

NOUVELLE ÉDITION
JANVIER 2025

RÉPONDRE À L'URGENCE ET BÂTIR L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE

LES PROPOSITIONS
DE LA FHF

AVANT-PROPOS

Le groupe de travail psychiatrie de la FHF

La constitution d'un groupe de travail sur la psychiatrie est la traduction d'un engagement résolu de la Fédération hospitalière de France envers l'amélioration continue des parcours de soins des patients et de la situation de la psychiatrie publique qui en assure la majeure prise en charge en France. Placé sous la présidence du D^r Sylvie Péron, ce groupe réunit une trentaine de membres, aux profils variés et exerçant dans différents types d'établissements. Ces membres sont reconnus à la fois pour leur expertise de terrain, mais également pour leurs éclairages précieux sur les défis actuels en matière de psychiatrie.

Fortement ancré dans une démarche proactive, ce groupe tire son inspiration des travaux précédents de la FHF, tant sur la psychiatrie adulte¹ que sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent². Son objectif principal est d'approfondir ces propositions, de les expertiser, et de les faire évoluer à la lumière des conséquences de la pandémie de Covid-19 et des difficultés accrues rencontrées par la psychiatrie.

Ces travaux de réflexion ont été précédés par le lancement d'une enquête auprès de l'ensemble des établissements publics autorisés en psychiatrie, pour dresser un diagnostic précis des capacités, des ressources humaines, de l'accès aux soins et de l'offre de soins. Avec 48% de répondants, cette enquête a constitué une étape essentielle pour recueillir des données tangibles ainsi que des propositions concrètes issues du terrain. S'appuyant sur les enseignements issus de cette enquête, les membres du groupe de travail ont ainsi pu élaborer différentes propositions ambitieuses au service de la structuration des parcours de soins en psychiatrie.

Le présent livret est l'aboutissement d'un travail au long cours. Après une première publication des propositions de la FHF en avril 2024, cette nouvelle édition couvre l'ensemble des composantes de la psychiatrie.

¹ Propositions de la FHF pour la psychiatrie et la santé mentale, 2015.

² Propositions de la FHF pour la promotion et le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2019.

ÉDITO



Zaynab RIET

*Déléguée générale de la Fédération
hospitalière de France*

Arnaud ROBINET

*Président de la Fédération
hospitalière de France*



La pandémie de Covid-19 a rappelé toute l'importance de la santé mentale au sein de nos sociétés. Avec près d'une personne sur cinq touchée par des troubles mentaux au cours de sa vie, et une souffrance psychique amplifiée par les bouleversements sociaux et économiques, il est impératif de repenser notre approche en matière de psychiatrie pour faire face aux besoins actuels et futurs.

L'offre de soins en psychiatrie souffre de difficultés majeures, et d'une répartition inégale sur le territoire. L'enquête lancée par la FHF auprès des établissements publics à l'été 2023 a mis en évidence qu'un quart des établissements se déclarent en grande difficulté pour répondre à la demande. L'accès aux soins constitue un enjeu crucial et une urgence, nécessitant la mise en œuvre d'actions concrètes pour garantir une prise en charge équitable pour toutes et tous.

Dans ce paysage, le secteur public joue et continuera de jouer un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients. Il assure en effet le suivi de la grande majorité des patients, en ambulatoire et en hospitalisation, et la prise en charge des pathologies lourdes et des patients aux situations les plus complexes. Cependant, des défis persistent, notamment en termes d'accès aux soins et de répartition de l'offre sur le territoire.

C'est la raison pour laquelle la FHF et les établissements publics, forts de leur expertise et de leur connaissance approfondie de la réalité du terrain, formulent plusieurs propositions afin de garantir les parcours de soins des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Ces propositions très précises sont le fruit d'une réflexion approfondie menée par plus d'une trentaine d'experts de profils variés issus d'établissements de toute la France, que nous remercions chaleureusement.

Le premier volet de propositions, publié en avril 2024, portait sur l'organisation territoriale des soins, les parcours de prise en charge et l'amélioration de l'attractivité des métiers. Cette première publication avait reçu un accueil favorable de la part des pouvoirs publics.

Cette nouvelle édition des propositions de la FHF intègre des volets essentiels de la psychiatrie, notamment la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou encore les droits des patients.

Bâtir l'avenir d'une psychiatrie à la hauteur des besoins et des attentes de la population constitue un véritable enjeu de société. Ce défi implique de prendre des mesures concrètes à court et à long termes. Y répondre exige une vision prospective et ambitieuse, capable de répondre aux besoins évolutifs de la société en matière de santé mentale. Cela exige aussi que les pouvoirs publics se saisissent pleinement des propositions que formulent les acteurs de terrain. Ce cahier de propositions a vocation à y contribuer.

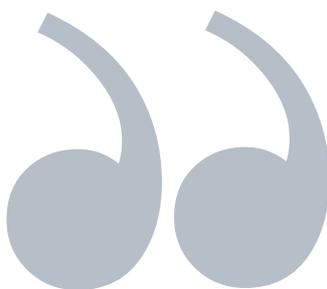


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	
Le groupe de travail psychiatrie de la FHF	3
ÉDITO	4
LES PROPOSITIONS EN SYNTHÈSE	11

PARTIE 1



REPENSER la gouvernance de la psychiatrie **15**

1. Réaffirmer la psychiatrie comme spécialité médicale à part entière sans omettre ses liens indivisibles avec les sciences humaines **16**
2. Prévoir une stratégie à dix ans pour la psychiatrie **17**
 - Assurer l'accès aux soins pour toutes et tous **18**
 - Assurer des soins pour les personnes souffrant de pathologies graves et complexes **18**
3. Mettre en place une délégation interministérielle pour porter ce plan **19**
4. Faire évoluer la gouvernance au sein des établissements **20**

PARTIE 2



RÉAFFIRMER les grands principes de l'organisation des soins en psychiatrie..... **21**

1. Garantir l'accès, la sécurité et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire français en établissement **22**
2. Réaffirmer le secteur comme socle de la prise en charge tout en l'adaptant **24**
3. Renforcer la place de l'ambulatoire et le rôle des Centres médico-psychologiques (CMP)..... **25**
 - Garantir un accès pour tous au CMP **25**
 - Recourir à d'autres dispositifs d'accès aux soins pour désengorger les CMP **26**

PARTIE 3



FAIRE ÉVOLUER nos modes de prise en charge pour répondre aux besoins de santé	27
1. Faire évoluer les objectifs de l'hospitalisation complète	28
– Interroger les objectifs de l'hospitalisation	28
– Faire évoluer l'organisation de l'hospitalisation complète pour répondre à l'objectif de bonne prise en soin des patients	30
2. Soutenir et accompagner les établissements dans l'évolution des pratiques de soins et le renforcement de l'ambulatoire	30
– Renforcer les modes alternatifs à l'hospitalisation	30
– S'appuyer sur l'utilisation d'outils numériques à certaines étapes du parcours	31
– Renforcer la qualité des soins au profit des patients	31
3. Mettre en adéquation les pratiques de soins et les attentes des professionnels	32
– Développer les partages dans les exercices en psychiatrie	32
– Développer les réunions institutionnelles pour encadrer les équipes	33
– Donner davantage de sens aux équipes sur leurs pratiques	33
4. Renforcer la place de la psychiatrie médico-légale	33

PARTIE 4



RENFORCER le lien entre la psychiatrie et les acteurs du territoire	35
1. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires du secteur de la santé	36
– Renforcer les liens avec la médecine de ville	36
– Favoriser les organisations permettant la bonne orientation des situations d'urgence	37
– Structurer et mutualiser la permanence des soins sur les territoires	37
2. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux	38
– Favoriser une approche globale des personnes âgées	38
– Prendre en charge la santé mentale des personnes handicapées	39
3. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires territoriaux de la psychiatrie et de la santé mentale	40
– Évaluer, soutenir et développer les PTSM	40
– Développer et structurer les liens avec les institutions publiques locales	41

PARTIE 5



DÉVELOPPER l'attractivité des métiers de la psychiatrie, et reconnaître les professionnels qui les exercent	43
1. Communiquer sur la psychiatrie pour améliorer la connaissance de cette spécialité médicale et lutter contre les idées reçues	44
– Faire découvrir la psychiatrie aux jeunes générations	44
– Favoriser les stages en psychiatrie pour susciter des vocations	45
– Structurer une démarche territoriale pour attirer et fidéliser les professionnels de la psychiatrie	46
2. Renforcer la formation des professionnels	47
– Consolider la formation initiale et continue des infirmiers	47
– Développer le recours aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et favoriser leur formation	47
3. Faire évoluer les statuts des professionnels pour une meilleure reconnaissance	48
– Mieux reconnaître l'exercice à l'hôpital des médecins	48
– Reconnaître les métiers de la psychiatrie	48
– Encourager l'exercice professionnel en UMD ou UHSA	49
4. Améliorer les conditions de travail en établissement psychiatrique et redonner du sens au travail	49
– Développer de nouveaux rythmes de travail	49
– Répondre aux enjeux de charge en soins	49
– Réduire la contrainte administrative pour donner du temps auprès des patients	50
– Partager les contraintes au sein des établissements et sur les territoires	50
– Développer la délégation de tâches et faire évoluer les missions des professionnels	51
– Développer le management participatif à tous les niveaux	52

PARTIE 6



RENFORCER l'offre de soins et la coordination des parcours en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	53
1. Garantir une équité d'accès aux soins en structurant l'offre de soins dans les territoires	54
– Assurer une offre de soins minimale en hospitalisation dans l'ensemble des territoires	54
– Renforcer la prévention, l'accueil et l'orientation, et consolider le rôle et les moyens des CMP	56
– Améliorer la prévention en santé mentale à tous les âges	57
2. Assurer une présence harmonisée de professionnels sur l'ensemble du territoire	59
– Favoriser les carrières médicales en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	59
– Renforcer l'attractivité des métiers soignants en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	60
3. Renforcer les partenariats et les interactions entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les autres acteurs	60
– Développer les liens avec le champ médico-social	60
– Développer les liens avec le champ judiciaire	61
– Renforcer le partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE)	61
– Renforcer le lien avec l'école	61
4. Renforcer le pilotage de la politique en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'échelle nationale et régionale	62

PARTIE 7



STRUCTURER, SOUTENIR ET DÉVELOPPER la recherche en psychiatrie 63

1. Accompagner la structuration de la recherche au niveau régional par le développement de structures régionales de recherche en psychiatrie 64
2. Assurer un niveau de financement suffisant pour soutenir la recherche en psychiatrie 65
3. Encourager la recherche paramédicale 66
4. Garantir une bonne gestion de la qualité des données et de leur traitement 67
5. Assurer un nombre adéquat de postes universitaires territoriaux pour développer la recherche 67

PARTIE 8



RENFORCER les droits des patients et de leurs représentants 69

1. Renforcer le rôle et la place des représentants des usagers au sein des établissements 71
2. Réduire les pratiques liées à l'isolement et à la contention 72
3. Entreprendre une politique ambitieuse de déstigmatisation de la maladie mentale 72
4. Améliorer l'identification des troubles 73
5. Développer la pair-aidance et la médiation en santé 74
6. Améliorer les droits des patients mineurs 75

PARTIE 9



SOUTENIR le financement des établissements publics pour répondre aux besoins de santé 77

1. Assurer un financement ambitieux et équitable 78
 - Soutenir le financement de la psychiatrie publique pour rétablir l'équité et faire face aux besoins de santé 78
 - Mettre fin à la dualité des modes de financement et garantir l'équité entre établissements 79
 - Orienter les priorités de financement vers la dotation populationnelle et consolider les variables populationnelles 80
2. La réforme de financement doit être au service d'une évolution de l'offre de soins et des pratiques 80
 - Accompagner l'évolution de l'offre de soins 80
 - Accompagner les changements de pratiques 81
 - Renforcer le soutien aux prises en charge spécifiques notamment par le financement des activités spécifiques 81
 - Articuler les moyens de financement avec la qualité des soins 82

PARTIE 10



DISPOSER de locaux et de bâtiments à la hauteur des besoins des patients	83
1. Réaliser un inventaire du parc immobilier de la psychiatrie française	84
2. Prévoir un plan national d'investissement immobilier pour la psychiatrie publique	85
3. Construire ou louer des unités au service des patients	86

ANNEXE

Composition du groupe de travail	89
---	-----------

LES PROPOSITIONS EN SYNTHÈSE



REPENSER la gouvernance de la psychiatrie

- Réaffirmer la psychiatrie comme spécialité médicale à part entière sans omettre ses liens indivisibles avec les sciences humaines ;
- Prévoir une stratégie à dix ans pour la psychiatrie ;
- Mettre en place une délégation interministérielle pour porter ce plan ;
- Faire évoluer la gouvernance au sein des établissements.



RÉAFFIRMER les grands principes de l'organisation des soins en psychiatrie

- Réaffirmer la place des agences régionales de santé (ARS) en tant que garantes de l'égalité d'accès aux soins en mobilisant les acteurs de terrain. Garantir au niveau national la pertinence des solutions territoriales trouvées par un groupe d'experts en organisant un suivi régulier ;
- Réaffirmer et repenser le secteur comme socle de la prise en charge, et articuler les prises en charges avec les filières de soins au bénéfice du patient ;
- Faire du centre médico-psychologique (CMP) le socle de la prise en charge en facilitant les modalités d'accès.



FAIRE ÉVOLUER les modes de prise en charge pour répondre aux besoins de santé

- Mener une réflexion au sein de l'ensemble des établissements sur le sens de l'hospitalisation, et développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- Développer les équipes mobiles à domicile, en pédopsychiatrie ou auprès du secteur médico-social ;
- Donner du sens aux soins prodigués, développer les temps d'analyse de pratiques professionnelles, et systématiser les réunions institutionnelles et cliniques.



RENFORCER le lien entre la psychiatrie et les acteurs du territoire

- Renforcer le lien entre psychiatrie et médecine de ville par la formation ;
- Structurer et mutualiser la permanence des soins en mobilisant l'ensemble des acteurs des territoires ;
- Évaluer, soutenir et développer les projets territoriaux de santé mentale (PTSM), outil majeur de coordination territoriale autour des enjeux de la psychiatrie.



DÉVELOPPER l'attractivité des métiers de la psychiatrie et reconnaître les professionnels qui y exercent

- Renforcer l'attractivité des métiers en psychiatrie en développant la réalisation de stages durant la période de formation ;
- Renforcer la formation des professionnels et développer la délégation de tâches ;
- Développer de nouveaux rythmes de travail, améliorer les conditions de travail et mieux partager les contraintes.



RENFORCER l'offre de soins et la coordination des parcours en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Garantir une équité d'accès aux soins en structurant l'offre de soins dans les territoires ;
- Assurer une présence harmonisée de professionnels sur l'ensemble du territoire ;
- Renforcer les partenariats et les interactions entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les autres acteurs ;
- Renforcer le pilotage de la politique en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'échelle nationale et régionale.



STRUCTURER, SOUTENIR ET DÉVELOPPER la recherche en psychiatrie

- Accompagner la structuration de la recherche au niveau régional par le développement de structures régionales de recherche en psychiatrie ;
- Assurer un niveau de financement suffisant pour soutenir la recherche en psychiatrie ;
- Encourager la recherche paramédicale ;
- Assurer un nombre adéquat de postes universitaires territoriaux pour développer la recherche.



RENFORCER les droits des patients et de leurs représentants

- Renforcer le rôle et la place des représentants des usagers au sein des établissements ;
- Réduire les pratiques liées à l'isolement et à la contention ;
- Entreprendre une politique ambitieuse de déstigmatisation de la maladie mentale ;
- Améliorer l'identification des troubles ;
- Développer la pair-aidance et la médiation en santé ;
- Améliorer les droits des patients mineurs.



SOUTENIR le financement des établissements publics pour répondre aux besoins de santé

- Assurer un financement ambitieux et équitable ;
- Mettre la réforme de financement au service d'une évolution de l'offre de soins et des pratiques.



DISPOSER de locaux et de bâtiments à la hauteur des besoins des patients

- Réaliser un inventaire du parc immobilier de la psychiatrie française ;
- Prévoir un plan national d'investissement immobilier pour la psychiatrie publique.

PARTIE 1



REPENSER la gouvernance
de la psychiatrie

Les acteurs de la psychiatrie constatent un manque de cap clair et de vision projetée pour la politique nationale en psychiatrie et santé mentale, une carence particulièrement préoccupante au regard des grandes difficultés actuelles et à venir.

Depuis plusieurs années, les rapports et les débats soulignent la dégradation continue des soins en psychiatrie, due en grande partie à un manque de moyens financiers et humains alloués au service public. Cette situation s'est encore aggravée depuis la crise sanitaire qui a accentué le déficit d'attractivité de la spécialité pour les professionnels de santé, notamment les psychiatres, pédopsychiatres, infirmiers et psychologues.

Un des signes les plus alarmants de cette crise est l'augmentation des soins sans consentement, ainsi que des pratiques d'isolement et de contention. Ces dérives sont directement liées aux sous-effectifs médicaux et paramédicaux ainsi qu'aux carences dans la formation des équipes. Cette situation ne peut plus durer. Il est urgent que les orientations politiques futures apportent des réponses concrètes et efficaces à ces constats largement partagés et déplorés.

Plusieurs plans d'action se sont succédé au cours de ces dernières années, tels que les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie, ou encore les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, sans toutefois parvenir à définir une stratégie globale et homogène pour la psychiatrie. Il est pourtant essentiel de mettre en cohérence l'ensemble de ces actions dans un cadre pluriannuel, avec une gouvernance renforcée, afin de répondre aux besoins croissants de la population.

1

Réaffirmer la psychiatrie comme spécialité médicale à part entière sans omettre ses liens indivisibles avec les sciences humaines

La prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques majeures, comme la schizophrénie, les troubles bipolaires et les dépressions sévères, doit être clairement priorisée. Une confusion persistante émerge dès la sémantique : la psychiatrie est souvent assimilée à la santé mentale, au risque de méconnaître ses problématiques particulières.

La psychiatrie est une discipline médicale qui assure les prises en charge des pathologies psychotiques les plus sévères et une réponse adaptée doit être apportée à ses enjeux. Il s'agit prioritairement de garantir les dépistages précoces, les diagnostics et le suivi au long cours des patients chroniques. Si les liens entre la psychiatrie et la santé mentale sont évidents, les réponses à apporter aux difficultés de la psychiatrie ne peuvent se limiter à des actions dans le champ de la santé mentale.

La psychiatrie publique souhaite réaffirmer son attachement aux principes de la sectorisation, mais dans un cadre adapté, élargi, et ancré dans une politique territoriale cohérente. La psychiatrie publique a été pionnière en matière de territorialité en santé, notion actuellement prônée par les autres disciplines médicales, car ces organisations sont garantes d'un parcours de soins sans rupture pour les personnes les plus fragiles et d'une recherche

constante d'efficience dans la prise en charge médico-soignantes. À cet égard, l'ambulatoire représente plus de 80 % des prises en charge.

Toutefois, on observe pour l'ensemble des spécialités médicales, un déséquilibre croissant entre les villes universitaires et les autres territoires en termes d'attractivité des métiers, en particulier pour les médecins, ce qui conduit à une dégradation de l'offre de soins dans de nombreuses régions. Il est nécessaire de réfléchir à une répartition des ressources plus équitables en fonction des besoins des territoires en développant des postes partagés ou des rotations programmées, avec des activités cliniques équilibrées entre intra-hospitalier et ambulatoire, mais aussi entre activités cliniques et recherche sur le terrain.

L'absence de politique nationale graduée et structurée entraîne de grandes différences de traitement des sujets relatifs à la psychiatrie par les ARS. Par exemple, le projet régional de santé n'intègre pas systématiquement les PTSM des territoires et l'organisation de certains dispositifs régionaux n'est pas toujours conforme aux principes de la sectorisation, ce qui constitue un déficit de programmation de l'offre de soins en psychiatrie dans les territoires que nous appelons à résorber.

Prévoir une stratégie à dix ans pour la psychiatrie

L'organisation nationale actuelle, mise en place en 2018, présente des lacunes notables. La Commission Nationale de la Psychiatrie élabore ses propositions à travers des sous-commissions, mais les travaux réalisés ne sont malheureusement pas suffisamment diffusés auprès des professionnels dans les établissements.

Les Assises de la Psychiatrie et de la santé mentale, bien que cruciales pour cartographier les difficultés actuelles et les pistes pour y remédier, ont débouché sur une feuille de route où les questions spécifiques à la psychiatrie se trouvent noyées parmi des sujets plus larges relevant de la santé mentale. Cela conduit à une perte de visibilité des enjeux essentiels pour la psychiatrie et montre un déséquilibre dans la gouvernance nationale.

L'accent a été mis sur certains dispositifs très utiles pour la prévention, notamment celle du suicide, mais, en parallèle, l'offre de soins continue de se dégrader. Cette situation contribue à la perte de sens ressentie par de nombreux professionnels de la psychiatrie et à la désaffection pour ce secteur.

Par ailleurs, la politique d'appel à projets, notamment le fonds pour l'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) et les appels à projets dédiés au renforcement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA), a démontré le dynamisme des établissements autorisés en psychiatrie. Cependant, dans un contexte démographique très difficile, les recrutements réalisés pour le compte de ces projets se font souvent au détriment d'autres unités, telles que les unités d'hospitalisation en psychiatrie générale ou les CMP. De plus, seuls les établissements les moins en difficulté sont en capacité de répondre à ces appels, ce qui creuse encore davantage le fossé avec les autres établissements.

Les réformes en cours, qu'il s'agisse du financement de la psychiatrie ou du régime des autorisations, seront très structurantes pour l'offre de soins. Toutefois, elles sont entreprises en l'absence d'un cap clair. C'est pourquoi la FHF demande au gouvernement de mettre en place un plan national pour la psychiatrie et la santé mentale sur les 10 prochaines années.

➔ Mettre en place un plan national pour la psychiatrie pour les 10 prochaines années.

Ce plan devra être ambitieux et fournir des orientations prioritaires pour la décennie à venir, tout en s'articulant étroitement avec les réformes et les travaux en cours. Il doit prévoir des actions concrètes à court terme, tout en définissant une stratégie à plus long terme. Comme d'autres pays européens, deux grands principes devraient être affirmés et déclinés :

1. Assurer des soins accessibles pour tous, en tout lieu.
2. Prioriser les soins pour les personnes souffrant de pathologies graves et complexes.

I Assurer l'accès aux soins pour toutes et tous

- Préserver, maintenir, et renforcer une offre de soins en psychiatrie dans chaque territoire de manière équitable.
- Définir l'offre indispensable de soins pour chaque territoire, en termes d'équipements et de moyens humains, en fonction des besoins de la population locale.
- Évaluer le nombre de lits nécessaires en psychiatrie adulte et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en fonction des besoins populationnels et en gardant bien l'objectif de développement de parcours de soins intégrés et orientés vers l'ambulatoire.

I Assurer des soins pour les personnes souffrant de pathologies graves et complexes

- Améliorer la pertinence des hospitalisations et déterminer comment et par qui ces patients doivent être accueillis.
- Développer et dimensionner l'offre sociale et médico-sociale par département, en tenant compte des patients hospitalisés en psychiatrie de façon inadéquate.
- Assurer une répartition cohérente des moyens entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte, notamment pour la prise en charge des jeunes de 16 à 18 ans, et développer les unités pour les 16-25 ans en fonction des besoins.
- Évaluer les besoins en psychiatrie médico-légale et maintenir des moyens médicaux et paramédicaux adaptés en unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), en développant leur attractivité, y compris sur le plan statutaire et financier.
- Assurer une répartition cohérente des UMD et UHSA sur l'ensemble du territoire, y compris dans les départements d'outre-mer.
- Répondre à la demande de moratoire concernant le développement des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP), à la lumière des enquêtes et rapports montrant que la prise en charge dans ces unités n'est pas la solution appropriée.

davantage de médecins et d'infirmiers, les difficultés de recrutement ainsi que les vacances de postes vont encore perdurer plusieurs années. Il est essentiel d'identifier les choix à réaliser pour pallier ces difficultés, de déterminer qui doit prendre en charge les patients en l'absence de médecins psychiatres et d'infirmiers, et quels choix doivent être faits pour renforcer les moyens.

