plus clinique, sur les modes de prise en charge.

Comme l'exemple du CASP de Rouen (voir *infra*), il est une approche possible pour réduire les délais d'attente qui suppose une très forte motivation de la part de tous les acteurs ainsi qu'un management rapproché. Y sommes-nous prêts ?

Sabine Rivet

Directrice d'Hôpital
Membre permanent MNASM

B. Réduire les délais de rendez-vous en CMP sectoriel : la mise en place d'un Centre d'Accueil de Soins Psychiatriques intersectoriel d'agglomération, l'exemple du CASP de Rouen.

Ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 20 h, le Centre d'accueil et de soins psychiatriques Saint-Exupéry est une structure d'accueil et de soins psychiatriques non programmés et une Unité fonctionnelle du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie générale. Un de ses objectifs est une réduction sensible des délais d'attente en CMP. Il devrait également devenir progressivement un centre de gestion des crises et un centre de ressources pour les professionnels du réseau.

Situé non loin du centre de Rouen, près du CHU, le CASP a initié son activité autonome le 5 janvier 2009 et couvre le territoire de santé de l'agglomération rouennaise, soit une population de 450 000 habitants.

Intersectoriel, il travaille avec les dix secteurs (et pôles) de l'EPSM du Rouvray. Son travail est complémentaire de celui des CMP, des psychiatres et psychologues libéraux, des médecins généralistes, en partenariat avec des acteurs du champ sanitaire, médico-social et social.

Nous privilégions des délais courts d'accès aux soins par un accueil infirmier qui peut se réaliser dans la journée, renforcé par une consultation urgente ou différée de psychiatre ou une proposition de suivi psychologique afin d'assurer la prise en charge psychiatrique du patient, le temps que s'organise le relais vers le secteur de rattachement, vers un médecin traitant, un psychiatre ou un psychologue libéral.

Nous gérons ainsi les situations de crise en amont des urgences psychiatriques hospitalières ou après réorientation par celles-ci. Nous répondons à des demandes d'avis psychiatriques urgents du SAMU, des services des urgences médicales, de médecins généralistes ou spécialistes de l'agglomération. Nous sommes aussi régulièrement sollicités par les acteurs des secteurs médico-social et social pour prendre en charge les situations aiguës et les aider à réinscrire ces patients dans les circuits de soins.

Il nous semble important que le CASP puisse être un centre de crise qui permette d'apporter une aide concrète à un professionnel ou à une famille en difficulté avec une personne malade. Pour cela, nous avons instauré des réunions de travail avec nos partenaires extérieurs et des rencontres en commun au domicile du patient pour évaluer les situations qui nous sont soumises dans le souci de constituer des « réseaux primaires », c'est-à-dire centrés sur le suivi du patient.

Nous réfléchissons aussi à la mise en place d'une équipe mobile disponible pour aider à la résolution de crises hors de notre lieu d'implantation.

Le CASP se veut aussi centre ressource et se propose de favoriser la création d'un « réseau secondaire » de professionnels de la santé mentale de l'agglomération rouennaise, dans le respect de la spécificité de chacun, sur la base du volontariat, afin d'évaluer la diversité de l'offre de soins, de réduire les cloisonnements. Nous entreprenons de réunir nos partenaires des secteurs psychiatriques, des psychiatres, des généralistes et des psychologues libéraux avec le concours du pôle libéral de santé publique afin de promouvoir un Réseau de santé mentale du territoire de l'agglomération rouennaise. Ce réseau est en cours de constitution.

Le travail infirmier au CASP de Rouen.

Le fonctionnement du CASP de Rouen est organisé autour d'un premier accueil infirmier. Toute personne qui se présente est reçue le jour même, avec ou sans rendez-vous.

L'infirmier(e) évalue la situation et la demande du patient, puis l'oriente. Ce travail s'effectue en collaboration étroite avec le médecin et la psychologue qui consultent dans la structure. Lorsque la demande est urgente et nécessite une consultation médicale, c'est par le médecin présent sur place que le patient est reçu, également le jour même.

L'infirmier(e) peut aussi être amené à suivre un patient qui nécessite un soutien régulier, pour lequel le besoin médical ou psychologique n'est pas encore repéré, ou dans le cadre d'un suivi conjoint avec le psychiatre ou le psychologue.