Pour toutes ces questions, un échéancier réaliste sur 10 ans est nécessaire. Un plan d'investissement architectural sur la décennie à venir doit également être envisagé, afin de doter tous les établissements de locaux adaptés à la prise en charge des patients. La vétusté des locaux est encore trop fréquente, et un plan d'investissement spécifique pour la psychiatrie est indispensable.

Enfin, les enjeux liés à la démographie médicale et soignante ainsi qu'à l'amélioration de la formation de ces professionnels doivent être recensés et partagés avec transparence. Au regard de la durée de formation des psychiatres et du besoin de former

Mettre en place une délégation interministérielle pour porter ce plan

La FHF considère que la reconnaissance de la psychiatrie au sein des différentes politiques publiques serait grandement renforcée par la création d'une délégation interministérielle dédiée spécifiquement à ce domaine.

La santé mentale de la population est influencée par une multitude de facteurs, notamment le milieu social, l'éducation, la famille, et l'école. À l'âge adulte, le travail, la vie de famille, le logement, et le contexte économique deviennent des éléments clés qui favorisent ou entravent l'intégration dans la société.

Pour réussir la prévention, le dépistage précoce des troubles et assurer le maintien des jeunes à l'école ou dans leur famille, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit être reconnue par l'ensemble des partenaires et interlocuteurs sociaux. Cela inclut l'Éducation nationale, les juges des enfants, l'assistance éducative, ainsi que tous les réseaux dédiés à l'enfance et à l'adolescence. Il est crucial que les impacts prévisibles sur la santé mentale soient anticipés avec l'expertise de professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

De nombreux exemples illustrent cette nécessité, notamment dans le cadre des réformes de la justice. Une délégation interministérielle, incluant des psychiatres formés au droit, apporterait une valeur ajoutée significative en intégrant la psychiatrie dans une réflexion globale sur l'ensemble des politiques publiques.

Les politiques de la ville et des départements, en particulier la gestion des logements sociaux et des structures médico-sociales, ont un impact majeur sur l'accès à ces dispositifs sociaux pour les personnes atteintes de troubles psychiques, qui sont encore trop souvent stigmatisées et exclues de ces services aux populations les plus vulnérables. Il est impératif de présenter ces sujets comme des priorités nationales, notamment en ce qui concerne l'inclusion des personnes en situation de handicap psychique sur le marché du travail.

L'intervention en amont, lors des discussions sur les réformes, permettra de réduire la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques.

C'est pourquoi **la création d'une délégation interministérielle dirigée par une personnalité dotée d'une solide expérience politique** et d'une connaissance approfondie des relations interministérielles paraît essentielle. Cette délégation devrait travailler en étroite collaboration avec des professionnels spécialisés dans les principaux domaines de la psychiatrie, de l'enfant et de l'adolescent, de la périnatalité, de la psychiatrie générale, de la psychiatrie médico-légale et de la psychiatrie de la personne âgée, afin de garantir une approche intégrée et cohérente des enjeux en santé mentale et en psychiatrie.

→ Créer une délégation interministérielle pour couvrir l'ensemble des domaines associés à la psychiatrie.

Faire évoluer la gouvernance au sein des établissements

La gouvernance des établissements publics de santé, en particulier ceux autorisés en psychiatrie, nécessite une nouvelle évolution. Depuis le premier rapport CLARIS, un second rapport était attendu mais n'a pas encore fait l'objet d'une publication. Cette attente prolongée est d'autant plus préoccupante qu'une enquête menée auprès des praticiens hospitaliers a souligné la nécessité de poursuivre les réformes en matière de gouvernance³. Une telle évolution pourrait améliorer la reconnaissance des professionnels au sein des établissements psychiatriques.

En psychiatrie, l'organisation des soins repose traditionnellement sur un modèle de service ou de secteur, où une équipe pluridisciplinaire de référence est dédiée au suivi de chaque personne soignée. Cette approche sectorielle est particulièrement indispensable pour les patients souffrant des troubles psychiques les plus sévères, car elle garantit une continuité et une cohérence des soins.

Cependant, l'introduction des pôles par la loi HPST a posé des défis spécifiques à la psychiatrie. En effet, ce modèle de gouvernance, conçu pour optimiser la gestion des ressources dans un cadre de financement global, a conduit à modifier les processus décisionnels au sein des établissements, ce qui a pu être regretté par certains chefs de service.

Pour pallier ces difficultés, il est essentiel que les établissements se dotent d'une charte de gouvernance signée conjointement par le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME). Cette charte doit définir clairement la place et les responsabilités des chefs de pôle et des chefs de service, ainsi que du cadre de pôle et du/des cadres soignants au sein des services, binômes essentiels des managers médicaux dans l'accompagnement des équipes au quotidien, le dimensionnement puis la conduite des projets. En outre, un projet de management participatif, intégrant ces principes, devrait être intégré au projet d'établissement, ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements bien que l'on observe une mise en œuvre progressive de ces chartes de gouvernance et de management⁴.

Pour renforcer l'attractivité médicale, il est primordial de reconnaître pleinement la place des médecins ainsi que de tous les encadrants au sein

des établissements. L'état d'esprit de la gouvernance joue un rôle crucial à cet égard : une gouvernance incluant des espaces de dialogue effectif, associant l'ensemble de la communauté au projet d'établissement, impliquant tous les niveaux de l'organisation et transparente sur ses objectifs est vivement recommandée. Cette approche non seulement valorise les compétences de chacun, en premier lieu les compétences médicales et surtout favorise un environnement de travail plus inclusif et collaboratif, essentiel pour l'attractivité et la rétention de tous les talents en psychiatrie.

³ Enquête SPH « Pénibilité et attractivité », 2023.

⁴ Source : enquête FHF relative à la gestion de ressources humaines médicales passée au cours de l'été 2024.

PARTIE 2



RÉAFFIRMER les grands principes
de l'organisation des soins
en psychiatrie

L'accès aux soins en psychiatrie, enjeu majeur du système de santé en France, est confronté à de nombreuses difficultés.

La première source de difficultés est la répartition à l'échelle territoriale. En effet, l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire nécessiterait une action coordonnée des pouvoirs publics pour garantir l'accès aux soins. La densité en nombre de psychiatres varie de 1 à 4 pour 100 000 habitants selon les départements⁵. Cette mauvaise répartition se couple souvent avec une offre libérale plus réduite de psychiatres, de médecins généralistes, de pédiatres et de psychologues.

L'accès aux soins doit être réorganisé si nécessaire. Le parcours patient en psychiatrie exige une prise en charge globale, impliquant une coordination avec l'ensemble des acteurs du territoire, notamment en matière d'emploi, de logement et d'action sociale.

En second lieu, alors que la continuité des soins est le fondement de la politique de secteur en psychiatrie pour prévenir les rechutes et réduire le recours à l'hospitalisation, elle concentre les inquiétudes. En raison du manque de ressources, des délais d'attente pour les consultations, et de la complexité de l'organisation des soins, cette continuité des soins psychiatriques est souvent compromise. Ces désorganisations ont un impact négatif sur la santé des patients, et peuvent entraîner des situations de crise. Pour garantir un parcours patient fluide et complet, la coordination entre les acteurs nécessite la mise en œuvre de mesures concrètes.

1

Garantir l'accès, la sécurité et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire français en établissement

La psychiatrie publique est en grande difficulté du fait d'une forte tension sur les ressources humaines, tant médicales que paramédicales. Cette situation impose des choix à très court terme pour garantir l'égalité de l'accès aux soins sur le territoire, aujourd'hui compromise. **Ces choix, qui répondent à un contexte de fortes tensions, ne doivent pas être considérés comme une version optimale de l'organisation des soins.** Ils constituent une stratégie nécessaire et transitoire en réponse à une situation de dégradation de l'offre de soins, et dans l'attente d'une amélioration de la situation des ressources humaines, notamment médicales.

Sur le plan territorial, il est essentiel de renforcer le pilotage de l'organisation territoriale des soins en matière de psychiatrie selon le principe de la sectorisation, sous le pilotage des ARS et en associant les acteurs concernés.

➔ Réaffirmer la place de l'ARS en tant que garante de l'égal accès aux soins dans les territoires. Pour traduire cela, les ARS doivent réunir l'ensemble des acteurs de terrain pour déterminer un plan d'action concret.

➔ Réaliser une cartographie précise des réalités territoriales et en assurer le suivi, à l'initiative des ARS.

➔ Mobiliser les acteurs de terrain (établissements et professionnels de ville, acteurs du PTSM) sur la base des travaux du projet territorial de santé mentale (PTSM), autour de solutions partagées : face aux difficultés, notamment de recrutement, de nouvelles modalités de travail collectif sont à bâtir ou à renforcer.

➔ Systématiser les cellules de cas complexes à composante sociale sur l'ensemble des territoires de santé mentale en lien avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Ces éléments de diagnostic doivent nourrir la mise en place d'une organisation permettant l'accompagnement des établissements en difficulté au niveau des territoires de santé mentale.

➔ Définir les actions à mettre en œuvre en fonction du degré de gravité de la situation.

⁵ Observatoire sur la santé mentale, FNMF, 2021.

- ➔ Identifier les besoins indispensables à l'accueil des patients et à la continuité des soins, et adapter le fonctionnement.
- ➔ Mobiliser des professionnels de ville ou d'autres établissements pour participer à la permanence des soins, et renforcer les secteurs les plus en difficulté.

Les solutions territoriales identifiées doivent néanmoins s'inscrire en cohérence avec le cadre global. Il est pour cela nécessaire de s'assurer de la pertinence et de l'harmonie de ces solutions.

- ➔ Garantir au niveau national la pertinence des solutions territoriales trouvées par un suivi régulier.
- ➔ Mettre en place un groupe de travail *ad hoc* au niveau national de suivi des solutions territoriales. Missionner des experts dans les territoires les plus en difficulté pour accompagner les changements.
- ➔ Mettre en place l'organisation et les ressources nécessaires à cette supervision.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les établissements, des priorités de santé publique doivent être définies concernant les pathologies et les profils de patients à prendre en charge. Il est nécessaire de réaffirmer les prises en charge incontournables afin de concentrer les efforts vers celles-ci.

Pour les malades les plus complexes, cela passe par l'identification d'une **équipe de soins de référence** (équipe pluridisciplinaire de secteur). La notion d'équipe de référence prenant en charge le patient doit être garante de la continuité des soins, en particulier pour les patients complexes demandant un suivi exigeant. Les liens doivent être organisés entre intra-hospitalier et ambulatoire par l'équipe de référence, de façon à ce que chaque patient devant être hospitalisé soit présenté à l'équipe accueillante de l'intra-hospitalier. En effet, le patient non connu est souvent l'objet d'un risque majoré de soins sans consentement, et de recours à l'isolement et à la contention. Cet objectif nécessite de dédier du personnel à la coordination (recours au *case manager*, par exemple).

- ➔ Garantir la prise en charge pour les malades les plus complexes avec une équipe de soins de référence, à savoir l'équipe de secteur.
- ➔ Identifier les malades prioritaires pour lesquels il faut être particulièrement attentif à la continuité des soins.
- ➔ Appliquer ce même objectif à la pédopsychiatrie.

Les unités accueillant les personnes aux pathologies décompensées les plus invalidantes sont souvent les premières qui rencontrent des difficultés de stabilité dans les effectifs, notamment de titulaires. Pourtant, ce sont ces malades qui nécessitent le plus de densité de soins et de stabilité.

- ➔ Dans la file active de chaque équipe, identifier les patients pour lesquels il est indispensable d'assurer une continuité des soins pour mieux repérer les rechutes et s'alerter sur les interruptions de prise en charge pouvant être à l'origine de passages à l'acte⁶. Une priorité doit être donnée aux patients entrant dans les soins depuis moins de 7 ans.
- ➔ Établir des liens et partager du temps de transmission entre les soignants de l'ambulatoire et de l'intra-hospitalier pour assurer une totale continuité des soins, et pour éviter tout clivage dans les modalités de prise en charge du patient.

⁶ Penney, *Homicide and psychoses*, 2023.

Réaffirmer le secteur comme socle de la prise en charge tout en l'adaptant

Le secteur est le socle de la territorialisation, et a inspiré le principe de responsabilité populationnelle, qui fait aujourd'hui référence pour l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. Les atouts de la sectorisation demeurent et doivent être réaffirmés et consolidés.

Il est nécessaire de réaffirmer le principe d'un secteur de proximité et de continuité : proximité entre d'une part l'équipe référente du patient et d'autre part celui-ci et sa famille, et continuité impérative des soins avec passage de relais éventuel anticipé et travaillé entre l'ensemble des acteurs. Le secteur intègre nécessairement toutes les formes de prises en charge : l'ambulatoire et l'hospitalisation.

Le secteur doit être réaffirmé comme socle de la prise en charge : pour organiser la permanence des soins, faire le lien avec le secteur médico-social, gérer les soins non programmés, ou encore faire le lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la médecine de premier recours. Référence territoriale pour tous les patients, le secteur est l'assurance pour le patient d'avoir accès aux soins psychiatriques, quelle que soit sa pathologie.

➔ Réaffirmer et repenser le secteur comme socle de la prise en charge.

Réaffirmer les principes du secteur, c'est garantir l'absence de ruptures de soins, et une même équipe pluridisciplinaire référente pour les patients les plus complexes.

Tout en réaffirmant ces principes, il est néanmoins nécessaire de proposer une rénovation du secteur : n'exclure personne et être attentif à avoir des parcours de soins sans rupture. L'accès à l'ambulatoire doit être le cœur de la politique de secteur. Si l'offre de soins devrait être satisfaisant sur l'ensemble du territoire cela ne veut pas forcément dire uniforme.

Cette évolution du secteur peut passer par une rénovation de la carte sectorielle. La mise en œuvre d'un travail conduit régionalement pourrait permettre de décliner les principes du secteur et de repenser la carte des secteurs. La reconfiguration ne doit pas être systématique, mais pensée selon la pertinence des flux des personnes sur le territoire, la structuration des autres acteurs de soins, etc.

Le découpage doit être réfléchi avec les autres organisations territoriales (CPTS, GHT, regroupement de communes, etc.) pour garantir la cohérence des territoires, et pour assurer l'effectivité des partenariats et des coopérations. Un territoire trop important démultiplie les interlocuteurs au détriment d'un travail partenarial efficace. Parfois, l'échelle du secteur est trop petite ; ailleurs, les zones d'intervention sont trop grandes, ce qui complexifie les relations avec les autres acteurs de terrain.

➔ Proposer une évolution de la carte des secteurs en mettant en place un travail au niveau national et au niveau régional pour redéfinir la carte des secteurs.

Des filières existent et sont reconnues pour leur pertinence (ex. : psychiatrie de la personne âgée). La filiarisation est également un élément attendu par certains professionnels de psychiatrie. Travailler dans une filière de soin peut constituer un élément attractif au regard des attentes des jeunes professionnels et de certaines prises en charge spécifiques. Les jeunes médecins expriment un besoin que cette filiarisation existe, et un besoin de développer des compétences plus précises. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre sectorisation et filiarisation.

➔ Penser et structurer la filiarisation au bénéfice du patient : en articulation avec les soins de secteur.

La filiarisation doit être envisagée comme un complément au secteur, sans le remplacer. Il est essentiel de ne pas instaurer une vision à deux vitesses, où les praticiens de terrain seraient séparés des experts dans une pathologie donnée. Les patients ayant plusieurs pathologies comorbides ne doivent pas être exclus d'un système de soins filiarisé, et ainsi adressés d'une équipe à une autre, et en définitive non pris en charge (exemple de la personne schizophrène ayant plusieurs addictions).

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, le découpage des prises en charge selon l'âge de l'enfant/adolescent est pertinent, car les problématiques sont différentes, de même que le réseau des partenaires. Par contre, l'expertise dans un domaine ne peut être acquise que par la formation complémentaire de l'équipe, le maintien d'une vision globale et développementale des enfants restant indispensable.

Au global, une filiarisation trop rigide peut entraîner des difficultés lorsque les problématiques sont complexes.

➔ Trouver un équilibre entre missions de secteur et filiarisation.

Une structuration équilibrée conduirait à ce qu'une filière de soins intervienne en complément du suivi en secteur, à un moment précis du parcours de soin du patient.

Dans ce cas, le patient doit être accompagné par l'équipe qui l'a adressé vers cette filière, tout en maintenant un lien avec l'équipe de secteur. Cela permet de garantir une prise en charge globale et cohérente pour le patient, en tirant parti des avantages de chaque approche.

3

Renforcer la place de l'ambulatoire et le rôle des Centres médico-psychologiques (CMP)

I Garantir un accès pour tous au CMP

L'objectif premier de la prise en charge en soins psychiatriques est de maintenir un accès aux soins largement ouvert, mettant ainsi l'accent sur la prévention et sur le dépistage des troubles, piliers fondamentaux de la santé mentale. Dès lors, il faut que le CMP puisse disposer des moyens d'évaluer rapidement les situations.

- ➔ Poser des objectifs de délai d'accès aux CMP.
- ➔ Garantir l'accueil des soins non programmés durant les heures d'ouverture des CMP : augmenter les plages d'accueil, garantir un accueil sous 48h pour toute demande de soins nouveaux, etc.
- ➔ Mettre en place un accueil de second recours après orientation du médecin traitant.

Pour enrichir l'offre de services des CMP et garantir une prise en charge adaptée dès les premiers pas dans le système de soins, il est proposé d'élargir l'accès aux psychologues au sein des CMP. Cette démarche vise à diversifier l'accueil des patients, et à permettre des évaluations initiales plus complètes.

Une autre approche consiste à diversifier les professionnels intervenant au sein des CMP, en exploitant de nouvelles ressources, pour assurer un réseau de soins plus robuste, et une interface plus efficace avec la médecine libérale et le secteur médico-social.

- ➔ Faciliter et élargir l'accès aux psychologues.
- ➔ Faciliter le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA) : ceux-ci peuvent se voir attribuer des évaluations de patients en première intention à la demande des médecins généralistes, par exemple.

En ce qui concerne la différenciation des services offerts par les CMP, il est suggéré de les positionner comme des pivots dans le parcours des patients en psychiatrie. Cette orientation se traduirait par la mise en place de deux niveaux de services : d'une part, des soins de courte durée (évaluation puis réorientation), et d'autre part, des soins avec bilan approfondi ou non pour les patients nécessitant un suivi ambulatoire plus long. Cette approche permettrait une meilleure allocation des ressources en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, et favoriserait une prise en charge plus adaptée et efficace dans le domaine de la santé mentale.

- ➔ Les CMP doivent être inscrits dans la pratique comme les pivots de la prise en charge ambulatoire.

I Recourir à d'autres dispositifs d'accès aux soins pour désengorger les CMP

La mise en place de partenariats pragmatiques en amont des CMP, ou de dispositifs d'aller-vers, doit permettre d'éviter la venue au CMP de personnes qui pourrait faire l'objet d'un accompagnement par d'autres acteurs ou équipes mobiles.

De même, l'orientation après évaluation doit être l'objet d'une réflexion en tenant compte des autres acteurs.

- ➔ Développer les soins à domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire qui se rend au domicile des personnes, même en début de crise. Ces interventions précoces peuvent éviter les hospitalisations. Certains hôpitaux ont mis en place ces équipes en compensation de la fermeture de lits, avec un succès certain.
- ➔ Développer les équipes mobiles spécialisées : cette pratique est inscrite dans la plupart des territoires, et a montré sa pertinence. C'est le cas par exemple des équipes mobiles psychiatrie précarité, des équipes mobiles de périnatalité, des équipes mobiles pour les personnes âgées, ou encore des équipes mobiles d'addictologie.
- ➔ Développer les consultations avancées : elles peuvent éviter les hospitalisations aux urgences ou dans les services de psychiatrie, et renforcer les liens avec les partenaires.

PARTIE 3



FAIRE ÉVOLUER nos modes
de prise en charge pour répondre
aux besoins de santé

Les difficultés que rencontre la psychiatrie se cristallisent dans les unités d'hospitalisation complète : la lourdeur des contraintes pèse davantage plus sur les médecins exerçant en hospitalisation complète, et les infirmiers sont en nombre insuffisant face à la gravité des patients. Ces défis sont particulièrement exacerbés par le fait que ces unités accueillent souvent les personnels les plus jeunes et les moins expérimentés.

Paradoxalement, les conditions d'hospitalisation sont les moins abordées par les propositions et dispositifs mis en œuvre ces dernières années. Si la santé mentale et l'accès aux soins ambulatoires sont souvent évoqués, peu de mesures concernent spécifiquement l'hospitalisation complète. Pourtant, il est crucial de maintenir une offre de soins suffisante sur l'ensemble du territoire, et un nombre adéquat de personnels dans les services pour éviter une désorganisation globale des soins en psychiatrie.

Les hospitalisations restent inévitables pour les personnes atteintes de troubles sévères, qui décompensent, pour des risques imminents de passage à l'acte suicidaire, et des troubles de personnalité ou de l'adaptation, souvent symptômes d'un mal être profond. Les attentes de la société, les difficultés des autres acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux conduisent à hospitaliser en psychiatrie des personnes pour lesquelles l'indication de l'hospitalisation n'est sûrement pas toujours légitime. Les soins sans consentement exercent aussi une forte tension sur l'hospitalisation.

Les problématiques auxquelles sont confrontés les lieux d'hospitalisations sont multiples : le manque de lits, l'allongement des durées d'hospitalisation pour des personnes relevant du médico-social faute de solutions d'aval, ou encore les locaux vétustes ou inadaptés. L'absence de lits d'hospitalisation pour les adolescents se constate dans de nombreux territoires.

Des questions fondamentales se posent pour améliorer les soins en hospitalisation complète : quel sens donner aux soins ? Quel soin pour le patient avec quel objectif ? Quels soins relationnels sont proposés à l'hôpital ?

Chaque établissement est amené à s'interroger sur l'organisation à adopter en hospitalisation, entre unités sectorisées et mutualisées, afin de choisir le mode d'organisation le plus adapté. L'organisation de l'hospitalisation doit également se penser en lien avec les soins ambulatoires, les filières de soins, les dispositifs de prévention et de dépistage, ainsi qu'avec « l'après », la réhabilitation psychosociale, les autres dispositifs. Chaque établissement a son histoire propre, ses dispositifs de soin et son architecture souvent contraignante.

Pour autant, l'hospitalisation connaît d'importantes mutations, qu'il convient d'interroger et d'accompagner dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués.

1

Faire évoluer les objectifs de l'hospitalisation complète

I Interroger les objectifs de l'hospitalisation

Si le recours systématique à l'hospitalisation était autrefois la norme, les attentes des patients et de leurs familles, ainsi que les progrès médicaux et de la connaissance de la maladie conduisent à réduire l'institutionnalisation. S'il existe un mouvement de fond indéniable, le degré d'avancement diverge en fonction des établissements et des pratiques médicales. Dès lors, il est impératif de réfléchir aux indications pour ces hospitalisations, ainsi qu'aux prises en charge des personnes en crise, en soin sans consentement, en mettant un accent particulier sur la nécessité d'éviter la contention et l'isolement.

Une attention spécifique doit être portée à la prise en charge des patients qualifiés de complexes, ainsi que des patients au long cours.

➔ Mener une réflexion au sein de l'ensemble des établissements sur le sens de l'hospitalisation, et les objectifs poursuivis par celle-ci.

Il convient également d'explorer les variations territoriales susceptibles d'influencer les conditions d'hospitalisation en hospitalisation complète. Les différences entre les territoires nécessitent une

analyse approfondie, pour mieux comprendre et adapter les pratiques en fonction des spécificités locales.

➔ Documenter les écarts de durée de séjours, de pratiques médicales entre établissements et entre territoires, pour identifier les éléments expliquant des pratiques atypiques (difficulté d'accès à l'aval, durées de séjour trop longues).

Une discussion approfondie sur les conditions donnant lieu à une hospitalisation à temps plein est également cruciale. Il s'agit d'explorer les critères et les contextes qui justifient pleinement une telle mesure, tout en prenant en compte les diversités de situations cliniques, et les particularités des patients.



L'EXEMPLE

Centre hospitalier du Vinatier

Au sein du centre hospitalier (CH) du Vinatier, une approche ambitieuse de transformation de l'offre hospitalière a été entreprise, fondée sur une stratégie d'évolution des prises en charge. Cette démarche s'est accompagnée du développement d'équipes mobiles de crise, marquant une transition vers des pratiques plus flexibles et adaptées aux besoins évolutifs des patients. Les unités ont ainsi connu une réduction importante de leur capacitaire avec le maintien des moyens humains.

La durée moyenne de séjour a connu une diminution notable, puisqu'elle est maintenant d'environ trois semaines. Ce changement de paradigme s'est appuyé sur une stratégie claire : l'accent a été mis sur la concentration du contenu des soins. Cette approche considère que la réduction du nombre de lits est possible en travaillant sur les parcours des patients, les durées de soins, et d'autres aspects liés à la qualité des services offerts.

La réflexion sur l'hospitalisation complète a débuté par une mise à plat des pratiques en hospitalisation, mettant en lumière le besoin fondamental de densification du soin. Pour mettre à niveau les compétences, un vaste plan de formation a été élaboré, se concentrant particulièrement sur les compétences relationnelles, et a été proposé à toutes les équipes d'hospitalisation.

Différents outils d'aide pour les jeunes professionnels ont été introduits : un plan de suivi individualisé, l'utilisation d'échelles psychométriques pour structurer la phase d'évaluation, et une approche sensorielle systématique ont été intégrés. Ces initiatives ont eu un impact significatif sur la baisse de l'absentéisme.

La mise en place d'un traçage de l'activité, la cotation des entretiens, et l'utilisation d'un outil développé par le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), moins chronophage que les échelles de charge en soin, ont contribué à décrire de manière détaillée les activités menées au quotidien. Cet outil a également permis de repérer les moments les plus denses, facilitant ainsi une organisation optimale des équipes dans l'unité. Cette démarche réfléchie et méthodique témoigne d'une volonté de repenser les pratiques pour garantir une hospitalisation complète plus efficace, et centrée sur le bien-être des patients.

La question du nombre de lits nécessaires en hospitalisation complète se pose. Plusieurs constats contradictoires sont observés. Ainsi, dans de nombreux hôpitaux, la tension sur les lits est constante et oblige les soignants à « jongler » pour trouver une place à chacun, cette tension ne permettant pas une prise en soin sereine. Les fermetures de lits ces dernières années ont été subies par manque de professionnels.

Pour y faire face, certaines équipes ont rebondi, et proposé des alternatives à l'hospitalisation comme des soins intensifs à domicile.

➔ Développer les alternatives à l'hospitalisation pour réduire la tension sur les lits.

Faire évoluer l'organisation de l'hospitalisation complète pour répondre à l'objectif de bonne prise en soin des patients

Malgré un mouvement de réduction du nombre de lits d'hospitalisation, la préservation de lits sur chacun des territoires est indispensable. C'est particulièrement le cas pour la pédopsychiatrie, où le nombre de lits est très réduit, et l'accès aux soins plus difficile. Or, les difficultés rencontrées dans ce domaine ne doivent pas conduire à hospitaliser des adolescents dans des lits d'adultes.

➔ **Préserver une offre d'hospitalisation minimale en pédopsychiatrie dans chaque territoire.**

La déssectorisation est parfois pratiquée dans les établissements pour des questions d'organisation des soins. Cette démarche spécifique doit être entreprise de manière réfléchie, et accompagnée, lorsqu'elle est jugée pertinente, par les professionnels.

➔ **Mener au sein de chaque établissement une réflexion sur l'organisation optimale des unités d'hospitalisation, pour garantir une cohérence de parcours et de prise en charge des patients, la déssectorisation pouvant être une des modalités.**

L'adaptation des organisations doit garantir la continuité des soins, et l'accompagnement et le suivi des patients, afin d'éviter les ruptures de prise en charge lors de l'hospitalisation. Ceci est particulièrement important entre l'extra et l'intra-hospitalier, lorsqu'un patient connu du service doit être réhospitalisé. En cas de changement d'unité, il est impératif d'avoir davantage de réunions de synthèse entre les équipes, pour garantir une compréhension approfondie de la clinique et du parcours individuel de chaque patient, et assurer une prise en charge cohérente et efficace.

2

Soutenir et accompagner les établissements dans l'évolution des pratiques de soins et le renforcement de l'ambulatoire

Renforcer les modes alternatifs à l'hospitalisation

Il est impératif d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre des nouvelles organisations et pratiques, en particulier lorsqu'ils cherchent à réorienter leurs services vers des modalités ambulatoires. Cette nécessité appelle à un accompagnement similaire à la mission d'appui en santé mentale, visant à soutenir les établissements qui envisagent des soins en ambulatoire.

➔ **Prévoir des missions d'accompagnement de ces établissements par le biais de l'ANAP : la présence d'experts extérieurs apportera un regard et un soutien nécessaires aux équipes.**

Une proposition concrète consiste à structurer une organisation institutionnelle avec des professionnels dédiés, pour faciliter les bascules organisationnelles et l'évolution des modes de prise en charge vers l'ambulatoire. Ce processus de changement pourrait être renforcé par le développement de la visite à domicile (VAD), la création d'équipes mobiles, et la promotion des services ambulatoires à domicile renforcés (soins intensifs à domicile). Dans les changements, il est important de réétudier les places et responsabilités des différents acteurs, pour

imaginer des organisations nouvelles avec les ressources et compétences disponibles (ex. : téléconsultations, téléexpertise, délégations...).

➔ **Repenser les parcours de prise en charge en faisant intervenir les équipes mobiles, les visites à domicile, mais également en mobilisant les outils numériques.**

Les hôpitaux accueillent encore de nombreux patients hospitalisés pour des temps très longs, certains par manque de places dans le médico-social. Ces patients au long cours doivent faire l'objet dans chaque établissement d'un suivi, d'un projet spécifique dans le projet médico-soignant, et nécessitent une équipe dynamique et motivée pour accompagner la sortie de ces patients.

➔ **Favoriser le développement d'équipes mobiles intervenant auprès des équipes du médico-social pour accompagner un changement de lieu de vie des patients, soutenir les équipes, et être garantes pour les MAS, FAM, foyers de vie, EHPAD d'un accompagnement personnalisé.**

- Développer les équipes mobiles de pédopsychiatrie auprès des acteurs du médico-social.

Des prises en charge séquentielles en psychiatrie peuvent aussi être développées pour certains suivis. Bien que leur mise en place puisse être complexe, elles sont considérées comme l'une des modalités intéressantes, offrant éventuellement des accueils spécifiques pendant la nuit. Cette innovation pourrait améliorer la flexibilité des services, et répondre aux besoins spécifiques des patients en psychiatrie.

I S'appuyer sur l'utilisation d'outils numériques à certaines étapes du parcours

L'accès à la technologie numérique peut devenir un facteur attractif pour les jeunes professionnels. En développant davantage le recours aux téléconsultations et à la téléexpertise, nous ouvrons la porte à de nouvelles possibilités de soins en psychiatrie.

Ces outils permettent de prendre en charge des patients dans des lieux où les ressources médicales locales sont limitées, ce qui est particulièrement utile pour soutenir les centres médico-psychologiques (CMP) en difficulté. De plus, ils facilitent les réunions médicales et offrent un appui aux établissements partenaires, renforçant ainsi la collaboration interprofessionnelle.

- Favoriser le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise pour améliorer l'accès aux soins.

Il est cependant essentiel de cadrer le recours à la téléconsultation de manière à garantir un accès en présentiel en première intention, assurant ainsi une approche équilibrée des soins. La télé-psychiatrie assistée est particulièrement bénéfique pour certains patients.

À noter que la Haute Autorité de santé (HAS) travaille à l'élaboration de règles relatives à l'utilisation de la téléconsultation en psychiatrie.

I Renforcer la qualité des soins au profit des patients

Le renforcement de la qualité passe par une réflexion portant sur l'architecture et l'entretien continu des unités de soins, et la qualité de l'accueil réservé aux patients, car cela influence grandement la qualité des soins. La conception de l'espace et le niveau d'accueil déterminent largement la perception que les patients ont de la qualité des soins dispensés, et permettent aux professionnels de mieux accompagner chaque personne hospitalisée.

Pour répondre aux différents troubles mais aussi à la crise suicidaire, des prises en charge intensives en hôpital de jour doivent pouvoir être proposées.

- Développer d'autres formes de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour) pour des prises en charge spécifiques.

Des études de littérature canadienne publiées démontrent que la téléconsultation est aussi efficace que la consultation en personne, notamment lorsque le patient est déjà connu du psychiatre. Cependant, il convient de noter que la téléconsultation peut présenter des limites lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic, ce qui souligne l'importance de ne pas substituer systématiquement la téléconsultation à une consultation en personne. Une primo-consultation ne peut pas se faire en téléconsultation.

Il est également essentiel de faire la distinction entre la téléconsultation, qui concerne la relation médecin-patient, et la téléexpertise, qui implique un échange d'avis médical entre professionnels de la santé. Chacun de ces outils offre des avantages spécifiques et complémentaires dans le domaine de la psychiatrie.

- Cadrer le recours à la téléconsultation dans l'intérêt thérapeutique du patient en établissant des recommandations sur la temporalité du recours aux outils numériques dans le parcours de prise en charge.

- Systématiser l'existence d'espaces d'apaisement dans les unités de soins.

- Prévoir une majorité de chambres individuelles dans les unités.

Face aux défis de réduire les pratiques d'isolement et de contention, des alternatives plus humaines et respectueuses des droits des patients doivent être

étudiées. Le nombre de chambres d'isolement doit être régulièrement interrogé pour les diminuer, en accompagnant les professionnels pour mettre en place des pratiques soignantes différentes.

Le recours trop fréquent aux soins sans consentement et les grandes disparités entre établissements souligne la nécessité d'informer et de promouvoir les soins en psychiatrie, toujours stigmatisés, auprès de la population. Il est impératif d'informer, de former les professionnels de la santé, et, en cas de nécessité, de répondre à leurs interrogations sur les autres possibilités de soin, favorisant ainsi une prise en charge plus diversifiée et adaptée aux besoins individuels des patients.

➔ Accompagner les professionnels de santé aux changements de pratiques.

Le constat d'un manque de formation aux soins psychiatriques pour les médecins généralistes souligne l'importance de renforcer les compétences

de ces professionnels dans la prise en charge des troubles mentaux. La pression extérieure exercée par les familles, le représentant de l'État, et la demande insistante pour l'hospitalisation d'une personne ayant des troubles du comportement constituent des défis supplémentaires. Il est nécessaire d'élaborer des approches collaboratives et informatives, pour mieux gérer ces pressions tout en assurant une prise en charge adéquate et éthique des patients.

➔ Systématiser les temps de rencontres avec les médecins généralistes pour expliquer les modalités de prise en charge en psychiatrie.

3

Mettre en adéquation les pratiques de soins et les attentes des professionnels

I Développer les partages dans les exercices en psychiatrie

Les difficultés de recrutement dans les unités d'hospitalisation sont étroitement liées aux contraintes spécifiques, notamment celles associées à la permanence des soins. Ces contraintes génèrent des défis supplémentaires pour attirer et maintenir du personnel qualifié. La vie professionnelle en intra-hospitalier impacte plus négativement la vie personnelle par les retours sur repos, les remplacements de nuit. Le taux d'absentéisme y est donc plus important.

➔ Renforcer le nombre de professionnels dans les unités d'intra-hospitalier avec une diversification des métiers.

➔ Renforcer les compétences des équipes d'intra-hospitalier en tenant compte du contexte RH de chaque territoire pour une meilleure réponse aux besoins des patients.

➔ Trouver des leviers adaptés au contexte de l'établissement pour permettre plus de partage des contraintes entre les équipes d'intra et d'extra, et contribuer à équilibrer les charges de travail, sans désorganiser le travail fourni dans chacun des lieux d'exercice.

Une nécessité émerge : celle de permettre aux professionnels de mieux appréhender les soins dans les autres unités. Très souvent, le mode d'organisation conduit à ce que les soignants fonctionnent sans avoir conscience des autres, et sans connaître les bonnes pratiques mises en place ailleurs. Pour y remédier, il est recommandé de systématiser les temps d'échanges, les liens et l'articulation entre les différentes unités. Au CHS de Poitiers est organisée une journée de pôle annuelle au cours de laquelle chaque unité présente son travail et partage son expérience avec les autres professionnels. Ces temps d'échange peuvent aussi avoir lieu entre les professionnels des différents pôles, via des journées professionnelles institutionnelles, ou des groupes de rencontres thématiques entre professionnels. Tous ces temps d'échanges d'expérience permettent le renforcement des connaissances en complément des actions de formation continue.

➔ Organiser des rencontres ou des journées entre les professionnels de l'intra-hospitalier et de l'ambulatoire.

I Développer les réunions institutionnelles pour encadrer les équipes

Le constat actuel révèle un besoin significatif de systématiser dans l'ensemble des établissements les réunions institutionnelles et les réunions d'organisation des soins, notamment des synthèses dédiées aux patients complexes. Il est également nécessaire de développer les réunions de synthèse ou réunions cliniques intégrant les équipes de nuit. Ces rencontres sont indispensables pour discuter des cas complexes en équipe et élaborer des stratégies de prise en charge cohérentes.

Les temps institutionnels sont perçus comme des espaces de respiration dans le cadre des pratiques professionnelles en psychiatrie. Il devient impératif d'organiser ces moments de façon pérenne et stable, afin d'assurer une continuité dans les échanges, et d'optimiser la qualité des soins dispensés.

Ces réunions revêtent également une importance capitale dans la formation des jeunes professionnels. Elles leur permettent d'affûter leur regard, d'apprendre à discerner les éléments essentiels et de mieux appréhender les subtilités propres à la pratique des soins en psychiatrie.

- ➔ **Systématiser les réunions institutionnelles et cliniques pour encadrer efficacement les équipes et favoriser une communication fluide au sein des structures de soins.**

I Donner davantage de sens aux équipes sur leurs pratiques

Il est impératif d'interroger régulièrement les pratiques, et de prendre du recul pour garantir la qualité des soins, considérée comme un facteur essentiel d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

- ➔ **Donner du sens aux soins prodigués par des temps d'échange réguliers en équipe, encadrés par des psychiatres seniors, doit permettre d'éviter l'épuisement professionnel ou le *burn out*.**

Le besoin de supervision des soignants par des psychologues demeure crucial en tant que parenthèse nécessaire pour les équipes d'intra-hospitalier.

- ➔ **Intégrer de manière régulière les temps d'analyse des pratiques professionnelles pour contribuer à une amélioration continue des connaissances théoriques et pratiques au sein des équipes.**

4

Renforcer la place de la psychiatrie médico-légale

Le sujet des accueils en unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ainsi que des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) se révèle d'une importance cruciale.

Tout d'abord, il est impératif de maintenir les places actuellement ouvertes en France pour garantir un accès aux soins aux patients qui en ont besoin. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques complexes.

- ➔ **Maintenir, consolider, voire renforcer l'offre existante des UMD et UHSA.**

Il est également nécessaire de recréer des ponts et des liens entre les structures qui se concentrent exclusivement sur l'ambulatoire, comme certains SMPR, et les UMD/UHSA. Cette collaboration est essentielle pour assurer une continuité des soins, et un suivi approprié des patients tout au long de leur parcours de soins.

- ➔ **Favoriser les liens entre SMPR et UHSA/UMD.**
- ➔ **Renforcer les moyens des SMPR au regard des besoins.**
- ➔ **Renforcer les UHSA et les SMPR.**

Le sujet des unités de soins intensifs de psychiatrie est à ce jour loin de faire l'unanimité au sein de la psychiatrie. Suite à la demande d'acteurs institutionnels majeurs de la psychiatrie pour un moratoire sur les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP), il apparaît nécessaire d'en réaliser un état des lieux, d'étudier les problématiques auxquelles elles sont censées répondre, d'en évaluer le fonctionnement et l'impact institutionnel. Jusqu'à présent, leur fonctionnement n'a pas été évalué, et il n'existe pas de cahier des charges.

Si le principe d'unités USIP devait se confirmer, chaque USIP ne pourrait se concevoir qu'adossée à une UMD, pour garantir une prise en charge plus complète et adaptée aux patients, pour assurer la formation de l'équipe de soin, et pour garantir son éthique. Le couplage permet d'assurer la cohérence des projets, tout en gardant l'expertise des professionnels dédiés à ces patients. Dans certains territoires, des projets d'USIP ont pu correspondre à de tels projets aboutis et partagés par les soignants. Dans tous les cas, les USIP ne peuvent en aucun cas se substituer aux unités fermées recevant des patients en soins sans consentement.

Le regroupement de patients « difficiles » fait peser le risque d'une sur-stigmatisation des patients durant leur parcours de soin ultérieur. L'accompagnement de patients aux comportements perturbateurs doit être pensé au sein des unités d'hospitalisation, dont le personnel doit être renforcé et formé pour faire face aux difficultés inhérentes à la maladie.

- ➔ Instaurer un moratoire sur toute mise en œuvre d'USIP sur le territoire.
- ➔ Réaliser une évaluation des dispositifs déjà mis en œuvre.
- ➔ Établir un cahier des charges partagé entre tous les acteurs, qui pose le principe d'adossement de ces unités sur des UMD existantes.

PARTIE 4



RENFORCER le lien entre
la psychiatrie et les acteurs
du territoire

La psychiatrie, en tant que discipline médicale dédiée à la compréhension et au traitement des troubles mentaux, va bien au-delà du champ sanitaire, s'étendant aux interactions complexes avec divers acteurs du territoire. En effet, la santé mentale ne peut pas être appréhendée de manière isolée ; elle est intrinsèquement liée aux dynamiques sociales, économiques et culturelles qui façonnent nos communautés. Elle doit ainsi irriguer l'ensemble des politiques publiques menées notamment sur les territoires.

Dans cette optique, de nombreux liens existent entre la psychiatrie et les acteurs du territoire, tels que la médecine de ville, le système scolaire, les collectivités locales ou encore le système judiciaire. Ces acteurs ne sont pas simplement des témoins passifs de la santé mentale de la population, mais des partenaires essentiels dans la promotion du bien-être psychologique, dans la prévention des troubles mentaux et dans l'accompagnement des malades sur le territoire. La coopération et la coordination entre ces acteurs sont essentielles pour répondre efficacement aux besoins complexes et évolutifs en matière de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) constituent un dispositif essentiel pour dynamiser cette coordination. En favorisant la collaboration entre les partenaires, ces projets permettent de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies globales et adaptées aux réalités spécifiques de chaque territoire.

1

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires du secteur de la santé

I Renforcer les liens avec la médecine de ville

Les médecins généralistes, en tant que premiers acteurs de soins pour de nombreux patients, sont souvent en demande d'aide et de formation dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Il est impératif de répondre à cette demande en mettant en place un solide travail en réseau.

L'un des rôles essentiels consiste à donner une réponse, voire à assurer un relais efficace auprès des médecins généralistes lorsque cela est nécessaire. Les médecins généralistes sont souvent les premiers à repérer les signes de détresse psychologique, et les patients présentant des problèmes de santé mentale doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge plus spécialisée. Dans de tels cas, un réseau bien structuré de professionnels de la santé mentale peut intervenir pour offrir des conseils, des orientations et des ressources spécifiques.

Grâce à ce travail en réseau, les médecins généralistes auront accès à l'expertise nécessaire pour mieux comprendre et gérer les problèmes de santé mentale de leurs patients. Cela contribue à améliorer la qualité des soins et à assurer une prise en charge holistique de la santé, qui englobe également la santé mentale.

- Systématiser la signature de partenariats entre les CPTS et les secteurs de psychiatrie.
- Renforcer la formation des médecins généralistes sur les maladies psychiatriques pour favoriser des thérapies adaptées et les informer sur l'organisation territoriale de la psychiatrie pour adresser le patient au bon professionnel au bon moment.
- Renforcer la place des CPTS et des inter-CPTS dans les PTSM en garantissant l'existence d'une fiche-action concernant la médecine générale.
- Anticiper au mieux la sortie des patients hospitalisés dès leur entrée dans le service en assurant le lien avec le médecin traitant.

Favoriser les organisations permettant la bonne orientation des situations d'urgence

Le développement actuel des filières spécialisées des services d'accès aux soins (SAS) en psychiatrie est une réponse essentielle aux besoins croissants dans ce domaine. Cependant, il est important de considérer attentivement où et comment ces filières sont déployées. À ce titre, une attention particulière doit être portée sur les ressources humaines et leurs qualifications mises à disposition pour répondre aux appels d'urgence, ainsi que l'effectivité de la réponse en soins apportée.

➔ Favoriser le déploiement des filières psychiatriques du SAS dans l'ensemble des territoires, et mettre en place une organisation des soins pour répondre aux situations d'urgence.

Il est impératif de mettre en place des circuits d'adressage adaptés aux contextes locaux, pour garantir une orientation fluide des patients vers les services appropriés. Cela permettra d'optimiser la gestion des urgences psychiatriques, et d'offrir une réponse rapide aux besoins des patients.

➔ Fluidifier les circuits d'orientation des patients.

La collaboration avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) est essentielle pour assurer une admission efficace des patients adultes en situation de crise psychiatrique. Chaque SAMU doit disposer d'une solution d'orientation pour garantir une prise en charge adéquate des patients. Au regard des organisations mises en place par certains SAMU, une présence infirmière de psychiatrie au sein du SAMU est une solution à favoriser.

Il convient de souligner que la porte des urgences constitue souvent le point d'entrée vers les services de psychiatrie. Par conséquent, il est impératif que les services d'urgences facilitent l'orientation des patients vers les structures de soins psychiatriques appropriées, assurant ainsi une réponse adaptée à leurs besoins à tout moment.

➔ Systématiser et mettre en œuvre les protocoles avec le SAMU et les urgences.

La gestion de l'urgence concerne également celle de l'aval. Or, le sujet de l'accès à l'hospitalisation se pose avec d'autant plus d'acuité dans les périodes de permanence des soins. À ce titre, une exigence doit être portée à l'ensemble des offreurs de soins pour accueillir en situation d'urgence des patients nécessitant une hospitalisation.

➔ Exiger de la part de chaque établissement une organisation minimale permettant l'accueil de patient en aval des urgences. Chaque établissement, en fonction de son capacitaire, doit proposer une organisation permettant l'accueil du patient en aval des urgences.

➔ Profiter du nouveau régime d'autorisations pour garantir l'effectivité de l'organisation d'accueil des patients en aval des urgences dans chaque établissement. S'assurer que ces dispositions font l'objet d'engagements précis dans le cadre des conventions signées entre établissements.

Structurer et mutualiser la permanence des soins sur les territoires

La responsabilité de la permanence des soins repose actuellement exclusivement sur les établissements de santé, en particulier sur les établissements publics. Cependant, ces contraintes rendent l'exercice dans ces établissements moins attractif. De plus, l'absence d'organisation de la permanence des soins en ville conduit à orienter les patients suivis en ville vers les urgences psychiatriques en cas de crise ou de décompensation.

Pourtant, la permanence des soins est une responsabilité collective, et ne peut pas être laissée uniquement aux établissements de santé. Il existe le risque que des dispositifs disparates se mettent en place compte tenu des ressources humaines actuellement disponibles, créant ainsi des inégalités face à l'accès aux soins.

Il est impératif que la participation à la permanence des soins et le partage de cette contrainte soient étendus à l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Cela garantira une distribution plus équitable des services, et favorisera une accessibilité homogène aux soins sur l'ensemble du territoire.

Sur chaque territoire, à partir du diagnostic territorial en santé mentale à jour, il est proposé d'étudier les possibilités de coopération entre le secteur public et le secteur privé, pour répondre aux contraintes de la permanence des soins en cas de tension importante des ressources médicales de psychiatres.

➔ Définir un schéma territorial de permanence des soins impliquant acteurs privés et publics.

La réforme des autorisations en matière de soins de santé est une opportunité pour instaurer un partage plus équitable des contraintes dans le domaine médical. Pour parvenir à cet objectif, il est impératif de mieux définir les diverses modalités de prise en charge offertes par les établissements de santé, favorisant ainsi une répartition plus équilibrée des responsabilités. L'obligation posée par le nouveau régime d'autorisation de conventionner entre les établissements doit être l'opportunité de formaliser ces organisations.