L'entretien d'accueil infirmier d'un patient consiste à repérer les raisons de sa venue. Il a réussi à franchir le pas de venir parler avec un professionnel, et cette démarche n'est pas toujours facile. Il s'agit de l'amener à se raconter. Il faut évaluer la demande, guider l'entretien et comprendre le pourquoi de sa démarche.

Si l'on a affaire à une personne qui peine à s'exprimer du fait de son mal être, de son angoisse ou parce qu'elle n'ose pas parler, notre travail est de lui faciliter la tâche en la questionnant de manière simple. Les renseignements administratifs peuvent être une aide pour nouer le dialogue et accéder à l'histoire du patient.

La question du temps accordé au patient est primordiale, car les personnes qui viennent consulter sont souvent en bout de course : elles

n'ont pas trouvé dans leur entourage proche d'oreille suffisamment neutre ou bienveillante. À ce stade de leur demande, notre disponibilité fait partie intégrante du soin.

Nous recevons des patients de tous les secteurs qui seront réadressés ensuite, avec leur accord et une fois leur état clinique stabilisé.

Nous avons besoin pour cela de travailler avec les partenaires et les collègues des autres secteurs.

Nous nous réunissons chaque semaine pour réfléchir à nos méthodes de travail et résoudre les éventuelles difficultés rencontrées pendant la semaine écoulée. Cette réunion clinique permet d'articuler le travail des différents professionnels et de définir le projet de soins. Nous sommes régulièrement invités par les partenaires de l'agglomération rouennaise pour apporter notre regard soignant dans telle ou telle situation et trouver des modalités de travail en commun dans l'intérêt de la personne.

Cette réorganisation a nécessité une réflexion sur la place et le rôle de chacun au sein de l'équipe. La difficulté pour les soignants du CASP est de ne pas se laisser déborder par les demandes pour continuer à proposer une offre de soins de qualité.

Ce type de travail est exigeant, mais l'équipe est motivée par un même intérêt et la bonne cohésion pluridisciplinaire permet de maintenir un cadre de travail constructif et intéressant pour tous.

Véronique Malbrec

Cadre de Santé, CASP Saint-Exupéry
Courriel : casp@ch-lerouvray.fr

L'équipe du CASP est (trop) réduite en nombre :

- une secrétaire médicale à mi-temps ;
- 5 ETP d'infirmiers ;
- un cadre de santé ;
- une assistante sociale à temps partiel ;
- une psychologue à mi-temps ;
- un temps plein de psychiatre senior.

Ceci suppose réflexions et accords sur les fonctions du secrétariat, la place de l'entretien infirmier d'accueil, la disponibilité des psychologues et des médecins, les permanences et les astreintes pour couvrir l'amplitude horaire.

Le CASP a pu ouvrir grâce à la reconversion d'un hôpital de jour de 15 lits à laquelle s'est ajoutée une dotation par l'ARH d'un poste de praticien hospitalier temps plein, de deux ETP infirmiers et d'un poste d'assistante sociale.

Notre bilan d'activité au 15 mai 2009 fait apparaître :

- 287 nouveaux patients (premiers passages) ;
- 459 entretiens infirmiers réalisés pour 369 patients.

La proportion d'entretiens infirmiers s'accroît progressivement à mesure que l'équipe se forme à ce mode de fonctionnement :

- 130 consultations psychologiques ;
- 65 entretiens de service social ;
- 758 consultations psychiatriques pour 583 patients.

Les demandes émanent, à part égale, des services d'urgence, des médecins libéraux, des secteurs psychiatriques, du secteur social, médico-social, du patient lui-même et de son entourage.

Le CASP s'est donné pour mission d'améliorer l'accès aux soins des patients et de diminuer les délais des réponses autant que possible. L'extension de son activité au territoire de l'agglomération rouennaise, la création future d'une équipe mobile, le développement des pratiques de réseau, permettront de compléter le dispositif existant. Il s'articule tout naturellement avec le travail des secteurs psychiatriques, des services d'urgence, de la pratique libérale, en partenariat avec le secteur social, médico-social et associatif, afin de permettre à la psychiatrie publique de mieux répondre à sa mission.