➔ Utiliser la réforme des autorisations pour mieux partager les contraintes.

Le partage des responsabilités passe par la mise en place d'une permanence des soins mutualisée. Cette approche implique que les établissements de santé collaborent afin de partager la charge de travail, et d'éviter une concurrence néfaste en termes d'attractivité pour les professionnels de la santé.

➔ Poser le principe d'une permanence des soins mutualisée et territorialisée.

Il est essentiel de repenser l'organisation de chaque service d'urgence en incluant systématiquement une première ligne infirmière. Cette approche garantirait une prise en charge plus rapide et plus efficace des patients, tout en optimisant l'utilisation des compétences de l'ensemble de l'équipe médicale.

2

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux

I Favoriser une approche globale des personnes âgées

La prise en charge psychiatrique des personnes âgées revêt une importance cruciale, quels que soient leurs lieux de résidence, que ce soit à domicile ou auprès de leur famille, ou en établissement médico-social (notamment en EHPAD). Pour garantir un accompagnement de qualité, il est nécessaire de développer des stratégies intégrées.

En résumé, une filière de psychiatrie dédiée à la personne âgée, prenant en compte tous les lieux de résidence, un renforcement des compétences, et une collaboration étroite entre les acteurs de la santé sont des éléments essentiels pour améliorer la qualité des soins psychiatriques pour les personnes âgées en France.

Le développement des compétences en psychiatrie du sujet âgé est impératif. Les professionnels de la santé doivent recevoir une formation adéquate pour répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable.

➔ Renforcer les compétences du personnel des EHPAD sur la psychiatrie du sujet âgé pour éviter les hospitalisations.



L'EXEMPLE

La convention-cadre à Paris pour la prise en charge des personnes âgées

Le centre d'action sociale de la Ville de Paris, le GHU Paris psychiatrie et neurosciences, l'ASM13 et les hôpitaux de Saint-Maurice sont engagés dans un partenariat depuis 2016 pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées. Ce partenariat vise à favoriser l'hébergement des personnes âgées atteintes de maladies psychiatriques, faciliter la coordination des parcours de soins des résidents, et réduire l'impact des troubles psychiatriques sur l'autonomie fonctionnelle, la qualité de vie, la morbidité et la mortalité.

Ce partenariat vise notamment à renforcer les compétences des soignants, par exemple à travers des formations flash d'initiation à la psychiatrie.

Il est essentiel d'étendre la présence et l'intervention des équipes de psychiatrie dans les EHPAD. Pour ce faire, la téléexpertise peut jouer un rôle clé. L'idée est d'avoir une infirmière présente aux côtés du patient, établissant une visioconférence avec le médecin psychiatre pour obtenir un avis spécialisé.

- ➔ Organiser sur chaque territoire un accès direct en hospitalisation psychiatrique lorsque c'est indispensable pour la personne âgée, pour éviter le passage par les urgences.
- ➔ Développer des équipes mobiles dédiées aux personnes âgées, se déplaçant au domicile.

Une approche innovante serait de flécher les financements liés à l'unité d'hospitalisation de recours (UHR) vers les EHPAD spécialisés dans l'accueil de résidents anciennement suivis en psychiatrie.

En échange de ces financements, et de la garantie de pouvoir recourir à une expertise autant que de besoin, les EHPAD pourraient réserver des places spécifiques pour ces patients, contribuant ainsi à fluidifier leur parcours de soins.

En résumé, une filière de psychiatrie dédiée à la personne âgée, prenant en compte tous les lieux de résidence, un renforcement des compétences, et une collaboration étroite entre les acteurs de la santé sont des éléments essentiels pour améliorer la qualité des soins psychiatriques pour les personnes âgées en France.

- ➔ Mieux flécher les financements UHR vers les EHPAD.

I Prendre en charge la santé mentale des personnes handicapées

La présence d'un médecin psychiatre intervenant dans les structures médico-sociales par le biais de la demi-journée d'intérêt général (IJ) assure le parcours de soin et évite nombre d'hospitalisations.

- ➔ Assurer une présence active d'expertise psychiatrique dans les structures médico-sociales.

Des équipes mobiles devraient être spécialement dédiées au secteur médico-social ; et, selon les situations, soit issues de structures telles que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les foyers de vie, soit issues du secteur sanitaire pour venir en appui des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

- ➔ Développer des équipes mobiles spécialisées.
- ➔ Favoriser une gouvernance propice au rapprochement entre le secteur médico-social et la psychiatrie.

Pour garantir une approche complète, il est essentiel d'intégrer une culture médico-sociale au sein des établissements de santé, en hybridant les compétences, et en favorisant l'acquisition de ces cultures professionnelles par les travailleurs sociaux. Cette démarche contribuerait à une meilleure compréhension des besoins des patients, et à une coordination accrue entre les secteurs médical et médico-social.

- ➔ Développer la filière intégrée entre le sanitaire et le médico-social.

Pour améliorer le parcours du patient entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, il serait opportun de mettre en place des directions communes entre ces structures, lorsque cela est possible. Ces directions communes sont un des éléments qui faciliteraient l'articulation entre les dispositifs relevant de ces différents établissements. Mais toute autre forme de coopération visant à structurer une filière de soins dédiée à la psychiatrie du sujet âgé, ou aux personnes en situation de handicap, s'avère utile, voire nécessaire.

Cette intégration pourrait réduire le recours aux hospitalisations en psychiatrie en favorisant une prise en charge plus globale (USLD, EHPAD, MAS, FAM).

➔ Favoriser la mise en place de directions communes/modalités de coopération facilitant l'organisation en filières de soins.

Les difficultés de lisibilité de l'offre médico-sociale dédiée peuvent complexifier les coopérations entre la psychiatrie et le médico-social, et donc la fluidité des parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; elles doivent être identifiées et décrites dans les PTSM avec au moins une fiche-action, et se traduire par des actions identifiées au sein des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).

Souvent constatée, l'insuffisance de la formation des professionnels médico-sociaux et de santé aux spécificités du handicap psychique a amené un grand nombre de PTSM à retenir cette priorité de travail dans leurs fiches-actions.

➔ S'assurer que les PTSM intègrent l'offre psychiatrique ou de santé mentale à destination des publics en perte d'autonomie.

3

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires territoriaux de la psychiatrie et de la santé mentale

I Évaluer, soutenir et développer les PTSM

Il est essentiel de mettre en place des mesures pour renforcer le fonctionnement des PTSM afin de garantir une meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire. Pour ce faire, plusieurs actions peuvent être envisagées.

Il est impératif d'obtenir une évaluation préliminaire des PTSM, et d'initier la rédaction des versions actualisées et renforcées des PTSM existants (V2), en intégrant les impacts post-crise de la Covid.

L'existence d'un PTSM dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent constitue une étape importante.

Il est essentiel de garantir que chaque PTSM soit pourvu systématiquement d'un coordonnateur, chargé de mettre en œuvre les actions, d'organiser les rencontres entre partenaires, d'évaluer les actions, de renseigner les indicateurs attendus et de faire évoluer les partenariats. Le coordonnateur du PTSM a un rôle crucial pour coordonner les actions.

Il est tout aussi nécessaire de définir clairement le lien entre les acteurs, et la place de chacun dans le parcours de la personne, pour garantir l'existence de parcours sans rupture.

Cela implique que les actions entreprises par les PTSM soient alignées sur les besoins prioritaires des patients, en veillant à éviter toute interruption pouvant compromettre la continuité des soins.

➔ Dresser un bilan des PTSM et renforcer leur action.

Les PTSM doivent également être intégrés aux projets régionaux, en tant que déclinaison des objectifs nationaux en matière de santé mentale. Cette interconnexion permettrait d'assurer une cohérence et une harmonisation des actions entreprises à différents niveaux géographiques.

L'implication des élus locaux dans la réalisation des PTSM est essentielle pour assurer la continuité, la mise à jour et la poursuite des travaux engagés.

Enfin, il est primordial de définir précisément le rôle de chaque acteur impliqué dans le parcours de soins et de vie des patients, ainsi que la coordination.

➔ Associer les PTSM aux projets régionaux de santé (PRS).

I Développer et structurer les liens avec les institutions publiques locales

La psychiatrie est amenée, depuis l'avènement du secteur, à créer des liens avec les partenaires permettant l'inclusion des patients dans la cité. La réhabilitation psychosociale nécessite une bonne connaissance et un partenariat avec différents structures et dispositifs. Sans être exhaustif, on peut citer quelques partenariats essentiels.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) joue un rôle central dans la reconnaissance du handicap psychique et dans la mise en place des compensations nécessaires.

Il est impératif d'établir des liens étroits entre la MDPH et les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ceci est essentiel pour une meilleure compréhension des attributions de chaque acteur, dans le but de mieux servir les intérêts des patients.

Il est également essentiel de considérer la MDPH comme un partenaire actif au sein des PTSM. En collaborant au sein de ces projets, la MDPH renforce son rôle, et contribue de manière significative à la prise en charge holistique des personnes en situation de handicap psychique.

➔ Structurer et développer les liens entre les établissements et la MDPH, notamment au travers des PTSM.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des entités partenariales d'une importance capitale dans la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, ainsi que dans leur intégration au sein de la communauté. Leur rôle s'étend également à l'analyse collaborative des situations complexes auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux dans la cité.

Leur utilité indéniable souligne la nécessité de poursuivre leur développement au sein des villes. En effet, en favorisant la concertation et la coopération entre les professionnels de la santé mentale, les associations, les institutions locales et les habitants, les CLSM contribuent à créer un environnement propice au bien-être mental, et à la pleine participation sociale de tous les citoyens.

Pour renforcer encore davantage leur impact, il est impératif d'intégrer les CLSM aux contrats locaux de santé. Cette intégration permettrait de consolider leur positionnement au sein des politiques de santé publique locales, favorisant ainsi une approche holistique de la santé, incluant la dimension mentale et sociale.

➔ Intégrer les CLSM aux contrats locaux de santé.

L'accès au logement constitue un des enjeux majeurs dans le travail de réhabilitation.

Certains dispositifs méritent d'être soutenus, comme « un chez soi d'abord », qui propose aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères un accès direct à un logement stable, sans passer obligatoirement par un centre d'hébergement temporaire. Les liens de la psychiatrie avec les bailleurs sociaux doivent faire l'objet d'un partenariat renforcé pour aider les personnes à trouver un logement social sans stigmatisation.

➔ Renforcer l'accès au logement pour les malades de psychiatrie.

Un autre facteur essentiel de réhabilitation et de réintégration est celui du travail. Dans certains territoires, les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) mettent l'accent sur la réinsertion par le travail en faveur des travailleurs handicapés psychiques. Ces initiatives visent à favoriser une intégration professionnelle adaptée aux besoins spécifiques de cette population, et peuvent permettre d'évaluer les capacités professionnelles par des stages ou des essais programmés.

France Travail peut, quant à lui, offrir des accompagnements spécifiquement conçus pour répondre aux défis liés aux handicaps psychiques. Ces programmes sont élaborés afin de fournir un soutien personnalisé, favorisant ainsi l'insertion professionnelle durable des personnes concernées.

Dans les établissements publics de santé mentale (EPSM), des conseillers d'insertion professionnelle sont déployés au sein d'unités dédiées à la réhabilitation psychosociale, pour renforcer le travail indispensable des assistantes sociales. Leur rôle consiste à accompagner, dès que possible, les personnes aptes à reprendre un emploi, en veillant à ce qu'elles bénéficient d'un encadrement approprié pour favoriser leur intégration dans le monde du travail.

➔ Renforcer l'accès au travail.

PARTIE 5



**DÉVELOPPER l'attractivité
des métiers de la psychiatrie,
et reconnaître les professionnels
qui les exercent**

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, l'importance de la santé mentale pour tous semble mieux perçue. Cependant, la psychiatrie fait face à des défis majeurs pour attirer et fidéliser des professionnels qualifiés. Les stigmates persistants associés aux troubles mentaux, les craintes véhiculées par la société sur la potentielle dangerosité des personnes soignées, l'impression d'une incompréhension des personnes atteintes de troubles sévères, et le sentiment d'incapacité relationnelle dissuadent souvent les professionnels de la santé de s'engager dans des carrières psychiatriques, qui sont pourtant riches et diverses. La psychiatrie fait face à une démographie médicale extrêmement tendue : 30 % de postes vacants pour les postes de PH à temps plein, 50 % pour les postes à temps partiel. De même, les établissements sont en proie à des difficultés de recrutement de personnels paramédicaux.

Les professionnels de la psychiatrie sont confrontés à des conditions de travail difficiles, avec des effectifs limités, des exigences croissantes et des formations insuffisantes. Cette situation perçue ou réelle peut limiter l'attrait pour ces professions. Une meilleure valorisation des métiers en psychiatrie, à travers des programmes de formation, des campagnes de sensibilisation et une amélioration des conditions de travail, est essentielle pour encourager davantage de professionnels à choisir cette voie, et pour garantir des services de santé mentale et de psychiatrie de qualité.

En dépit de ces défis, des initiatives existent pour renforcer l'attractivité des métiers de la psychiatrie. Des programmes de mentorat, des incitations financières et des efforts pour réduire les stigmates liés aux troubles mentaux sont autant de pistes explorées pour susciter un intérêt accru pour ces professions. Il est impératif de créer un environnement propice au recrutement et au maintien de professionnels compétents en psychiatrie, répondant ainsi aux besoins croissants, actuels et à venir, de soins mentaux.

1

Communiquer sur la psychiatrie pour améliorer la connaissance de cette spécialité médicale et lutter contre les idées reçues

I Faire découvrir la psychiatrie aux jeunes générations

Le recrutement de psychiatres hospitaliers constitue un véritable défi d'attractivité, accentué par le fait que 25 % des psychiatres en poste ont dépassé l'âge de 65 ans. Les contraintes liées à l'hospitalisation des patients en soin sans consentement ont engendré une diminution de l'attrait pour cette profession. De plus, la psychiatrie demeure une spécialité méconnue des étudiants en médecine, souvent sujette à la stigmatisation tant pour la discipline que pour les psychiatres eux-mêmes.

Dans ce contexte, début 2024, le Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP) a lancé la campagne « #ChoisirPsychiatrie ». Visant à mieux faire connaître la psychiatrie aux étudiants en médecine, cette initiative doit être soutenue. Il est essentiel de briser les préjugés entourant la psychiatrie afin d'encourager davantage d'étudiants à s'engager dans cette spécialité.

Les campagnes visant à favoriser la déstigmatisation doivent également concerner les métiers de la psychiatrie, qui font souvent l'objet d'idées reçues. La déstigmatisation des questions relatives à la santé mentale, notamment chez les jeunes générations, s'est enclenchée à la suite du confinement. Il faut favoriser un nouvel intérêt pour la psychiatrie. Un programme spécifique de communication sur le contenu des métiers pourrait accompagner ce mouvement, et susciter des vocations. Une sensibilisation des conseillers d'orientation dans les lycées, avec une implication des IFSI et des professionnels de santé, doit être renforcée et généralisée.

- ➔ Développer et soutenir les campagnes d'information au profit des métiers de la psychiatrie.
- ➔ Favoriser les actions de sensibilisation par les IFSI auprès des conseillers d'orientation et auprès des lycéens.

I Favoriser les stages en psychiatrie pour susciter des vocations

— LES EXTERNES —

Les services de psychiatrie offrent la possibilité d'accueillir des externes, sans se limiter aux seuls services universitaires, souvent en nombre insuffisant pour accueillir l'ensemble des externes. Au concours de l'internat, la psychiatrie figure parmi les dernières spécialités choisies, et le nombre de postes disponibles n'est pas intégralement pourvu. Cette situation s'aggrave année après année, posant un défi majeur pour la spécialité. Pourtant, l'expérience montre que la réalisation d'un stage au cours de l'externat est souvent un facteur de choix pour une spécialité lors de l'internat.

- ➔ Systématiser la réalisation d'au moins un stage en service de psychiatrie durant l'externat.
- ➔ Développer les possibilités pour les externes d'effectuer leur stage dans des établissements hors CHU autorisés en psychiatrie.

— LES INTERNES —

L'entrée en vigueur d'une nouvelle maquette de l'internat cette année, avec une durée de formation de 5 ans en DES permettant une spécialisation plus approfondie en pédopsychiatrie, en psychiatrie de la personne âgée, en psychiatrie légale et en psychiatrie périnatale, représente une évolution significative. L'impact de cette réforme sur les choix des étudiants en médecine se manifesterà dans les années à venir, et il est nécessaire de suivre attentivement son influence sur la spécialité de la psychiatrie.

Afin d'attirer de futurs psychiatres vers les services hospitaliers, il est impératif que les internes aient la possibilité d'effectuer des stages dans les différents services et établissements. Il est essentiel de rappeler que les soins psychiatriques à l'hôpital sont principalement dispensés dans des services non universitaires. La diversité des approches théoriques et des pratiques cliniques des praticiens hospitaliers doit être pleinement intégrée dans le cursus des études médicales et de l'internat. Une trop forte concentration des internes dans les services universitaires limite la richesse et la diversité de leur formation à la psychiatrie de secteur, contribuant ainsi à la difficulté de recrutement dans les centres hospitaliers spécialisés.

- ➔ Favoriser la présence d'un nombre pertinent d'internes au sein des services afin de garantir la qualité et l'individualisation de la formation des internes.
- ➔ Assurer un meilleur équilibre dans la répartition des agréments de stages d'interne et dans la

répartition des internes sur le territoire afin de favoriser leur implantation à l'issue de l'internat.

- ➔ Favoriser l'universitarisation des terrains de stage des internes en dehors de CHU pour améliorer la répartition des internes et favoriser l'attractivité des territoires.

— LES INFIRMIERS —

Les infirmiers bénéficient de trop peu d'heures de cours sur la psychiatrie, et les stages n'y sont pas systématiques. Il arrive parfois qu'un stage effectué dans le secteur médico-social soit comptabilisé comme de la psychiatrie. Pour autant, la réalisation d'un stage en psychiatrie peut être un facteur décisif pour le choix de l'orientation professionnelle de l'infirmier.

- ➔ Favoriser la réalisation d'au moins un stage en psychiatrie stricto sensu pendant les études infirmières.
- ➔ Dissocier les stages de formation en psychiatrie et en santé mentale, par rapport au médico-social.

— LES PSYCHOLOGUES —

Les demandes de stage de la part des étudiants en psychologie, notamment en master, sont nombreuses mais pas toujours honorées.

- ➔ Mieux valoriser la place des stagiaires de master 2, inciter à leur accueil avec un quota minimal de stagiaires par établissement.

Structurer une démarche territoriale pour attirer et fidéliser les professionnels de la psychiatrie

Le renforcement de l'attractivité de l'exercice en établissement passe également par l'existence d'une participation à des actions de recherche. Un autre vecteur important d'attractivité est celui posé par la constitution de fédérations régionales de recherche en psychiatrie et santé mentale, consacrées par l'instruction du 30 mars 2023 relative au soutien de la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale.

Suite aux Assises de la santé mentale, le développement de postes hospitalo-universitaires territoriaux favorise une fédération d'établissements autour de projets universitaires de recherche et de formation. Si 12 postes ont d'ores et déjà été créés, la demande est forte pour développer de nouveaux postes sur d'autres territoires.

- ➔ Augmenter le nombre de postes hospitalo-universitaires à vocation territoriale.
- ➔ Recruter et développer les postes de praticiens partagés. Ces modalités d'organisation peuvent être facteur d'attractivité pour certaines fonctions, entre service universitaire et service non universitaire, par exemple.



L'EXEMPLE

Le cas du projet PLUTON

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille et le groupement hospitalier de territoire (GHT) Psy Nord-Pas-de-Calais développent un travail collaboratif baptisé « Pluton », qui représente une initiative majeure. Cette collaboration a joué un rôle crucial dans la promotion de l'attractivité des secteurs hospitaliers qui connaissaient des difficultés particulières. La dynamique territoriale instaurée par ce projet, et notamment la présence d'un poste HU territorial, a également été bénéfique pour accompagner les internes dans leur parcours professionnel.

Renforcer la formation des professionnels

I Consolider la formation initiale et continue des infirmiers

La formation initiale des infirmiers est insuffisante pour permettre à de jeunes professionnels d'être armés et prêts à exercer en psychiatrie. Le volume d'heures de formation théorique et pratique n'est pas en adéquation avec les attendus lors de la prise de poste.

Doubler le nombre d'heures de formation en psychiatrie dans la formation initiale des infirmiers.

- ➔ Augmenter de 25% les places en 1re année d'IFSI d'ici à 2050.
- ➔ Rendre obligatoires les cours magistraux de formation à la psychiatrie dans la formation des IDE.

- ➔ Développer les programmes de formation continue et de mentorat au sein des établissements lors de la première année de prise de poste.
- ➔ Mettre en place du tutorat d'intégration, et valoriser cette fonction, qui nécessite du temps dédié.
- ➔ Donner aux établissements les moyens de mieux encadrer les étudiants et les nouveaux recrutés.
- ➔ Former par la simulation en santé mentale pour compléter les actions de formation continue.

I Développer le recours aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et favoriser leur formation

La fonction d'IPA est un métier nouveau, qui doit pouvoir s'intégrer dans une gradation de soins, notamment pour appuyer les médecins dans la réalisation de certaines tâches. L'intégration d'IPA dans les équipes de soin doit être réfléchie au préalable, et leur rôle défini en fonction des parcours patients au sein de chaque équipe. Le poste d'IPA doit s'entendre comme un poste supplémentaire et pas en substitution, ce qui implique d'anticiper les départs en formation d'IPA pour garantir les ressources paramédicales nécessaires au sein du service.

- ➔ Augmenter le nombre d'IPA en formation sur les 5 prochaines années, afin de prévoir la présence d'au moins un IPA par secteur psychiatrique sur l'ensemble du territoire.
- ➔ Favoriser une meilleure reconnaissance salariale de ce métier pour renforcer son attractivité.

Pour les IPA, le départ en formation est souvent compliqué en raison des contraintes personnelles et familiales. De plus, pour les établissements, il est difficile de laisser partir durant deux années des professionnels. Une reconnaissance des acquis de l'expérience et un développement des enseignements à distance permettraient de mieux gérer ces contraintes, et faciliteraient le départ en formation des IPA.

- ➔ Définir les modules pouvant faire l'objet d'une formation à distance.
- ➔ Faire un bilan des formations d'IPA au regard aussi des attendus des acteurs professionnels de terrain.

La formation des IPA étant universitaire, l'adaptation, le déploiement et les modalités pédagogiques du référentiel de formation sont laissés à l'autonomie de l'université. Il en résulte une grande disparité des contenus et des méthodes pédagogiques entre les lieux de formation.

- ➔ Faire un bilan des formations d'IPA, et rechercher l'harmonisation des contenus de formation dispensés en psychiatrie/santé mentale.

Pour les professionnels issus des outre-mer, le départ en formation en métropole peut être compliqué à gérer sur le plan financier.

- ➔ Prévoir des modalités d'indemnisation afin d'éviter un renoncement à la formation par les professionnels ultra-marins.
- ➔ Développer les enseignements en distanciel.
- ➔ Soutenir la création d'un enseignement IPA dans les départements d'outre-mer.

Faire évoluer les statuts des professionnels pour une meilleure reconnaissance

I Mieux reconnaître l'exercice à l'hôpital des médecins

Le peu d'attractivité de la discipline médicale et le choix d'un exercice libéral ou dans le secteur privé entraînent une distorsion de l'offre, au détriment des parcours de soins des patients. Le questionnement d'une reconnaissance de l'exercice en milieu hospitalier s'impose, à défaut d'une régulation.

Au sein des établissements, une recherche d'équité doit être la règle : attribution des primes, répartition de la pénibilité, participation à la permanence des soins...

- Recourir à la prime de solidarité territoriale pour dépanner les établissements en difficulté.
- Favoriser l'accueil et la reconnaissance des médecins étrangers en aplanissant les difficultés administratives, en facilitant la délivrance de visa, et en proposant une rémunération en rapport avec les compétences exigées.

I Reconnaître les métiers de la psychiatrie

En ce qui concerne la rémunération des IPA, après 2 ans de formation complémentaire, ceux-ci voient leur rémunération augmenter d'environ 50 euros par mois : une revalorisation s'impose pour développer le nombre et la fonction d'IPA.

- Garantir aux IPA une rémunération en cohérence avec leur niveau de formation.

Depuis longtemps, la psychiatrie a cherché à diversifier et à développer des possibilités d'expression des personnes hospitalisées en développant les compétences artistiques, l'expression écrite, la communication par différents vecteurs (théâtre, peinture, arts, musique...). Ces activités se font généralement au sein des hôpitaux de jour et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), mais également dans les services pour patients hospitalisés au long cours. Ces activités sont très utiles dans les services d'entrée pour apaiser les tensions et gérer la violence. Le recrutement de personnels formés à ces approches thérapeutiques n'est pas récent, et ces professionnels sont considérés comme faisant partie des équipes de soin (art-thérapeute, musicothérapeute, ergothérapeute, etc.).

Plus récemment, avec la reconnaissance des bienfaits de l'activité physique et de la nécessité d'améliorer la santé physique des patients, et la prise en compte de la gestion des émotions par des approches corporelles, de nouveaux professionnels sont intervenus. Ainsi, le recours à des kinésithérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA), des diététiciens et des professionnels

sont intervenus. Ainsi, le recours à des kinésithérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA), des diététiciens et des professionnels formés aux différentes techniques de relaxation favoriserait le processus de prise en charge.

Dans les hôpitaux, ces métiers fort utiles dans les équipes de soin sont souvent mal reconnus, voire ne disposent pas d'un statut adapté (par exemple les APA). De ce fait, les établissements rencontrent des difficultés à recruter certains métiers paramédicaux, qui se consacrent à d'autres secteurs avec un niveau de rémunération plus attractif, et ce, alors même que ces professionnels sont indispensables.

- Donner aux APA un statut à la hauteur de leur niveau de formation.

En ce qui concerne les psychologues, une politique ambitieuse de reconnaissance et de fidélisation doit être entreprise, alors que l'exercice libéral constitue un attrait important pour les professionnels.

- Réaliser au sein de chaque région une cartographie de l'ancienneté des psychologues, et engager un plan de stagiairisation des professionnels disposant de plus de 2 ans d'ancienneté.
- Développer la titularisation des psychologues en organisant des concours réservés.

I Encourager l'exercice professionnel en UMD ou UHSA

Enfin, une proposition d'intéressement financier pour les professionnels de la santé qui exercent en UMD ou UHSA mérite d'être sérieusement prise en considération. Cette incitation financière peut contribuer à attirer et à maintenir des professionnels qualifiés dans ces structures, où leur expertise est essentielle pour répondre aux besoins complexes des patients en psychiatrie.

➔ Encourager l'exercice dans les unités les plus difficiles par une meilleure reconnaissance.

4

Améliorer les conditions de travail en établissement psychiatrique et redonner du sens au travail

I Développer de nouveaux rythmes de travail

L'une des réponses permettant d'améliorer les conditions de travail au sein des établissements psychiatriques est l'exploration de **nouvelles organisations de travail**, répondant mieux aux attentes des professionnels en ce qui concerne l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle et en lien avec une évolution de l'offre de soins.

Les professionnels, souvent les plus jeunes, expriment le souhait d'un passage de leur rythme de travail en 12 heures ou un passage à la semaine en 4 jours. De nouvelles organisations hybrides peuvent être proposées avec, dans une même équipe, des rythmes de travail différents et/ou des horaires

décalés, s'adaptant à la charge en soins et à l'organisation des soins de l'unité. L'adhésion de l'équipe au projet doit être pleine et entière, et ne doit pas occulter une réflexion au sujet des synchronisations des temps des personnels médicaux et des personnels non-médicaux, ainsi qu'une réflexion sur les modalités permettant de garantir les temps de pause. Si cette organisation est souhaitée par les professionnels, elle doit néanmoins faire l'objet d'une évaluation.

➔ Favoriser l'adaptation des rythmes de travail au regard des aspirations des professionnels.

I Répondre aux enjeux de charge en soins

L'un des éléments identifiés comme étant source d'amélioration des conditions de travail est celui de la charge en soins. C'est pourquoi il est nécessaire d'interroger ce sujet pour mieux mettre en adéquation les ressources des équipes avec les besoins d'organisation de la prise en soins.

➔ Documenter la notion de charge en soins au regard de la lourdeur des patients pour proposer des guides d'organisation pertinentes.

➔ S'appuyer sur le travail des DIM et sur les données d'information médicale pour étayer cette documentation.

Les postes vacants se concentrent souvent sur les secteurs d'hospitalisation. Ce constat est la conséquence des sujétions, mais pas uniquement. Il est nécessaire de s'interroger sur la nature des activités, la place de l'hospitalisation en psychiatrie, avec un besoin de confronter les points de vue sur ces questions entre professionnels travaillant en intra-hospitalier et les professionnels exerçant en ambulatoire, en hôpital de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), etc. Il convient de travailler sur le contenu de l'hospitalisation, ce qui amènera à aborder les questions des organisations et des conditions de travail des personnels.

Il est nécessaire de mieux organiser les soins dans les unités d'hospitalisation, et de permettre une réelle prise en charge psychiatrique et psychologique des patients en crise. Cela passe notamment par le renforcement de la pluridisciplinarité et de la complémentarité des compétences en hospitalisation complète.

- ➔ Interroger la place de l'hospitalisation complète en psychiatrie, pour mieux faire correspondre les conditions d'hospitalisation des patients et la représentation que les professionnels ont de leur métier.

L'accompagnement relationnel et clinique des patients en crise, en chambre d'isolement ou pas, avec ou sans contention nécessite la présence de

deux soignants par patient pour un accompagnement optimum. L'effectif nécessaire pour l'ensemble des patients d'une unité d'entrée accueillant des patients en crise est conséquent, et n'est pas toujours soutenu et/ou possible, ce qui ne crée pas les conditions pour une pratique soignante satisfaisante. Les contraintes administratives des pratiques d'isolement/contention ont entraîné un véritable alourdissement de la procédure pour les professionnels en psychiatrie.

- ➔ Faire évoluer la réglementation sur l'isolement /contention pour en faire un outil applicable et utile à la protection des droits des patients.

Réduire la contrainte administrative pour donner du temps auprès des patients

La demande est générale en psychiatrie pour que se mette en place une véritable évaluation **pour diminuer les contraintes administratives et logistiques** pesant sur le travail des soignants. Il s'agit de libérer les soignants de certaines tâches administratives et de traçabilité, afin de renforcer le travail auprès des patients.

- ➔ Interroger la pertinence de certaines traçabilités et simplifier la rédaction des rapports d'activité. De façon générale, interroger la pertinence des tâches annexes sans lien direct avec la prise en charge du patient.
- ➔ Favoriser le développement et la mise à disposition d'outils d'aide à la décision : tableaux de bord, rapports d'activité automatisés, requêtes sur bases de données effectués par les services d'information médicale, au profit des services de soins.
- ➔ Développer des outils numériques adaptés à la psychiatrie et ergonomiques, pour faciliter la traçabilité de l'ensemble des professionnels.

Un autre élément essentiel à l'existence de bonnes conditions de travail, ce sont des locaux permettant de bonnes conditions d'accueil, agréables, et adaptées pour les professionnels et les patients.

- ➔ Disposer d'un schéma directeur immobilier pour proposer des conditions de travail adaptées et agréables.
- ➔ Assurer les conditions d'un entretien et d'un renouvellement régulier des locaux existants.
- ➔ Disposer d'un plan d'investissement national pour permettre une mise aux normes des unités d'hospitalisation selon les textes des autorisations en psychiatrie.

Partager les contraintes au sein des établissements et sur les territoires

Les difficultés d'attractivité des établissements psychiatriques se concentrent principalement sur les services intra-hospitaliers. En effet, ces services accueillent les patients les plus complexes, et ceux pour lesquels il est nécessaire d'assurer une permanence des soins.

- ➔ Assurer un meilleur équilibre des sujétions entre médecins d'un même établissement, afin de ne pas créer des inégalités entre professionnels qui conduiraient à rendre moins attractifs certains postes.

De fait, la concentration de la contrainte liée à la permanence des soins génère une moindre attractivité de certains postes au regard des attentes des professionnels et de l'équilibre vie privée/vie professionnelle. Dès lors, il est nécessaire de garantir une équité de traitement entre professionnels, et une implication de tous pour partager cette contrainte.

Développer la délégation de tâches et faire évoluer les missions des professionnels

Sur le plan territorial, instaurer un schéma de permanence des soins commun entre établissements publics, publics/privés et publics/libéraux pour concrétiser la notion de « responsabilité collective ».

Définir au niveau national et à l'échelon local les modalités de cette délégation de tâches

La délégation de tâches doit faire l'objet d'une structuration précise. Il convient donc de définir ce que le médecin délègue comme actes, missions, de quelle façon, et quel est le niveau de responsabilité qui est délégué. Il est nécessaire de développer les protocoles de coopération pour expliciter ces liens. Cela passe par le développement des prises en charge pluriprofessionnelles, et la valorisation des modèles de soins partagés. En somme, il s'agit de passer d'une logique de délégation d'actes à une logique de délégation de compétences.

- ➔ Développer des protocoles locaux de coopération.
- ➔ Positionner le médecin en tant que garant de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Reconnaître l'expertise des psychologues et renforcer leur rôle dans l'évaluation des patients

Les psychologues sont un rouage essentiel du suivi des patients accueillis en psychiatrie. Une meilleure reconnaissance de leurs missions et de leur rôle est nécessaire pour garantir l'attractivité de leur métier à l'hôpital. Si les psychologues ont fait l'objet de nouvelles propositions, notamment dans le cadre des assises de la santé mentale (dispositif MonPsy, augmentation de leur nombre en CMP et dans le champ de la précarité), la dynamique doit également s'étendre aux établissements, pour fidéliser ces professionnels dans un contexte de difficultés de recrutement.

- ➔ Faire évoluer les missions des psychologues, et structurer différemment le parcours des patients, en facilitant l'accès direct aux psychologues en CMP, pour répondre plus rapidement à la demande des patients.
- ➔ Reconnaître le statut des psychologues et leurs expertises particulières, et développer leur structuration en collègue.
- ➔ Penser et développer la délégation de tâches, renforcer leurs responsabilités.

- ➔ Développer le positionnement de psychologues en prévention et protection de l'enfance au niveau des maisons de santé, pour désengorger les CMP et permettre l'accès direct.

Renforcer le rôle des infirmiers

Aujourd'hui, les IDE n'ont pas le droit réglementairement de faire une consultation, un bilan, un entretien en 1^{re} intention en dehors des délégations de tâches.

- ➔ Étudier la possibilité d'intégrer réglementairement dans les missions infirmières la possibilité de réaliser des consultations d'entretien et de bilan.
- ➔ Créer un module de formation continue spécifique, ainsi qu'un codage de cette activité.

Faire évoluer la composition des équipes

Avec l'avènement de la réhabilitation psychosociale, de nouveaux intervenants viennent enrichir et diversifier les soins, les accompagnements, et les étayages nécessaires à la réinsertion pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques ou de handicap psychique. Par exemple, ce sont les case managers, les infirmières de coordination, les conseillers d'orientation professionnelle qui renforcent le travail des assistantes sociales, les pairs aidants qui témoignent de leur parcours auprès des patients et aident à l'accompagnement vers les groupements d'entraide mutuelle (GEM).

Les personnels de l'éducation, éducateurs spécialisés, enseignants APA, éducateurs jeunes enfants peuvent apporter une aide supplémentaire dans certains services.

- ➔ Faire évoluer la composition des équipes de soins non médicales en intra-hospitalier (intégrer plus de pluriprofessionnalité) et dans les hôpitaux de jour.

I Développer le management participatif à tous les niveaux

Le rapport Claris a souligné l'importance de faire évoluer la gouvernance dans les établissements comme facteur d'attractivité pour les médecins, les cadres, et afin de redonner du sens aux différents professionnels de santé. Plusieurs enquêtes ont montré qu'il y a eu finalement peu d'évolution, et que les modalités managériales sont variables en fonction des établissements. Certaines préconisations semblent indispensables pour améliorer le quotidien des équipes de soin.

- ➔ Développer la formation au management pour l'ensemble des responsables médicaux, paramédicaux et administratifs. La formation managériale des médecins doit être soutenue.
- ➔ Dans l'organisation des établissements, renforcer la place du service, le binôme chef de service/cadre de santé et le pilotage des projets de service par le binôme.

Cet essor managérial doit favoriser la délégation de gestion (crédits de remplacements, petits investissements du quotidien, formation, actions et initiatives relatives à la qualité de vie au travail, etc.).

- ➔ Systématiser la rédaction d'une charte de gouvernance à l'échelle des établissements.
- ➔ Développer la rédaction de chartes décrivant les modalités de travail au sein des services, notamment entre médecin-chef et cadre.
- ➔ Renforcer la concertation préalable avec les responsables médicaux dans la nomination des cadres de pôles et des cadres de proximité, pour garantir l'intégration de ces professionnels dans les services de psychiatrie.
- ➔ Reconnaître une organisation des psychologues dans la gouvernance institutionnelle, notamment par le biais des collèges des psychologues, afin de les intégrer dans les décisions institutionnelles.

PARTIE 6



RENFORCER l'offre de soins
et la coordination des parcours
en psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent

Les très graves difficultés rencontrées pour les soins aux enfants en psychiatrie sont un enjeu majeur de santé publique. Les troubles de santé mentale des enfants sont en constante augmentation depuis la crise sanitaire et la pénurie de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent est particulièrement inquiétante, certains départements n'ayant plus du tout de pédopsychiatres.

Des mesures urgentes, à effet immédiat, doivent être prises pour assurer la prévention, les soins nécessaires pour tous les enfants, en prenant en compte la spécificité de l'enfance à tous les âges.

1

Garantir une équité d'accès aux soins en structurant l'offre de soins dans les territoires

L'organisation de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doit se construire avec trois impératifs :

- Les soins directs aux enfants qu'ils soient globaux ou spécifiques à certaines fonctions.
- Le travail avec l'environnement et en particulier l'environnement familial et les structures scolaires.
- Le travail de réseau entre les différents partenaires (éducation nationale, justice, PMI, ASE etc.).

L'enfant est une personne en développement, cette dimension développementale est une spécificité à prendre en compte : développement des différentes fonctions et compétences mais aussi développement et devenir de l'individu lui-même. Ceci implique la nécessité d'un équilibre entre l'offre de soins pédopsychiatriques généraliste et celle plus spécialisée en filière qui n'ont de sens que très

articulées avec le travail des secteurs pour éviter toute rupture particulièrement iatrogène chez l'enfant.

Un trouble isolé chez l'enfant est plutôt rare, la comorbidité entre plusieurs troubles est généralement la règle. Le travail de coopération élargi en réseau dans une dynamique de secteur est d'autant plus important à considérer car l'enfant est particulièrement réceptif à la façon dont les acteurs se coordonnent entre eux, avec leur environnement, et leur famille. Par ailleurs, les partenaires et acteurs peuvent être nombreux, surtout s'il existe des facteurs de précarité et de vulnérabilité éducative dans l'environnement. Dès lors, ce travail en réseau constitue le socle de la qualité des soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

- ➔ Promouvoir une dynamique de pluridisciplinarité, de proximité et de lien avec les partenaires.

Assurer une offre de soins minimale en hospitalisation dans l'ensemble des territoires

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a développé les soins en s'appuyant sur l'ambulatoire : plus de 95 % de la file active en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est exclusivement suivie en ambulatoire. Cependant, les soins à temps complet demeurent indispensables pour certains jeunes patients, essentiellement pour les adolescents. Il convient de prévoir dans chaque territoire une possibilité d'hospitalisation de mineurs afin de répondre aux besoins de santé.

- ➔ Remédier aux carences constatées quant aux possibilités de soins à temps complet en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La complexité de certaines situations cliniques demande fréquemment l'individualisation de la prise en charge.
- ➔ Éviter l'hospitalisation des mineurs en service adulte en assurant un nombre suffisant de places d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pour les enfants plus jeunes, surtout ceux ayant connu des discontinuités des liens et carences, des hospitalisations programmées et contractualisées sont parfois nécessaires. Au vu du manque de moyens et du peu d'enfants concernés, un accueil dans une unité régionale est préconisé.

➔ Favoriser les conventions entre établissements d'une même région pour assurer une réponse en termes d'hospitalisation.

Il est recommandé et préférable d'hospitaliser en pédiatrie en première intention lorsqu'il n'y a pas de caractère de gravité selon les recommandations de la HAS⁷. Il convient alors de développer la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de liaison en l'organisant avec des consultations infirmières de première intention.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de liaison doit renforcer la prise en charge de la dimension psychique des maladies somatiques chroniques. Le travail de liaison auprès des autres spécialités améliore considérablement la prise en charge globale de l'enfant. Certaines pathologies, comme les troubles du comportement alimentaires, peuvent nécessiter une double expertise.

➔ Favoriser le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de liaison entre les établissements assurant une activité de pédiatrie et les établissements assurant une activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.



L'EXEMPLE

L'équipe mobile de liaison à Metz

L'Équipe Mobile de Pédopsychiatrie mise en place par l'EPSM Metz Jury a une double vocation, d'une part de venir en soutien des institutions sociales et médico-sociales qui en font la demande et d'autre part d'intervenir aux urgences pédiatriques et en service de pédiatrie. Pour ce faire, un bureau est dédié au sein du service de pédiatrie du CHR de Metz, deux infirmiers sont présents quotidiennement 5 jours par semaine et interviennent en première ligne sur sollicitation des équipes de pédiatrie. Un pédopsychiatre est tous les jours en deuxième ligne et peut intervenir lorsque cela est nécessaire.

Le reste du temps, le relai est pris par l'équipe psychiatrique adulte d'urgence et de liaison. Cette organisation permet de gérer rapidement l'évaluation des crises suicidaires en UHCD pédiatrique et parfois en pédiatrie sans obligatoirement orienter sur l'unité d'hospitalisation adolescent.

Il existe une forte hétérogénéité dans la façon dont les urgences pédopsychiatriques sont accueillies selon les départements. L'admission d'enfants souffrant de troubles psychiatriques dans un service d'urgence générale est loin d'être idéale. Même si l'accueil aux urgences pédiatriques jusqu'à 18 ans doit être privilégié, dans tous les cas, un accueil dédié doit être organisé et la suite des soins doit être rapidement proposée. Ceci peut être rendu difficile par manque de moyens en centre médico-psychologique enfants adolescents (CMPEA). Des solutions efficaces existent dans certains hôpitaux avec des prises en charge dans des unités 15/25 ans ou des hôpitaux de jour de soins intensifs.

Chaque territoire doit s'organiser pour accueillir les urgences pédopsychiatriques de façon lisible et assurer un adressage rapide et fluide vers la structure la plus adaptée en fonction de l'état de santé du mineur.

➔ Prévoir et décrire dans chaque territoire les modalités de prise en charge des urgences psychiatriques pour les enfants et les adolescents.

⁷ Recommandation « Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge », HAS, 2021.

Les services d'accueil sécurisés (SAS) en psychiatrie pour enfants et adolescents ainsi que des SAS pédiatriques sont destinés aux jeunes en crise nécessitant une intervention rapide, sans que l'hospitalisation complète soit systématiquement requise. Leur rôle est multiple :

- Apporter un cadre de réponse pour des jeunes présentant des troubles aigus tels que des crises d'angoisse sévères, des conduites suicidaires, des troubles du comportement ou encore des décompensations psychotiques.
- Évaluer rapidement les besoins spécifiques de chaque jeune grâce à des équipes pluridisciplinaires, composées de psychiatres, psychologues, éducateurs et infirmiers spécialisés.
- Orienter les patients vers des soins adaptés, qu'il s'agisse d'une hospitalisation complète, de soins ambulatoires ou d'un suivi en CMP.

Ces SAS visent à désengorger les services d'urgence souvent saturés, à réduire les risques de rupture de soins et à mieux intégrer les jeunes dans un parcours de soins cohérent et continu.

➔ Développer des filières spécialisées SAS en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Renforcer la prévention, l'accueil et l'orientation, et consolider le rôle et les moyens des CMP

L'amélioration de la lisibilité de l'offre et des parcours en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est essentielle pour garantir une prise en charge cohérente et continue des jeunes en souffrance psychique. Aujourd'hui, les structures et parcours de soins, souvent complexes et mal coordonnés, peuvent compliquer l'accès aux soins adaptés, entraîner des ruptures de parcours et limiter l'efficacité des interventions. Une organisation claire, transparente et bien structurée de l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent permettrait non seulement aux familles, mais aussi aux professionnels de santé, de naviguer facilement à travers les différents niveaux de prise en charge.

Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des structures de premier recours en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais leurs missions et leurs rôles peuvent paraître flous pour les familles et même pour certains professionnels. Les CMP sont des lieux de diagnostic et de traitement pour les enfants et adolescents en souffrance psychologique. Ils offrent des soins de premier niveau, assurant une prise en charge psychologique ou psychiatrique de base en milieu ambulatoire. Les CMPP, quant à eux, ont été historiquement situés au carrefour des prises en charge des souffrances psychologiques et des difficultés pédagogiques des enfants, donc des troubles des apprentissages. Ils ont désormais une mission de prise en charge des TND. Destinés aux enfants de 0 à 6 ans, les CAMSP ont pour mission

la prise en charge des troubles précoces et pluridisciplinaire des retards de développement, avec des soins médicaux, éducatifs et sociaux. CMP, CMPP, et CAMSP ont en commun de prendre en charge aussi bien des troubles psycho-affectifs que les troubles dits du neuro-développement, les deux étant régulièrement associés.

➔ Clarifier l'offre entre les CMP et CMPP et les CAMSP sur chaque territoire.

Il est essentiel de développer un maillage équilibré et accessible de l'offre de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones rurales ou sous-dotées en services spécialisés. L'élaboration d'un schéma d'organisation de l'offre de soins, comprenant les centres de premier niveau (CMP, CMPP, CAMSP), de deuxième niveau (services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) et de troisième niveau (unités très spécialisées et équipes pluridisciplinaires) rendrait ce réseau de soins plus lisible et plus fonctionnel.

➔ Mailler l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et élaborer un schéma d'organisation de cette offre, le rendre lisible et facilement accessible par les professionnels et les familles.

La lutte contre les ruptures de parcours en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est un enjeu essentiel pour améliorer la continuité et l'efficacité des soins. Cela peut être atteint par :

- Des parcours de soins intégrés avec des protocoles partagés entre les différentes structures, garantissant que les jeunes puissent continuer leur suivi sans interruption lorsqu'ils passent d'un niveau de soins à un autre.
 - Des référents de parcours où chaque jeune pourrait bénéficier d'un professionnel dédié qui coordonne les différentes interventions, reste en contact avec les familles, et fait le lien entre les structures de soins.
 - Une meilleure transition entre l'adolescence et l'âge adulte avec l'organisation d'une prise en charge coordonnée entre les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les services de psychiatrie adulte. Elle est fondamentale pour éviter les ruptures de suivi lors de la transition vers l'âge adulte.
- ➔ Simplifier les parcours et lutter contre les ruptures de parcours.

Prévoir des plages d'accueil pour les urgences sans rendez-vous au sein des CMP permettrait aux jeunes en crise de recevoir une première écoute et une orientation immédiate, diminuant ainsi le risque d'aggravation des troubles en attendant une consultation complète. Cela pourrait prendre la forme de créneaux quotidiens pour les situations prioritaires.

➔ Garantir des capacités d'accueil pour les situations non programmées.

Élargir les horaires d'ouverture des CMP, notamment en soirée, en journée continue, et le samedi matin faciliterait l'accès pour les jeunes et les familles, souvent pris par les contraintes scolaires ou professionnelles. Cette flexibilité rendrait le suivi en santé mentale plus compatible avec la réalité de la vie des usagers.

➔ Adapter les horaires aux besoins des usagers.

➔ Élargir à d'autres professionnels l'accueil en CMP : infirmiers, psychologues, IPA, éducateurs pour diminuer les délais d'attente en organisant une coordination médicale régulière auprès de l'équipe.

➔ Coordonner l'intervention des ressources dès le début de la prise en charge.