Cette nouvelle organisation est fragile, questionnante et questionnée. Elle a permis et permet depuis son ouverture de proposer des délais courts de réponse à toute demande d'avis spécialisé « psy » extra-hospitalière. Elle œuvre ainsi à la réduction des délais de rendez-vous en lien avec les CMP. Elle est très appréciée de nos partenaires.

Docteur Alain Guiffes,
Docteur Christophe Hennart
CASP Saint-Exupéry-Rouen
Courriel : casp@ch-lerouvray.fr

Pour information et réflexions Un numéro sur le Contrôle général des lieux privés de liberté est à venir.

Recommandations du 18 juin 2009 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatives au centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne)

NOR: CPLX0914819X

Le centre hospitalier Esquirol de Limoges a été visité du 9 au 11 décembre 2008 par quatre Contrôleurs mandatés à cette fin par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Les constats opérés lors de cette visite ont donné lieu à un premier rapport qui a été envoyé au directeur de l'établissement le 19 décembre 2008.

Le directeur a fait connaître ses observations sur ce rapport par lettre du 6 janvier 2009.

Le rapport complet de la visite a été communiqué pour observations à la ministre de la santé et des sports, le 10 février 2009.

La ministre a fait connaître ses remarques, qui seront annexées au rapport, par lettre en date du 6 avril 2009.

A la suite de cette procédure, et conformément à la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a décidé de rendre publiques les recommandations suivantes :

1. Si l'information des malades admis en hospitalisation sans consentement est donnée de manière rapide et homogène sur l'ensemble de l'établissement, l'exercice des voies de recours n'est néanmoins pas suffisamment garanti aux patients : les explications données le sont exclusivement par un personnel soignant dans des termes juridiques peu accessibles. Un modèle de document national, à destination d'un public non averti, devrait être élaboré, notamment en lien avec les associations d'usagers.
 2. Le droit à la vie privée n'est pas respecté lorsque les courriers adressés par les patients font l'objet d'un contrôle, même sans ouverture des enveloppes. La liberté de correspondance des malades hospitalisés sans consentement ne peut être remise en cause, y compris pour répondre à des objectifs de soin et de protection des personnes.
 3. La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement n'est pas réalisée dans les meilleures conditions, dès lors que de moins en moins de malades ont la possibilité de participer à des activités organisées en dehors des pavillons d'hébergement. L'accompagnement des malades sans consentement, a fortiori lorsque ceux-ci sont hospitalisés pour des durées parfois longues, doit être intégré dans l'organisation des services, afin qu'ils soient en mesure de prendre part aux activités aussi régulièrement que leur état de santé le permet.
 4. En l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoires, le recours à la procédure de sortie d'essai entraîne, pour certains malades, leur maintien sous un régime juridique de contrainte que ne justifie plus toujours leur état de santé et pour une durée et sans rapport avec une réelle période de transition. Cette question devrait faire l'objet d'une réflexion au niveau national.
 5. Le recours à la contention doit faire l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif au moyen d'un document renseigné de manière complète par chaque unité recevant des patients hospitalisés sans consentement. Un modèle type pourrait être élaboré au niveau national.
 6. Les précautions de sécurité s'appliquant aux personnes détenues, maintenues enfermées dans des chambres au sein d'unités sécurisées, ne doivent pas donner lieu à la dispensation de soins distincts et appauvris au sein de l'hôpital et à la suspension des droits mis en œuvre dans l'établissement pénitentiaire.
- L'égalité des malades face à la nécessité de soins impose, pour les détenus hospitalisés, que leur participation aux activités collectives soit possible afin d'intégrer les éléments thérapeutiques jugés nécessaires pour tout patient.
- Les droits reconnus aux personnes placées en détention, tels que la promenade, les visites par les personnes autorisées et la possibilité de téléphoner pour les condamnés, doivent être respectés pendant l'hospitalisation.

J.-M. Delarue JORF n°0151 du 2 juillet 2009 page texte n° 58

PLURIELS

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

Directeur de la publication :
Serge Kannas

Rédacteur en chef :
Sabine Rivet

Ont participé à ce numéro :
Alain Guiffes, Christophe Hennart,
Catherine Isserlis, Serge Kannas,
Hervé Laborie, Véronique Malbrec,
Jean-Jacques Moitié, Sabine Rivet.

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

Pluriels sur internet

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

www.mnamsm.com