I Améliorer la prévention en santé mentale à tous les âges

— PSYCHIATRIE PÉRINATALE —

Garantir l'accès aux soins pour les parents et les bébés qui en ont besoin est une priorité, en particulier durant les 1000 premiers jours de l'enfant, période décisive pour le développement psychique et affectif. Plusieurs dispositifs et mesures sont en place pour assurer un accompagnement adapté des familles en situation de vulnérabilité psychologique. Cependant, pour maximiser leur efficacité, ces dispositifs doivent être renforcés et coordonnés sur chaque territoire.

L'hospitalisation parent-bébé est une ressource fondamentale pour les parents en situation de détresse psychologique et leur enfant. Elle offre :

- Un environnement sécurisé où les parents et le bébé peuvent être pris en charge de manière continue, permettant de prévenir et de traiter les troubles du lien parent-enfant.
- Une prise en charge pluridisciplinaire, comprenant pédopsychiatres, psychologues, et éducateurs, pour prévenir et dépister le plus précocement possible les troubles psychiatriques maternels et paternels, et limiter ainsi leur impact sur le développement psycho-affectif, social, psychomoteur et cognitif du bébé.

- Des espaces de socialisation et d'accompagnement thérapeutique qui favorisent la création de liens de bonne qualité entre les parents et l'enfant.

À cette hospitalisation s'ajoutent des équipes de liaison et des équipes mobiles de soins à domicile.

➔ Développer dans chaque territoire ces dispositifs en lien étroit avec les autres partenaires.

La politique des 1000 premiers jours de l'enfant repose sur une prise en charge renforcée des jeunes parents dès la grossesse, afin de réduire les risques de troubles psychologiques pour le bébé et la mère. Cette initiative repose sur une coopération étroite entre les maternités, les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les PMI et d'autres structures de soutien familial. Les PMI jouent en effet un rôle essentiel dans la prévention, l'accompagnement à la parentalité et le dépistage des troubles psychiques.

➔ Développer et renforcer l'accessibilité des PMI sur chaque territoire, pour garantir un suivi de qualité des jeunes enfants et des mères en situation de fragilité.

- ➔ Ajuster le nombre de professionnels dans les PMI (psychologues, médecins, infirmiers) aux besoins des populations au sein des territoires, pour garantir une couverture et un suivi adaptés aux besoins locaux.
- ➔ Renforcer les partenariats entre PMI, hôpitaux, centres de soins et acteurs locaux (éducation, social, santé mentale) pour garantir la cohérence et la continuité des soins, en lien avec les autres professionnels de santé.

Dès le 4^{ème} mois de grossesse, une évaluation des risques psychiques pourrait être réalisée lors de l'entretien prénatal, afin d'identifier les facteurs de vulnérabilité psychologique chez les femmes enceintes.

- ➔ Généraliser, dans les maternités, le dépistage précoce des troubles psychiques chez les parents et le bébé par la mise en œuvre, lors de l'entretien du 4^e mois de grossesse, d'une évaluation ciblant le risque psychique chez les femmes enceintes.
- ➔ Assurer une formation spécialisée des sages-femmes à l'identification des signes de risque psychique qui permettraient de repérer rapidement les situations nécessitant un suivi particulier. Ces professionnels pourraient utiliser une grille d'évaluation harmonisée pour détecter les signaux d'alerte et orienter vers des consultations spécialisées.
- ➔ Sécuriser et harmoniser les interventions des psychologues dans les maternités, en établissant une convention entre maternités et services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, pour une évaluation immédiate des besoins et une prise en charge rapide.⁸

— AU SEIN DU SYSTÈME SCOLAIRE —

Le développement de consultations de prévention et de dépistage au sein des collèges et lycées est une réponse proactive pour soutenir la santé mentale et physique des adolescents. Ces consultations visent à identifier précocement les troubles psychologiques, les difficultés sociales et les risques de santé qui peuvent impacter le bien-être et le parcours scolaire des jeunes. Ces consultations de prévention et de dépistage peuvent permettre une détection précoce des troubles, une sensibilisation et éducation à la santé ainsi qu'une orientation vers les soins spécialisés.

- ➔ Développer les consultations de prévention et dépistage au sein des collèges et lycées.

Pour mieux répondre aux besoins de prévention et d'accompagnement des enfants et des familles, un renforcement des équipes scolaires est nécessaire.

- ➔ Prévoir une formation spécifique des infirmiers et médecins scolaires aux troubles psychiques de l'enfant, pour repérer les difficultés dès l'entrée en milieu scolaire et orienter rapidement vers les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- ➔ Intégrer des professionnels de santé scolaire dans le réseau pédopsychiatrique au sein du PTSM, permettant des actions de coordination, de suivi et de prévention partagées.
- ➔ Renforcer le nombre de Réseaux d'Aide Spécialisée aux Élèves en Difficulté (RASED) à l'école primaire.

— PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS —

Les maisons des adolescents (MDA), dont l'efficacité a été démontrée, offrent des services variés adaptés aux besoins des jeunes, selon les spécificités territoriales. Bien identifiées par le public adolescent, elles jouent un rôle clé dans leur accompagnement.

Les liens avec les structures de psychiatrie de l'adolescent du territoire doivent être structurés afin de garantir la cohérence des dispositifs et la répartition des missions, en particulier en termes de prévention et de premier niveau d'évaluation.

- ➔ Structurer le fonctionnement des MDA pour assurer le premier recours et pour organiser les soins en aval quand c'est nécessaire.
- ➔ Doubler le nombre de MDA sur le territoire français.

— TRANSITION VERS L'ÂGE ADULTE —

Dans le cadre de la réforme des autorisations, l'âge de prise en charge par les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est fixé à 18 ans. Pour certains établissements, cela constitue un changement significatif, car la prise en charge s'arrêtait auparavant à 16 ans (voire 15 ans et 3 mois pour certains services situés en pédiatrie). Afin d'assurer une continuité de soins et éviter toute rupture, désorganisation ou défaut de lisibilité dans l'offre de soins, une clarification sur la prise en charge des jeunes de 16 à 18 ans est nécessaire sur l'ensemble du territoire. De plus, de nouveaux moyens devront être alloués aux équipes concernées, dont l'effectif de patients actifs augmentera à la suite de ce changement.

⁸ Recommandation du rapport d'information « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale », Sénat, 2024, p.105.

Pour améliorer les parcours de soins et éviter les ruptures entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie adulte, il est essentiel de soutenir la création d'équipes de soins dédiées aux jeunes qui se situent dans la tranche d'âge entre 16 et 25 ans. Cette organisation spécifique permettrait une transition plus fluide entre la psychiatrie de l'enfant et celle de l'adulte, garantissant ainsi une prise en charge continue et adaptée aux besoins de cette tranche d'âge.

- Soutenir la création d'équipes de soin dédiées aux adolescents jeunes adultes (entre 16 et 25 ans) pour améliorer le dépistage précoce des troubles et les parcours de soins en évitant les ruptures entre psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychiatrie adulte.

2

Assurer une présence harmonisée de professionnels sur l'ensemble du territoire

Rétablir une accessibilité aux soins actuellement asphyxiée par une inflation des demandes et un manque de professionnels.

Favoriser les carrières médicales en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Depuis 2022, une nouvelle maquette de DES pour les internes en psychiatrie est en place. Elle doit permettre un choix plus précoce en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec le renforcement des stages dès la phase socle (1 an de stage sur les 2 années) et un approfondissement en 3 ans ensuite. Cependant, des inquiétudes fortes demeurent sur la possibilité pour les internes de recevoir une formation de qualité du fait du manque de pédopsychiatres seniors dans les établissements.

Les postes de CCA ne suscitent pas suffisamment de candidats et les postes de PUPH ne sont pas encore assez nombreux. À ce jour, encore deux universités n'ont toujours pas de PUPH pédopsychiatres. De plus, dans les stages, la mobilisation des PH pour encadrer les internes ne suffit pas à pallier le manque de PH seniors pédopsychiatres.

- Ouvrir des postes de PUPH en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour couvrir l'ensemble du territoire et les universités.

- Favoriser le choix des postes publics, redonner confiance aux étudiants en la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cela passe par un soutien à la campagne « Choisir psychiatrie » qui vise à corriger les idées reçues sur la profession de psychiatre dont la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Favoriser les postes à temps partagé par la mise en place de conventions de valence universitaires.
- Évaluer dans 5 à 10 ans l'effet de la nouvelle maquette de DES sur le choix des internes et sur la qualité de leur formation.

Renforcer l'attractivité des métiers soignants en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La richesse du travail en équipe pluri-professionnelle est particulièrement reconnue en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, par l'intelligence collective, le travail en synergie permettent de s'appuyer plus facilement sur les professionnels autres que les médecins. L'évaluation initiale de l'enfant peut être réalisée par différents membres de l'équipe lorsqu'une régulation médicale est organisée. Cette régulation peut être faite en visioconférence quand les évaluations sont réalisées dans des lieux plus éloignés.

Le recrutement d'orthophonistes et de psychomotriciens en établissements de santé est particulièrement difficile compte tenu des écarts de rémunération observés avec le libéral.

- ➔ Former ces professionnels en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au travail en équipe, à l'utilisation des outils numériques, des réseaux sociaux, de l'IA.
- ➔ Accroître le nombre de places de formation en orthophonie et soutenir l'exercice des orthophonistes dans les établissements.

- ➔ Attribuer des actes rémunérés pour les temps de travail en réseau pour les libéraux.
- ➔ Déléguer certaines responsabilités institutionnelles aux psychologues pour rendre la profession plus attractive en travaillant avec les facultés de psychologie sur la formation et les stages cliniques.
- ➔ Déléguer des accueils/évaluations aux membres de l'équipe pluri-professionnelles avec régulation médicale régulière. Promouvoir des expériences pilotes dans ce domaine et en évaluer l'efficacité, la pertinence, l'impact médico-économique et l'implémentation.
- ➔ Valoriser la recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, en particulier sur l'efficacité des interventions thérapeutiques et les dispositifs de soins.

3

Renforcer les partenariats et les interactions entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et les autres acteurs

Établir des partenariats solides avec les champs médico-social, judiciaire, et l'Éducation nationale est fondamental pour favoriser une coordination des soins. Actuellement, la lisibilité de ces parcours est souvent insuffisante, rendant difficile pour les parents de comprendre qui contacter, quand, et comment.

Travailler à la mise en place d'une coordination des parcours pour clarifier les différentes étapes de prise en charge et améliorer l'accessibilité des soins pour les familles est nécessaire.

Développer les liens avec le champ médico-social

Il est essentiel d'établir des conventions formelles entre les services de santé et les structures médico-sociales pour assurer une prise en charge cohérente et intégrée des jeunes.

Pour renforcer la collaboration interprofessionnelle, il serait bénéfique d'organiser des stages croisés

entre professionnels des champs sanitaire, social et médico-social. Cela permettrait d'enrichir les pratiques et de mieux comprendre les enjeux spécifiques à chaque domaine.

- ➔ Développer des stages croisés entre les différents champs.

Décharger l'activité psycho-sociale des services de soins en réorientant certaines demandes vers les services sociaux par le biais d'un accès privilégié garantirait une utilisation optimale des ressources disponibles.

- ➔ Fluidifier l'accès aux services sociaux pour la psychiatrie dès lors que la situation du patient ne nécessite plus un suivi en secteur de soins.

I Développer les liens avec le champ judiciaire

Il est important de développer un travail en réseau avec les parquets pour mineurs, particulièrement pour les situations nécessitant des ordonnances provisoires de placement. Une communication efficace entre ces entités et les professionnels de la santé mentale est nécessaire pour garantir la protection des jeunes en difficulté.

- ➔ Développer un travail de réseau avec les parquets pour mineurs.

I Renforcer le partenariat avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Le partenariat avec l'ASE est indispensable. Cependant, il est essentiel que ces structures soient elles-mêmes consolidées pour mieux accompagner les jeunes. Certains territoires ont développé une collaboration avec l'ASE, ce qui a conduit à la création d'une maison éducative et thérapeutique, illustrant la synergie bénéfique entre les services.

L'identification d'un coordonnateur de référence favorise la clarté des parcours. Quand les parcours sont clairs pour les partenaires et les familles, le suivi en consultation est assuré et permet de gagner du temps. Les équipes mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent peuvent également être déployées pour accompagner les enfants pris en charge par l'ASE, assurant ainsi une prise en charge adaptée et continue.

- ➔ Identifier un coordonnateur de référence dans les services de PEA pour rencontrer les partenaires et guider les demandes vers les services adéquats.

- ➔ Développer des équipes mobiles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour les enfants pris en charge par l'ASE lorsque cela est pertinent.

Renforcer l'étayage en accueil familial thérapeutique pour les enfants placés en offrant des formations, des soutiens thérapeutiques, et des analyses de pratiques pour les accueillants familiaux permettrait d'assurer une prise en charge de qualité.

Enfin, il est indispensable de garantir des soins spécifiques aux enfants victimes de violence, en mettant en place des protocoles adaptés et des formations pour les professionnels impliqués.

- ➔ Mettre en place les protocoles adaptés pour les enfants victimes de violence en partenariat avec l'ASE et en lien avec les Unité d'accueil pédiatrique Enfance en Danger (UAPED), souvent portés par les services de pédiatrie.

I Renforcer le lien avec l'école

La mise en place de conventions de partenariat entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur est vital. Elles peuvent inclure des dispositifs de réussite éducative, des permanences dans les établissements scolaires, et une articulation fluide avec les services de santé scolaire et universitaire. Il est également nécessaire de renforcer le rôle des réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) pour garantir un soutien adéquat aux élèves en difficulté, notamment ceux ayant des troubles psychiques.

Enfin, il est essentiel de renforcer les compétences en santé mentale au sein des PMI, de la médecine scolaire, de la médecine générale et des pédiatres pour mieux détecter et traiter les troubles psychologiques chez les enfants et les adolescents.

- ➔ Développer les conventions de partenariat entre école et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en particulier pour assurer la poursuite de la scolarisation lors de l'hospitalisation des enfants et des adolescents.

Renforcer le pilotage de la politique en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'échelle nationale et régionale

Réaliser une planification des moyens alloués à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur les dix prochaines années, en prenant en compte plusieurs aspects majeurs est fondamental. Tout d'abord, il est nécessaire d'évaluer la démographie des différents professionnels impliqués dans ce domaine, ainsi que les ressources humaines nécessaires pour répondre aux besoins croissants en santé mentale des enfants et des adolescents. Cette évaluation doit intégrer une analyse des formations requises pour les différents professionnels de santé, ainsi que pour les personnels exerçant en dehors du champ de la santé, mais qui jouent un rôle essentiel dans la prévention et le dépistage des troubles psychiques.

En outre, il est impératif de définir les organisations préconisées qui permettront d'optimiser la prise en charge en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cela inclut la création de nouvelles structures, le renforcement des équipes pluridisciplinaires, ainsi que la mise en place d'un meilleur maillage territorial des services. Parallèlement, il conviendra de planifier les investissements institutionnels nécessaires pour soutenir ces initiatives, en garantissant des ressources financières adéquates au niveau national.

Il est également important **d'établir un volet spécifique du PTSM dédié à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans chaque territoire de santé mentale.** Cela permettra de répondre de manière ciblée et efficace aux besoins spécifiques de cette population. Il est important de collaborer avec les professionnels du secteur adulte sur des thématiques au sein des PTSM, afin de partager des problématiques qui peuvent se croiser.

Par ailleurs, les PTSM dédiés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent doivent être intégrés dans le schéma régional de santé et le projet régional de santé, afin d'assurer une cohérence et une continuité des actions menées au niveau régional.

➔ **Systématiser la rédaction d'un volet PEA pour chaque PTSM.**

Enfin, la délégation interministérielle demandée pour la psychiatrie devra également inclure une attention particulière aux professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cela garantira que les enjeux et les besoins de ce secteur soient pris en compte dans les politiques publiques, permettant ainsi d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services offerts aux jeunes patients.

PARTIE 7



**STRUCTURER, SOUTENIR
ET DÉVELOPPER** la recherche
en psychiatrie

La recherche en psychiatrie en France est un domaine essentiel pour améliorer la compréhension des troubles mentaux, affiner les diagnostics, perfectionner les pratiques de soins, et développer de nouvelles approches thérapeutiques. Face à l'augmentation des besoins en santé mentale, exacerbée par des facteurs tels que le vieillissement de la population, le stress lié aux conditions de travail, ou encore l'impact des crises sociétales (comme la pandémie de Covid-19), la recherche en psychiatrie se trouve plus que jamais au centre des enjeux de santé publique.

Néanmoins, des défis persistent. La psychiatrie est confrontée à un manque chronique de financement, en comparaison avec d'autres disciplines médicales, et le soutien pour la recherche fondamentale reste limité. La recherche en psychiatrie en France, bien qu'en plein développement, nécessite davantage de soutien et de reconnaissance pour répondre aux enjeux contemporains de la santé mentale et de la psychiatrie. Le sujet émerge progressivement dans le paysage national et commence à se structurer au niveau régional, bien que le niveau de maturité varie selon les régions.

1

Accompagner la structuration de la recherche au niveau régional par le développement de structures régionales de recherche en psychiatrie

L'instruction⁹ pour la structuration de l'animation territoriale de recherche en psychiatrie vise à tirer parti de l'expertise des fédérations de recherche des Hauts-de-France et d'Occitanie qui ont démontré leur dynamisme. La structuration de ces organisations est en cours, et une coordination nationale existe pour recenser les dispositifs déjà en place et soutenir les établissements et les régions dans cette démarche.

L'objectif principal est de faciliter le partage des projets de recherche et d'augmenter les cohortes. La structuration des fédérations est adaptée pour prendre en compte les variations de situation dans les différentes régions.

Ces organisations régionales de recherche disposent de nombreux atouts :

- Elles sont un levier d'attractivité pour les jeunes professionnels.
- Elles permettent de rapprocher les différents acteurs, et créer une synergie comme rappelé dans l'instruction.
- Elles encouragent l'accompagnement des professionnels de santé, le partage des bonnes pratiques et le décloisonnement des équipes de recherche et de soins.
- Elles favorisent la prise en compte des attentes des usagers.

Les établissements de tout type, qu'ils soient universitaires, non universitaires, voire privés, sont concernés. Les fédérations régionales regroupent des équipes de l'INSERM et du CNRS spécialisées en neurosciences, psychologie ou sciences sociales. Cette collaboration peut être une source d'études communes sur le terrain et de stages pour les étudiants et jeunes professionnels.

Il est essentiel de disposer de données locales pour des études ou des indicateurs. Les indicateurs de santé mentale sont suivis en population, ce qui permet aux équipes de soins de reprendre le contrôle sur les décisions locales. Dans les Hauts-de-France, l'ARS a notamment contractualisé avec la fédération de recherche pour disposer des données en temps réel. Les fédérations rendent également possible une meilleure articulation avec la médecine générale.

Certaines régions sont en phase de constitution de leur fédération, tandis que d'autres sont encore en phase de réflexion. L'objectif pour tous est de parvenir à une structure souple, où le choix de leur gouvernance relève des adhérents.

➔ **Accompagner le développement de fédérations de recherche dans chaque région en regroupant les acteurs du territoire en santé mentale pour répondre aux principes de l'instruction.**

⁹ Instruction du 30 mars 2023 relative au soutien de la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale.

La question des moyens est cruciale, notamment en ce qui concerne la suffisance des subventions. Le financement repose sur l'existence d'un compartiment dédié, combinant subventions et cotisations des adhérents.

➔ Garantir un budget de fonctionnement suffisant et pérenne pour leur permettre de mener à bien leur mission.

2

Assurer un niveau de financement suffisant pour soutenir la recherche en psychiatrie

La psychiatrie dispose de plusieurs sources de financement pour soutenir ses programmes de recherche, allant des financements européens aux subventions nationales. Ces fonds sont fondamentaux pour faire progresser les connaissances scientifiques et améliorer les traitements dans le domaine de la santé mentale.

Le programme PEPR Pro Psy pour la psychiatrie porté par l'INSERM dans le cadre de France 2030 représente un financement de l'ordre de 80 millions d'euros destiné à la recherche en psychiatrie en France.

Les financements européens offrent également des ressources importantes pour les projets de recherche en psychiatrie qui soutiennent l'innovation scientifique à l'échelle de l'Union européenne. Ces fonds permettent de financer des collaborations internationales, cruciales pour des domaines aussi complexes que la santé mentale.

En France, plusieurs dispositifs nationaux soutiennent la recherche en psychiatrie :

- Le PHRC (programme hospitalier de recherche clinique), qui finance des projets de recherche clinique au sein des hôpitaux.
- Le PHRIIP (programme de recherche infirmière et paramédicale), destiné à promouvoir la recherche menée par les professionnels de santé autres que les médecins. Ces fonds aident à développer des études cliniques, souvent en collaboration avec des établissements hospitaliers, pour améliorer les pratiques de soins.
- Le FIOIP (fonds pour l'innovation organisationnelle en psychiatrie) qui soutient des projets axés sur la recherche et l'innovation dans les pratiques de soins en psychiatrie. Les projets soumis dans le cadre du FIOIP nécessitent d'être évalués afin d'assurer leur pertinence et leur efficacité.

En ce qui concerne les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation), historiquement, une enveloppe de 4 millions d'euros était allouée à la psychiatrie dans les établissements sous dotation annuelle de financement (DAF). Cependant, en raison d'une modification des règles de calcul avec la mise en place d'un seuil, les établissements ont été incités à regrouper leurs activités pour répondre aux nouveaux critères. Cela a conduit certains établissements monodisciplinaires, à établir une convention avec leur CHU pour continuer à bénéficier de ces financements.

Toutefois, les hôpitaux généraux rencontrent plus de difficultés à atteindre le seuil requis pour bénéficier de ces fonds MERRI, ce qui complique leur participation à la recherche en psychiatrie.

- ➔ Renforcer les collaborations entre CHU et établissements psychiatriques monodisciplinaires afin de pallier les difficultés rencontrées par les établissements psychiatriques spécialisés à obtenir des financements MERRI. Cela permettrait aux hôpitaux psychiatriques monodisciplinaires d'avoir accès aux financements, tout en facilitant la mutualisation des ressources humaines et techniques pour des projets de recherche communs.
- ➔ Faciliter l'accès aux financements européens pour la recherche en psychiatrie. Des cellules d'accompagnement dédiées pourraient être créées au sein des universités et des centres de recherche pour aider les équipes psychiatriques à monter des projets européens, en leur fournissant des outils de veille, de formation et de soutien administratif.
- ➔ Évaluer de façon indépendante les retours sur investissement des financements attribués pour la recherche.
- ➔ Augmenter la part dédiée à la recherche dans le futur modèle de financement.

Encourager la recherche paramédicale

Le volume des PHRIP est insuffisant par rapport à d'autres disciplines médicales, soulignant un besoin urgent d'investir davantage dans la recherche paramédicale en psychiatrie. Bien que ces projets aient initié une certaine dynamique, la culture de la recherche reste très variable au sein des établissements. Dans certains CHS, il existe un vivier de chercheurs potentiels. Les IPA sont également une ressource précieuse pour favoriser le déploiement de la recherche soignante.

Cependant, il est primordial de commencer par recenser les acteurs nationaux et régionaux pour structurer cette dynamique. L'association pour le développement de la recherche en soins en psychiatrie (ADRpsy) permet la promotion de la recherche en soins et encourage les échanges entre professionnels, avec notamment une rencontre nationale organisée chaque année. Cependant, il manque un panorama global pour avoir une vision d'ensemble des projets en cours.

Les fédérations régionales jouent un rôle important dans le développement de la recherche paramédicale, par exemple en offrant un soutien méthodologique aux soignants impliqués dans des projets de recherche. Ce soutien est déterminant pour renforcer l'implication des professionnels non-médecins dans l'innovation et l'amélioration des pratiques cliniques.

La recherche en psychologie, quant à elle, doit faire l'objet d'une meilleure intégration des résultats dans la pratique quotidienne. Il est crucial de rappeler que l'amélioration des pratiques est la finalité ultime de la recherche. Même lorsqu'elle n'a pas d'applications immédiates, la recherche contribue à la construction et au renforcement de la discipline, créant un socle de connaissances indispensable pour le progrès futur.

- ➔ Renforcer les fédérations dans leur rôle d'évaluation des projets de recherche, en leur fournissant davantage de ressources pour soutenir des évaluations rigoureuses.
- ➔ Optimiser l'allocation des ressources en concentrant les financements sur des projets de qualité, capables de produire des résultats concrets et applicables dans les soins psychiatriques et psychologiques.
- ➔ Encourager les collaborations régionales pour structurer la recherche paramédicale, en facilitant les échanges entre chercheurs, soignants et établissements.
- ➔ S'appuyer sur les IPA pour développer la recherche paramédicale.

Garantir une bonne gestion de la qualité des données et de leur traitement

Le traitement national des données pour la recherche en santé soulève plusieurs questions de premier ordre, notamment en ce qui concerne l'accès et l'utilisation éthique des informations sensibles. Chaque projet de recherche doit passer par un processus d'évaluation rigoureux, où l'accès aux données est strictement conditionné par les objectifs et la méthodologie du projet. Cette démarche vise à garantir la protection des données tout en favorisant leur exploitation scientifique. Cependant, une problématique récurrente est le chaînage des données, c'est-à-dire la capacité à relier différentes bases de données pour suivre, par exemple, le parcours de soins de certaines catégories de patients.

Pour répondre aux défis liés à l'accès, à la qualité et à l'exploitation des données, une meilleure coordination nationale est primordiale. Une collaboration plus étroite entre les différents acteurs de la recherche, incluant les chercheurs, les institutions publiques, les centres hospitaliers et les agences de régulation des données, permettra de garantir une utilisation plus efficace des informations. Cette approche collaborative est essentielle pour accélérer les avancées scientifiques tout en respectant les exigences de protection des données.

➔ Soutenir le développement d'un volet santé mentale au service de la recherche en psychiatrie dans les entrepôts de données de santé existants.

Assurer un nombre adéquat de postes universitaires territoriaux pour développer la recherche

Il existe un vivier de jeunes professionnels manifestant un intérêt pour les postes hospitalo-universitaires. L'attrait pour une carrière universitaire est alimenté par la nature de la recherche qui s'ouvre sur des problématiques de santé générale, mettant moins l'accent sur la recherche fondamentale et davantage sur les parcours de soins.

Cependant, en ce qui concerne les postes territoriaux, on compte actuellement plus de candidats que de postes offerts. Cette situation souligne la compétition intense pour les opportunités professionnelles en dehors du cadre hospitalo-universitaire. Les institutions de santé doivent donc développer des stratégies de recrutement et de fidélisation efficaces pour attirer et retenir les talents dans ces postes territoriaux.

➔ Soutenir le développement des postes universitaires territoriaux.

PARTIE 8



RENFORCER les droits des patients
et de leurs représentants

Le respect des droits des patients en psychiatrie est un principe fondamental. La loi du 27 septembre 2013 a permis de renforcer les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, ainsi que les modalités de leur prise en charge. Par cette évolution législative, plusieurs principaux droits des patients en psychiatrie se sont vus consacrés.

- **Le droit à l'information** : Les patients doivent être informés des décisions relatives à leur admission et à leur maintien en soins psychiatriques. Cette information inclut leurs droits, leur situation juridique et les voies de recours disponibles.
- **Le droit de communication** : Les patients ont le droit de communiquer avec le représentant de l'État, le président du tribunal judiciaire ou encore le procureur de la République. Ces autorités reçoivent les réclamations des patients et vérifient que leurs droits sont respectés.
- **Le droit de saisine des commissions** : Les patients peuvent saisir la Commission des Usagers (CDU) et la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) pour exprimer leurs griefs. Ces commissions veillent au respect des droits des malades. De plus, le patient ou toute personne agissant dans son intérêt peut saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) pour ordonner la levée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques.
- **Le droit de conseil** : Les patients ont le droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de leur choix. Cela garantit que les patients puissent obtenir des avis médicaux et juridiques indépendants concernant leur situation et leur traitement.
- **Le droit d'avertir le contrôleur général** : Les patients peuvent avertir le contrôleur général des lieux de privation de liberté de toute situation portant atteinte à leurs droits fondamentaux. Ce droit assure une surveillance indépendante des conditions de détention et de traitement des patients psychiatriques, permettant de signaler et de remédier aux violations des droits humains.

Malgré l'existence de droits fondamentaux consacrés par la loi, plusieurs risques peuvent générer une inapplication de ces principes et une violation des droits des patients.

Tout d'abord, la privation de liberté. Les patients peuvent être privés de leur liberté d'aller et venir lorsque leur état psychique le nécessite dans le cadre des soins sans consentement. Ils peuvent être hospitalisés à la demande d'une autre personne, que ce soit un proche ou un représentant de l'État. Ces situations posent des questions éthiques et légales importantes sur le respect des droits individuels et la nécessité de garanties procédurales strictes pour éviter les abus.

Les difficultés à défendre leurs droits sont également un risque pour les patients en psychiatrie. Les maladies psychiques peuvent engendrer des difficultés neuropsychiques qui empêchent les patients dans la défense de leurs droits. Les représentants des usagers rencontrent également des obstacles pour s'investir pleinement dans les services et établissements de santé, rendant difficile la mise en place d'un soutien adéquat pour les patients. Les familles jouent souvent un rôle crucial en s'exprimant au nom des usagers, ce qui peut être bénéfique. Cependant, il est essentiel de reconnaître que l'expérience et la perception des familles diffèrent de celles des malades eux-mêmes. Trouver un équilibre entre l'implication des familles et l'autonomie des patients est donc primordial.

Enfin, la stigmatisation de la maladie est un véritable écueil pour faire évoluer la considération de la maladie. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques font régulièrement l'objet de stigmatisation et d'auto-stigmatisation, ce qui complique la défense de leurs droits. La stigmatisation entraîne des discriminations et des préjugés qui peuvent limiter l'accès des patients aux soins, à l'emploi et à une vie sociale épanouie. L'utilisation des faits divers à des fins politiques nuit gravement à l'intérêt des patients en psychiatrie et contribue à leur stigmatisation. Pourtant, les patients psychiatriques sont souvent les premiers à être victimes de violences. En effet, les patients souffrant de troubles mentaux graves ont un risque accru d'être victimes d'agressions, de violences domestiques, et de violences sexuelles¹⁰. Il est essentiel de rappeler ces réalités pour souligner la vulnérabilité de ces patients et la nécessité de protéger leurs droits.

Les établissements de santé doivent jouer un rôle actif aux côtés des usagers pour pallier les nombreux obstacles qu'ils rencontrent. Cela inclut la facilitation de l'expression des besoins des usagers et la promotion de leur participation active dans les décisions les concernant.

¹⁰ *Violence towards people with severe mental disorders: A review of the literature and of related concepts*, Lovell, Cool, Velpry, 2008.

Renforcer le rôle et la place des représentants des usagers au sein des établissements

Les représentants des usagers jouent un rôle essentiel dans la déstigmatisation de la psychiatrie et le progrès des droits fondamentaux des patients suivis en psychiatrie. Il pourrait ainsi être proposé de faire évoluer la composition des différentes instances pour encourager la présence des représentants des usagers dans la mesure de leur disponibilité. Cette intégration favoriserait la cohérence entre les décisions prises et les besoins des patients.

➔ Intégrer plus largement les usagers, les représentants des GEM et les pairs aidants aux CDU ainsi qu'aux instances telles que le directoire, les cellules qualité, les comités d'éthique et les groupes de travail du projet médico-soignant.

De façon très pratique, les conditions matérielles doivent être garanties pour permettre aux représentants des usagers d'assurer pleinement leur mission. Ainsi, un plus grand nombre de personnes pourra s'impliquer activement, indépendamment de leur situation géographique ou de leurs capacités financières. Leur donner accès à la restauration et aux outils de communication et de production documentaire facilitera leur travail et leur engagement.

➔ Garantir les possibilités matérielles pour les usagers pour assurer pleinement leurs missions.

L'intégration des représentants des usagers dans la démarche qualité des établissements peut être très profitable pour répondre aux événements indésirables. Leur présence et leur participation active peuvent apporter des perspectives uniques et améliorer la qualité des soins.

➔ Faire participer les représentants des usagers à l'analyse des événements indésirables : intégrer des représentants des usagers dans les groupes d'analyse des événements indésirables et proposer des formations si nécessaire.

Le rôle institutionnel des représentants des usagers et le lien qu'ils établissent avec les patients et leurs familles passe notamment par la création d'un lieu dédié. Une place doit également leur être faite dans tous les moments institutionnels, comme ceux de l'intégration des nouveaux personnels.

➔ Aider les représentants des usagers à investir plus facilement l'institution en installant une maison des usagers, en communiquant les informations

de la vie de l'établissement via une lettre d'information et en les invitant aux journées d'accueil des internes et des nouveaux professionnels.

L'avis et la satisfaction des patients doivent être mieux pris en compte et servir à l'amélioration de la politique d'accueil des patients.

➔ Tenir compte de l'avis des usagers pour l'élaboration du livret d'accueil, des questionnaires de satisfaction et l'amélioration des conditions de séjour dans l'établissement. Leur *feedback* direct est précieux pour améliorer continuellement les services et les soins.

2

Réduire les pratiques liées à l'isolement et à la contention

Une étude de l'IRDES¹¹ montre des écarts de pratiques entre les territoires, non justifiés médicalement, et souvent utilisés faute de mieux, alors que des alternatives existent. La sensibilisation auprès des équipes soignantes sur ces enjeux doit être permanente et évolutive.

- ➔ Rappeler régulièrement les textes de loi aux professionnels, rédiger un référentiel, fixer un objectif de réduction des pratiques et détailler les moyens pour y parvenir. La clarté et la régularité de ces rappels aideront à maintenir une pratique cohérente et respectueuse des droits des patients.
- ➔ Élaborer un protocole pour aider les professionnels en cas de crise et d'agitation.

La formation sur ces enjeux et l'accompagnement des professionnels passe notamment par une analyse approfondie des pratiques et une évaluation des modalités de prise en charge.

- ➔ Analyser les pratiques, suivre les indicateurs de recours aux isolements et contentions, aider aux changements de pratiques par la formation continue, renforcer les moyens humains des unités d'hospitalisation accueillant les personnes en soins sans consentement.
- ➔ Développer la simulation en santé mentale pour préparer et former les personnels.

- ➔ Après une crise, systématiser un temps de débriefing et élaborer un plan de crise en prévention, accompagné de directives anticipées. Cela permet de tirer des leçons de chaque incident et de prévenir les futurs.

Établir des normes pour des espaces adaptés et assurer une évolution ainsi qu'un entretien régulier des locaux en lien avec les exigences posées par la réforme des autorisations.

- ➔ Visiter régulièrement les chambres d'isolement et les maintenir aux normes attendues avec les équipes de la direction des travaux.
- ➔ Prévoir dans chaque unité de soins des espaces d'apaisement, des espaces extérieurs et des salles d'activités pour offrir des alternatives à l'isolement et à la contention.

L'amélioration des pratiques dans les établissements passe également par un suivi au niveau national des indicateurs concernant l'isolement et la contention.

- ➔ Maintenir au niveau national l'observatoire de suivi des mesures d'isolement et de contention et renforcer ses moyens et ses missions pour permettre aux établissements d'avoir recours à un appui d'expertise pour acculturer les professionnels et ainsi améliorer les pratiques soignantes.

3

Entreprendre une politique ambitieuse de déstigmatisation de la maladie mentale

De nombreux efforts et actions ont été entrepris au cours des dernières années pour faire connaître les maladies mentales auprès de la population. Parmi les initiatives existantes, les Semaines de l'Information sur la Santé Mentale ont lieu tous les ans en octobre et font l'objet d'un relai important par les collectivités locales, les associations locales ou les

instituts de formation. Sur un thème choisi chaque année, la déclinaison locale est laissée à l'initiative de chaque territoire.

On peut également évoquer les programmes d'éducation à la santé pour les patients et pour les aidants sur l'autostigmatisation qui améliorent la compréhens-

¹¹ *Isolement et contention en psychiatrie en 2022*, Touitou-Burckard, Gandré, Coldefy, IRDES, 2024.

sion des différents troubles psychiques. L'UNAFAM porte de nombreuses actions dans cet objectif de déstigmatisation des troubles psychiques. Les GEM, nombreux sur le territoire, sont également des lieux importants d'aide à la déstigmatisation.

➔ **Soutenir les dispositifs d'information et de sensibilisation auprès des patients et de leur entourage pour réduire l'autostigmatisation.**

Cependant, on constate toujours, qu'à chaque fait divers meurtrier par un individu isolé et quel que soit le contexte, les médias et les représentants politiques évoquent d'emblée les troubles psychiatriques comme pouvant être responsables de la violence. Les mots « schizophrénie » et « schizophrène » sont régulièrement employés de façon stigmatisante et indécente pour qualifier des actes ou des personnes, favorisant les idées reçues et une mauvaise perception des personnes atteintes de troubles mentaux.

Des modèles différents existent comme en Irlande¹², en Écosse¹³ ou en Australie¹⁴ : ils proposent aux usagers de mettre en place une cellule de vigilance sur les propos tenus dans les médias. Dès lors qu'un usage inadéquat est fait de la maladie mentale, une interpellation systématique des journalistes ou des hommes et femmes politiques est réalisée pour des propos inadaptés. Ces initiatives contribuent à corriger les perceptions erronées et à promouvoir une image plus juste des maladies mentales. Il pourrait être envisagé un partenariat avec l'Arcom.

➔ **Déployer une campagne de sensibilisation dans les médias via des formats courts pour mieux appréhender les troubles psychiques.**

➔ **Favoriser un partenariat entre les organisations représentantes des patients de psychiatrie et l'Arcom pour mettre en place une cellule de vigilance médiatique.**

➔ **Proposer un travail systématique avec les écoles de journalisme sur l'ensemble du territoire.**

4

Améliorer l'identification des troubles

Il est essentiel d'améliorer la formation des médecins généralistes sur les troubles psychiques et la prise en charge des soins somatiques des patients atteints de troubles mentaux. Une meilleure formation des professionnels de santé, combinée à une accessibilité accrue aux soins, permettra d'assurer une prise en charge globale et intégrée des patients, prenant en compte à la fois leurs besoins psychiques et physiques.

➔ **Assurer une sensibilisation et formation des médecins généralistes.**

Les Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) sont une démarche d'accompagnement visant à offrir un soutien immédiat et approprié à une personne traversant une crise ou présentant des signes de détresse psychologique. À l'image des premiers secours physiques, les PSSM permettent d'intervenir rapidement pour prévenir l'aggravation de la situation et orienter la personne vers les ressources adaptées.

Les PSSM reposent sur quatre principes fondamentaux :

- Reconnaître les signes de troubles psychiques tels que l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires ou les troubles liés à la consommation de substances.
- Intervenir rapidement et sans jugement en apportant un soutien bienveillant et en engageant un dialogue.
- Orienter vers des ressources professionnelles lorsque la situation nécessite un suivi médical ou psychologique spécialisé.
- Soutenir sur le long terme en restant à l'écoute et en encourageant la personne à poursuivre son parcours vers la guérison.

¹² *Rethink's anti-stigma.*

¹³ *See me Scotland.*

¹⁴ *National media strategy.*

Le développement des PSSM peut permettre de prévenir les crises graves. Une intervention précoce peut éviter que des troubles psychologiques n'évoluent en crises plus graves, voire en situations de danger pour la personne concernée ou son entourage. En formant davantage de personnes à ces gestes, on peut écourter le délai de réaction et favoriser une prise en charge rapide.

Les PSSM contribuent également à réduire la stigmatisation. En sensibilisant le public à la santé mentale, les PSSM aident à démystifier les troubles psychiques, ce qui encourage les individus à parler plus librement de leurs difficultés et à chercher de l'aide. Cela contribue également à changer les attitudes et à combattre les préjugés.

➔ Développer la formation aux PSSM à la population.

Il est important de faire connaître l'existence des formations PSSM aux soignants de psychiatrie qui sont encore peu connus. Toutefois, c'est en prenant conscience de l'existence d'une communauté d'acteurs formés aux PSSM que les soignants seront en capacité de répondre aux interpellations de ces derniers et qu'ils favoriseront *de facto* le développement de ces formations dans le grand public.

➔ Faire connaître l'existence des formations PSSM aux soignants de psychiatrie.

5

Développer la pair-aidance et la médiation en santé

Des formations se développent pour favoriser la pair-aidance, les médiateurs en santé pairs et les experts en santé, permettant aux personnes atteintes de troubles psychiques d'aider d'autres malades. Cependant, certains préalables sont indispensables.

L'accompagnement par un pair-aidant ne doit pas être le seul soutien de la personne malade. Un soignant en psychiatrie doit être référent de la prise en charge pour assurer une supervision clinique appropriée. Ainsi, des réunions régulières avec les soignants sont à organiser pour discuter des progrès et ajuster les plans de soins.

➔ Structurer l'accompagnement par le pair-aidant pour garantir la supervision sur le plan médical.

Le pair-aidant n'est pas un soignant et ne doit pas être investi d'une mission de soins. Le concept de pair-aidance, initié au Canada, prévoit que le pair-aidant soit employé par une association plutôt que par l'établissement de santé. Cela permet d'éviter les conflits d'intérêts et les enjeux institutionnels.

➔ Distinguer les missions dévolues au pair-aidant de celles qui dépendent des professionnels de santé.

Il est crucial que le pair-aidant puisse se faire soigner sans être en porte-à-faux par rapport à son statut. Ne pas être employé par l'hôpital évite aussi un positionnement incompatible au regard des enjeux institutionnels, notamment en ce qui concerne les représentants des usagers. Un référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) est attendu sur la pair-aidance, et il est important d'aborder ce sujet avec une réflexion dépassionnée et objective.

➔ Garantir le bon suivi de la prise en charge du pair-aidant pour son propre rapport à la maladie.

Améliorer les droits des patients mineurs

Actuellement, le mineur hospitalisé ne peut pas donner son consentement aux soins et ne peut pas faire entendre son refus des soins. Un statut spécifique reconnaissant les droits des mineurs et leur autonomie, en fonction de leur âge et de leur maturité, est nécessaire.

➔ Prévoir un statut spécifique pour le mineur hospitalisé.

La pratique de l'isolement et de la contention chez les mineurs ne devrait pas se pratiquer. Le recours à ces pratiques est souvent lié à l'auto-agressivité. Il convient de développer des alternatives et des protocoles spécifiques pour gérer ces situations de manière non coercitive. La formation des professionnels est un élément primordial pour diminuer ces pratiques.

➔ Veiller à une extrême restriction des pratiques de l'isolement et de contention et proposer un contrôle par le juge des enfants.

L'aménagement des locaux pour les mineurs est particulièrement sensible. Des espaces d'apaisement, des salles d'activités et un personnel en nombre suffisant et bien formé sont indispensables pour assurer un environnement thérapeutique adapté et sécurisé pour les jeunes patients.

➔ Aménager les locaux de structures obsolètes pour garantir un espace suffisant, des espaces d'apaisement et des salles d'activités.

PARTIE 9



SOUTENIR le financement
des établissements publics
pour répondre aux besoins
de santé

La réforme du financement de la psychiatrie marque une étape décisive dans l'évolution de ce champ sanitaire. Par son ambition, elle vise à établir un cadre objectif et équitable entre tous les établissements, quelle que soit leur nature juridique. Les objectifs fondamentaux de cette réforme sont, d'une part, de mettre fin à la dualité des modes de financement entre les secteurs public et privé, en posant un cadre commun à l'ensemble des acteurs de la psychiatrie et, d'autre part, de réduire les inégalités de moyens sur le territoire, particulièrement importantes en psychiatrie. La dotation populationnelle, notion novatrice introduite par la réforme, est l'instrument principal visant à rééquilibrer les financements entre les régions, accompagner les évolutions nécessaires des pratiques et mieux structurer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Elle est complétée par d'autres dotations visant à favoriser la qualité des soins ou encore la recherche et l'innovation. Elle doit, par ailleurs s'articuler avec la réforme des autorisations qui pose de nouvelles exigences, afin de s'assurer que ces dernières soient bien couvertes par les financements associés.

Pour autant, si la réforme de financement pose les bases théoriques, ces nouveaux outils doivent être accompagnés d'une volonté politique forte pour faire évoluer les pratiques médicales et assurer une cohérence entre les besoins de santé et les moyens dédiés. Le financement de la psychiatrie doit ainsi être décliné selon une politique claire et définie au préalable pour soutenir les orientations souhaitées pour la prise en soins de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques dont les besoins sont très variables. Pour assurer sa réussite, il est nécessaire d'accompagner la réforme d'une ambition forte en matière d'évolution des enveloppes dédiées au financement de la psychiatrie pour favoriser le rattrapage des régions considérées comme sous-dotées. Cela est indispensable pour soutenir l'offre de soins en premier lieu pour les patients aux troubles les plus sévères et complexes, accompagner les évolutions de l'offre de soins, favoriser les changements de pratiques et encourager l'innovation dans le secteur. À cet égard, une transparence sur les financements et une pédagogie importante sur les différents vecteurs sont indispensables pour donner les moyens aux établissements de santé de se saisir de la réforme de financement au service d'une stratégie médicale cohérente.

1

Assurer un financement ambitieux et équitable

Soutenir le financement de la psychiatrie publique pour rétablir l'équité et faire face aux besoins de santé

Le rattrapage du financement de la psychiatrie constitue une condition indispensable à la réussite de la réforme. La psychiatrie publique a particulièrement été lésée durant les dernières décennies, son financement augmentant nettement moins vite que celui de la psychiatrie privée et moins vite que le niveau de l'ONDAM. Pour compenser le sous-financement historique de la psychiatrie publique, il convient de compenser le retard de financement dont le secteur public a fait l'objet. Par ailleurs, l'évolution du financement de la psychiatrie doit désormais être au moins équivalente à celle de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) pour les années à venir, hors mesures exceptionnelles. À noter que la crise sanitaire du COVID a mis en évidence les besoins sanitaires actuellement non couverts et en a fait apparaître de nouveaux, notamment chez les jeunes.

Garantir un taux de croissance global significatif de l'objectif de dépense de la psychiatrie (ODPSY), afin de sécuriser les ressources du domaine et notamment celles du secteur, socle de la prise en charge en psychiatrie, est donc impératif. Cela est essentiel pour garantir la pérennité des missions spécifiques que cet objectif intègre, notamment les soins aux patients ayant des troubles psychiques sévères, complexes et chroniques, pouvant être en soins sans consentement, la prise en charge des patients en situation de précarité et ceux présentant des comorbidités addictives. Cette sécurisation est d'autant plus nécessaire dans un contexte de développement important des troubles psychiatriques liés à la crise sanitaire.

➔ Assurer un rattrapage du retard de financement dont ont fait l'objet les établissements financés en DAF avant la réforme de financement.

- Assurer à l'avenir une évolution du financement de la psychiatrie au moins équivalente à celle de l'ONDAM à laquelle sera ajoutée une enveloppe supplémentaire pour rattraper le retard de financement.
- Prévoir un plan de financement pour l'immobilier et un soutien à la recherche en psychiatrie.

Mettre fin à la dualité des modes de financement et garantir l'équité entre établissements

La dualité entre les secteurs public et privé a historiquement engendré des inégalités dans l'accès aux ressources et aux soins. La réforme du financement doit s'attacher à créer un cadre unifié qui ne fait plus de distinction entre ces secteurs.

La Cour des comptes dans son rapport sur l'organisation des soins en psychiatrie¹⁵ a mis en exergue ce traitement différencié qui a perduré pendant des années. Entre 2008 et 2018, alors que l'ONDAM augmentait de 22,9 %, les établissements publics financés sous DAF ont connu une progression de leur financement de seulement 12,7 %, soit dix points en dessous de l'ONDAM. Le financement des établissements privés sous Objectif Quantifié National (OQN) a, quant à lui, augmenté de 46,9 % sur cette même période, soit un écart de plus de 30 points entre les deux secteurs. Cette forte hausse pour le secteur privé s'accompagne d'une hausse du taux de rentabilité pourtant très élevé des cliniques privées, passant de 5,5 % en 2012 à 8,5 % en 2018.¹⁶

Dans son rapport, la Cour des comptes dresse le constat que les évolutions des financements des établissements « sont le reflet de l'absence de priorité politique donnée à ce secteur pendant de nombreuses années ». La faiblesse des ressources allouées au secteur public « a conduit les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour augmenter l'offre de soins » étant dans l'incapacité de le faire pour le secteur public. Les données concernant l'évolution du capacitaire par secteur sur les dernières années sont, à ce titre, particulièrement parlantes. En effet, selon les données de la SAE, entre 2013 et 2019, le capacitaire d'hospitalisation complète a baissé de 4000 lits dans le secteur public (soit - 13 %) alors qu'il augmentait de 1 660 lits dans le privé (soit + 12 % de capacitaire).

Dès lors, la réforme de financement en établissant des règles communes à l'ensemble des secteurs doit permettre une équité de traitement dans les financements, et ainsi garantir la possibilité pour tout établissement de pouvoir élargir à un financement pour mettre en œuvre de nouvelles autorisations. Il est indispensable de garantir l'étanchéité des enveloppes entre les ex-DAF et ex-OQN pour éviter des transferts de financement qui reviendraient à rétablir les inégalités que la réforme visait à supprimer. L'objectif est ainsi de donner les moyens adaptés au secteur public pour assumer la lourdeur des soins qu'il a à sa charge et de sanctuariser son financement et son évolution.

- Garantir une équité d'évolution des financements entre les différents secteurs.
- Garantir l'étanchéité des enveloppes ex-DAF et ex-OQN pour éviter les transferts de financement entre secteurs.

¹⁵ Rapport de la Cour des comptes, *Le parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, 2021.

¹⁶ *Les établissements de santé* - édition 2020, p.164, DREES.

Orienter les priorités de financement vers la dotation populationnelle et consolider les variables populationnelles

La dotation populationnelle constitue le vecteur principal d'accompagnement à l'évolution de l'offre de soins dans une région. En effet, la dotation à la file active (DFA), si elle permet de soutenir et d'inciter à l'activité, ne peut permettre de rééquilibrer les financements vers les territoires qui le nécessitent.

La dotation populationnelle, bien que prometteuse, nécessite des ajustements pour répondre pleinement aux besoins de la psychiatrie. Les variables actuelles impactent de manière trop faible le financement alloué. Il est impératif de revoir ces variables pour qu'elles reflètent plus fidèlement les besoins en recours et les spécificités des pathologies psychiatriques. Cela inclut l'intégration de critères démographiques et socio-économiques plus précis qui permettront une meilleure adaptation du financement aux réalités locales.

Il convient également d'anticiper la mise à jour des critères populationnels ayant déterminé la répartition des dotations populationnelles entre régions. En effet, en 2027, de nouveaux critères devront être proposés.¹⁷ Il s'agira alors d'être en capacité d'indiquer dans quelle mesure ces critères conditionnent la demande potentielle de soins. Un travail de recherche doit être engagé dès maintenant sur ce sujet.

➔ Renforcer, par des nouveaux travaux de recherche en santé publique, la robustesse des données populationnelles pour alimenter le futur modèle.

2

La réforme de financement doit être au service d'une évolution de l'offre de soins et des pratiques

Accompagner l'évolution de l'offre de soins

Soutenir la mise en œuvre des Comités Consultatifs d'Allocation de Ressources (CCAR) est essentiel pour réussir la réforme du financement de la psychiatrie. Ces comités doivent devenir de véritables partenaires dans l'évolution de l'offre de soins, en renforçant la confiance accordée aux acteurs de terrain. Le partage des décisions au sein des CCAR et avec les ARS favorisera une meilleure compréhension et adhésion des professionnels aux réformes.

Les CCAR jouent un rôle clef en assurant le lien entre les aspects financiers et les besoins de santé. Une articulation claire entre ces deux dimensions est indispensable. Pour cela, il est nécessaire d'établir une transparence totale entre les ARS et les CCAR, y compris sur les données financières, afin que ces derniers deviennent de véritables instances de concertation puis de coconstruction des modèles régionaux. Leur rôle doit évoluer vers un dialogue stratégique, contribuant activement à l'évolution de l'offre de soins sur chaque territoire en cohérence avec les PTSM et les PRS.

➔ Accroître le rôle, les moyens et la légitimité des CCAR au niveau régional afin d'en faire une véritable instance partenariale pour la détermination de la stratégie régionale d'offre de soins.

➔ Renforcer l'accès aux données d'activité et financières pour les membres des CCAR en s'appuyant sur un groupe technique disposant d'un accès total aux bases de données et aux simulations.

➔ Créer et diffuser un outil national, paramétrable en fonction des choix des régions et accessible aux membres des CCAR et des groupes techniques, pour répartir la dotation populationnelle.

➔ Intensifier la communication des décisions et du contenu des discussions des CCAR à destination des établissements.

¹⁷ Obligation posée par l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif au financement des établissements de santé exerçant des activités de soins qui prévoit une révision tous les 5 ans des critères.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) doivent être encouragées à soutenir des projets innovants, notamment ceux qui dépassent les cadres traditionnels de financement. Le compartiment « Transformation » pourrait être utilisé pour financer des initiatives telles que les IPA.

Le FIOF a permis de soutenir l'innovation en psychiatrie et son existence doit être maintenue. Il pourrait être complété, comme cela avait été annoncé au début de la réforme de financement, par un volet régional au sein du compartiment « nouvelles activités ».

I Accompagner les changements de pratiques

Le financement doit être un levier pour accompagner l'évolution des pratiques de soins, en soutenant notamment le développement de l'ambulatoire, la création d'équipes mobiles et le renforcement des CMP.

La réforme doit prévoir un soutien financier significatif pour ces structures, en tenant compte de l'augmentation des besoins de santé post-COVID en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et en psychiatrie adulte. Dès lors, il est indispensable de documenter et d'anticiper les besoins futurs pour ajuster les ressources de manière adéquate.

Concernant la dotation à la file active (DFA), l'incitation au transfert entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire est encore trop faible. Dès lors, il convient de faire évoluer la grille de pondération de la DFA pour encourager les soins extra-hospitaliers, l'accès au premier rendez-vous, ainsi que la mobilité des équipes. Cette dernière, très coûteuse en temps et en moyens humains, doit particulièrement être soutenue car elle répond aux besoins des populations, particulièrement les plus fragiles. La dotation à la file active peut être un outil efficace pour cela, mais les incitations actuelles sont encore trop faibles. Ainsi, les actes hors lieu de soins bénéficient d'une majoration de 20% alors que la comptabilité analytique des établissements tend à identifier un surcoût de 50%.

Il est également nécessaire d'organiser les soins non programmés et de diversifier la réponse à la crise afin d'éviter l'orientation systématique vers une hospitalisation. La grille de pondération de l'ambulatoire doit également mieux prendre en compte le temps consacré à l'évaluation et l'orientation qui interviennent au tout début de la prise en charge. Enfin, concernant l'hospitalisation, les coefficients de pondération pour la prise en charge des jeunes majeurs ou des personnes âgées doivent pouvoir être appliqués aux établissements publics pour couvrir réellement les coûts engagés, au même titre que les établissements privés.

Ce changement de pratique doit concerner l'ensemble des acteurs, sans favoriser excessivement l'hospitalisation complète. Il est donc impératif de conditionner les financements à ces évolutions des pratiques, afin d'assurer une meilleure adéquation entre les besoins de santé et les moyens alloués.

- Faire évoluer la grille de pondération de la DFA pour encourager de nouvelles formes de prise en charge, en particulier les équipes mobiles.
- Utiliser la dotation populationnelle pour favoriser les évolutions structurelles des établissements vers davantage d'ambulatoire et « d'aller-vers ».

I Renforcer le soutien aux prises en charge spécifiques notamment par le financement des activités spécifiques

Il est essentiel de disposer de financements dédiés pour les activités spécifiques, en particulier dans les domaines des urgences et de l'hospitalisation de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, afin de sanctuariser leur financement et de garantir leur pérennité. Les acteurs régionaux sont en attente d'un référentiel national pour calibrer le financement de ces activités.

Concernant la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, entre les attentes beaucoup plus fortes sur les troubles neurodéveloppementaux et l'autisme d'une part, et les augmentations de troubles chez

les jeunes patients d'autres part, les ordres de grandeurs des besoins sont singulièrement bouleversés. Un financement à hauteur des enjeux est indispensable.

Ces secteurs jouent un rôle de recours régional crucial et doivent bénéficier d'un soutien financier clairement identifié pour répondre aux besoins croissants et spécifiques, via les activités spécifiques régionales.

Certaines prises en charge, telles que celles réalisées dans les UMD, les UHSA, ou encore les soins aux

détenus, demandent une attention particulière. La réforme doit inclure des financements dédiés pour renforcer ces unités, les adapter aux exigences des soins spécifiques, et assurer une répartition équitable sur l'ensemble du territoire.

Enfin, il est nécessaire de faire évoluer la liste des activités spécifiques en fonction des discussions et des besoins émergents, afin de s'assurer que les financements alloués restent pertinents et adaptés aux réalités du terrain.

- ➔ Soutenir l'activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au regard de l'augmentation importante des besoins.
- ➔ Réinterroger régulièrement, au niveau national et régional, la liste des activités spécifiques.
- ➔ Finaliser les modélisations financières des activités spécifiques nationales.

I Articuler les moyens de financement avec la qualité des soins

La réforme prévoit un financement axé sur la qualité, en veillant à ce que les indicateurs utilisés soient pertinents et représentatifs des réalités du terrain. Les indicateurs de financement doivent être adaptés aux spécificités de la psychiatrie, notamment en ce qui concerne les pratiques d'isolement et de contention, ainsi que les soins sans consentement, afin d'encourager les bonnes pratiques et d'améliorer la traçabilité des actions des soignants. Un accent particulier doit être mis sur les indicateurs qui valorisent un maillage territorial efficace. Par ailleurs, il serait opportun de développer les indicateurs relatifs à la prise en charge en ambulatoire, puisque cette dernière constitue l'essentiel des modes de prise en charge en psychiatrie.

- ➔ Développer les indicateurs de qualité spécifiques à la psychiatrie.
- ➔ Élaborer les indicateurs relatifs à la prise en charge en ambulatoire.
- ➔ Renforcer le poids relatif du financement à la qualité afin qu'il soit véritablement un facteur d'évolution des pratiques.
- ➔ Revoir le calendrier d'IFAQ pour augmenter la lisibilité du dispositif.
- ➔ Soutenir en particulier la progression des établissements dans l'amélioration de la qualité.

Afin de favoriser les politiques de qualité au sein des établissements, il est important de réinterroger le poids relatif des IFAQ dans le cadre de cette réforme. Actuellement, avec un volume de 2 %, ces indicateurs ne sont que faiblement incitatifs à l'évolution de la qualité de l'offre. Augmenter ce pourcentage pourrait toutefois poser un risque de soutenabilité financière, mais il est nécessaire de trouver un équilibre pour garantir l'efficacité de cette dotation.

Un autre problème réside dans le calendrier : les indicateurs clés cibles sont souvent confirmés en toute fin d'exercice, avec des cibles annoncées alors que l'exercice est déjà passé, ce qui limite leur efficacité.

En résumé, il est impératif d'avoir des indicateurs de financement à la qualité qui soient réellement pertinents pour les acteurs de terrain, et dans un nombre limité.

Il est indispensable de faire évoluer le dispositif IFAQ pour en faire un dispositif lisible et prévisible pour les établissements afin qu'il devienne un véritable outil au service d'une politique d'amélioration de la qualité au sein des établissements. Les établissements doivent disposer d'une cible de financement individualisée, dans un cadre de rémunération qui soutienne l'amélioration des indicateurs de l'établissement.

PARTIE 10



DISPOSER de locaux
et de bâtiments à la hauteur
des besoins des patients

Depuis l'avènement des asiles départementaux en 1838, la place des malades mentaux dans la société n'a cessé d'être débattue : enfermés et mis à l'écart jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, ils ont pu bénéficier à partir des années 1950 de soins ambulatoires. La mise en place de la sectorisation et la désinstitutionalisation ont accéléré le mouvement vers l'extérieur. L'enjeu est désormais de concilier soin hospitalier et réinsertion dans la société, en prenant en compte les besoins de la personne et en reconnaissant son statut de citoyen à part entière.

La perception de la maladie mentale a évolué et celle-ci est reconnue comme une pathologie, le plus souvent chronique, nécessitant un suivi à long terme. L'hospitalisation n'est plus une fin en soi : elle ne concerne pas l'ensemble des patients et n'est qu'un temps éventuel de la prise en charge de la personne malade.

L'héritage hospitalier psychiatrique, façonné par la loi Esquirol du 30 juin 1838, a été marqué par la pratique de l'internement et le développement de sites asilaires situés à la campagne ou en périphérie des villes. En 1937, les asiles deviennent des hôpitaux psychiatriques et les premiers dispensaires d'hygiène mentale sont créés, ancêtres de nos CMP. Dix ans après l'institution du secteur en 1960, l'hôpital psychiatrique prend la dénomination de « centre hospitalier spécialisé » et les infirmiers en psychiatrie deviennent des infirmiers de secteur psychiatrique. Ainsi, progressivement, les établissements spécialisés en psychiatrie intègrent le monde hospitalier tout en conservant de fortes particularités. C'est également en 1970 que débute le programme d'humanisation des hôpitaux psychiatriques qui va engendrer une diminution du nombre de lits par la création de chambres individuelles. C'est à cette période que sont construits les derniers hôpitaux-villages. Néanmoins, dans les trente années qui vont suivre, les investissements ne seront pas à la hauteur. Ainsi, au moment de la mise en place du Plan hôpital 2007, les infrastructures, souvent obsolètes, sont accusées d'offrir des conditions indignes d'hébergement.

Aujourd'hui, il existe une forte attente de désinstitutionalisation et de développement d'une offre ambulatoire : psychiatrie hors les murs, rapprochement des professionnels du lieu de vie des patients, principe du « aller-vers », ou encore dispositifs orientés vers les besoins globaux des patients et favorisant leur réinsertion dans la société. Les établissements assurant une activité de psychiatrie doivent évoluer pour faire face aux nouveaux besoins de prise en charge.

1

Réaliser un inventaire du parc immobilier de la psychiatrie française

Il est essentiel de réaliser un état des lieux du parc immobilier en psychiatrie pour pouvoir disposer d'une vision claire des besoins. Les établissements sont très hétérogènes, certains sont antérieurs à la loi de 1838, d'autres ont été créés au XIX^{ème} siècle, ou au XX^{ème}. La dernière génération des hôpitaux psychiatriques date des années 1970. Avec la mise en place de la sectorisation, de nombreux services de psychiatrie ont été ouverts dans les hôpitaux généraux, sans systématiquement disposer d'une architecture adaptée. Enfin, il n'est pas rare que sur un même site coexistent des bâtiments de plusieurs générations différentes. Même si les sites du XIX^{ème} siècle ont été modernisés, leur adaptation reste complexe en raison de leur conception initiale éloignée des nécessités actuelles.

➔ Objectiver la situation de l'investissement et de la vétusté dans le secteur de la psychiatrie.

De nombreux Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS), historiquement construits en périphérie des villes offrent des espaces extérieurs vastes et verdoyants. Or, profiter de sorties en extérieur contribue notamment à apaiser les tensions. Cela est possible dans les établissements disposant d'un parc animalier, de potagers et de jardins thérapeutiques.

Cependant, dans certains territoires, l'éloignement des villes peut poser des difficultés pour la mobilité et l'accès aux établissements, tant pour la réinsertion dans la cité que pour les visites familiales. L'accès aux transports en commun est indispensable pour favoriser l'autonomie des patients, leur permettre de participer à différentes activités de loisirs, culturelles et sportives, et accéder aux établissements publics (Pôle emploi, mairies, logements sociaux, CAF, etc.).

Le renforcement des liens avec la ville et l'ouverture de l'établissement sur la ville sont essentiels pour déstigmatiser les hôpitaux spécialisés.

➔ **Faire évoluer les accès pour garantir la mobilité des patients et de leur entourage. Renforcer le lien avec les collectivités locales pour développer l'accès aux transports.**

L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est inférieure à la moyenne nationale. Un des facteurs est le fait que les soins somatiques des patients psychiatriques sont encore insuffisamment pris en compte. L'implantation d'une maison médicale pour les soins somatiques pourrait être envisagée à l'entrée de l'établissement, afin de rendre possible un accès aux soins somatiques pour les patients sans médecin traitant.

L'implantation d'une maison des usagers permet également d'offrir accueil, échanges, écoute, expression et information pour les usagers et les associations. Des permanences de différents organismes (CAF, défenseur des droits, etc.) renforceraient l'accès aux droits pour les patients.

➔ **Accroître l'intégration des établissements psychiatriques dans la ville en développant les lieux de services.**

➔ **Renforcer l'accès aux soins somatiques.**

La réforme des autorisations avec un décret fixant les conditions techniques de fonctionnement va avoir des conséquences concrètes : de nombreux établissements risquent de ne pas être conformes avec aux normes attendues pour l'accueil des patients. L'état des lieux doit donc permettre de mesurer les écarts et en particulier doit permettre de mesurer les écarts et en particulier de connaître, pour l'hospitalisation complète, le pourcentage de chambres individuelles, de chambres à deux lits et plus, l'adéquation de chambres d'isolement avec les recommandations de la HAS, et le pourcentage d'unités ayant des espaces d'apaisement. En 2023, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a élaboré un référentiel sur les surfaces nécessaires pour ces unités. Il est utile également de rappeler que les enjeux énergétiques s'appliquent à tous les établissements de santé.

➔ **Mobiliser les institutions pour accompagner l'évolution architecturale des établissements afin de répondre aux exigences quant à l'accueil des patients et aux enjeux de la transformation énergétique.**

De nombreux hôpitaux autorisés en psychiatrie possèdent des locaux anciens, souvent remarquables sur le plan historique, mais totalement inadaptés à l'accueil des patients. La rénovation de ces lieux peut être limitée en raison des contraintes d'aménagement des espaces, et le coût de la rénovation n'est pas toujours inférieur à celui d'une nouvelle construction.

2

Prévoir un plan national d'investissement immobilier pour la psychiatrie publique

Après avoir réalisé un inventaire détaillé du parc immobilier en psychiatrie, un plan d'investissement pour l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie est nécessaire, avec un fléchage des crédits pour la psychiatrie. Une programmation des travaux sur l'ensemble du territoire avec un échéancier de financements sur cinq à dix ans doit être réalisée, ainsi qu'un suivi rigoureux de ce plan et de son financement.

➔ **Prévoir un plan pluriannuel d'investissement à destination des établissements autorisés en psychiatrie pour assurer l'entretien et le renouvellement des locaux au regard des nécessités de la psychiatrie.**

Les projets d'investissement nécessitent une expertise particulière et doivent être accompagnés de manière rapprochée par des professionnels pour le choix des architectes.

➔ **Disposer des compétences adaptées pour mener des projets de rénovation.**

La satisfaction des patients concernant la qualité des locaux et leur praticabilité doit être prévue dans les questionnaires de satisfaction et analysée. L'avis de la Commission des Usagers (CDU) pendant toute la période des travaux est crucial pour garantir l'adhésion des usagers au projet. La notion d'un focus groupe inclus dans la démarche projet pour les

travaux est indispensable. Les médecins, les cadres de santé et l'ensemble des professionnels doivent être intégrés au projet pour les bâtiments qui les concernent, en collaboration avec les ingénieurs et les programmistes.

- ➔ Associer les usagers et leurs représentants dans les projets d'investissement afin de répondre à leurs besoins.
- ➔ Intégrer les professionnels aux projets immobiliers.

Avant tous travaux de rénovation ou de construction, il est important d'informer au plus tôt la communauté médico-soignante ainsi que les représentants des usagers qui doivent être partie prenante dans l'élaboration des projets.

- ➔ Inclure les professionnels dans tout projet de reconstruction.

3

Construire ou louer des unités au service des patients

Les unités doivent être construites de plain-pied de préférence, afin de faciliter l'accès aux extérieurs et de préserver la liberté d'aller et venir lorsque l'état clinique des patients l'autorise. La capacité d'accueil de chaque unité doit être limitée à une vingtaine de lits maximum, afin de permettre une bonne connaissance par l'équipe des patients hospitalisés. Chaque unité doit bénéficier d'espaces communs et de chambres individuelles, d'un espace d'apaisement, de salles d'activités et offrir la possibilité aux patients d'avoir un accès facile à des espaces extérieurs. La salle de soin doit être accessible et sa localisation doit être centrale, évitant l'éloignement de certains espaces en bout de couloir.

La psychiatrie est la spécialité médicale où les agressions physiques, verbales et les incivilités sont les plus fréquentes, selon le rapport de l'Observatoire National des Violences en Santé (ONVS).¹⁸ L'architecture et la conception des unités d'hospitalisation influencent directement la violence et les incivilités. Des études menées à l'étranger montrent que la baisse de la violence est corrélée à une architecture adaptée des lieux de soins. Une attention particulière doit donc être portée à l'agencement de l'unité de soins, mais également à la qualité et aux choix des matériaux. Le design (qualité de l'ameublement et couleurs) sont également des éléments importants qui concourent à l'apaisement de la violence et des angoisses.

Une attention particulière doit aussi être portée aux unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avec une adaptation à l'âge des publics accueillis.

L'entretien des locaux doit être réalisé très régulièrement, car leur état se dégrade rapidement en psychiatrie. La qualité de l'accueil dépend aussi de la qualité des locaux. Des locaux adaptés et agréables sont indispensables pour les professionnels.

- ➔ Garantir un cadre de vie agréable pour les patients et l'existence d'espaces d'apaisements.

Le respect de l'intimité et la sécurité des patients sont essentiels. Ainsi, l'utilisation de verrous ou de cartes magnétiques renforce la sécurité des patients et diminue les violences. La possibilité pour le patient de fermer sa chambre diminue également le risque d'agressions sexuelles. Les chambres doivent néanmoins pouvoir être accessibles par les soignants grâce à un passe. Il est important de systématiser la construction de chambres individuelles avec une salle de douche privative avec la possibilité d'un lit accompagnant, ainsi que des espaces extérieurs privatifs. Enfin, chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un coffre et d'armoires fermables avec des codes à chiffres.

- ➔ Assurer le respect de l'intimité des patients et favoriser l'humanisation des locaux.

80 % de la file active du secteur public est suivie en ambulatoire, dans des lieux répartis sur le territoire, au plus près des lieux de vie des patients et de leur entourage. L'accessibilité est aussi un sujet important pour les consultations en CMP et doit être réfléchi avant l'implantation. Les lieux d'accueil sont divers : locaux prêtés par les municipalités ou

¹⁸ 22,2% des signalements en 2021 ont été faits en psychiatrie, contre 12,5% en USLD et 12,2% aux urgences, Rapport 2022 de l'ONVS.

encore maisons de la solidarité. Nombre de ces lieux sont vétustes, non entretenus et peu attractifs pour les professionnels. En raison des carences de professionnels de santé en psychiatrie, la tendance est aux regroupements des CMP, des CATTP, et des hôpitaux de jour pour mutualiser les moyens humains.

Rechercher à bénéficier de bureaux de consultation de CMP dans une maison médicale ou un centre médical de santé est une option intéressante pour se rapprocher des collègues des soins somatiques, faciliter les échanges cliniques, déstigmatiser la psychiatrie, et améliorer les soins somatiques.

- ➔ Prévoir un plan d'investissement pour les CMP et les structures intégrées à la ville.
- ➔ Favoriser l'implantation des CMP à proximité de lieux de soins somatiques.

Afin de ne pas reproduire la situation d'une sclérose immobilière décrite en introduction, il paraîtrait intéressant que les établissements équilibrent leurs locaux entre les constructions dédiées selon les préconisations formulées mais également les locations de plateaux destinés à l'accueil du public, notamment pour les structures ambulatoires. Les plateaux, choisis en concertation avec les équipes médico-soignantes, mis à disposition des professionnels et des patients doivent cependant répondre scrupuleusement aux critères d'un accueil qualitatif du public accueilli tant du point de vue de l'accessibilité et de l'ergonomie que du point de vue de la confidentialité et de la performance acoustique ou de la thermorégulation. La contraction de baux locatifs permet une évolutivité certaine des locaux et de la prise en charge compte tenu des transformations de l'offre de soins, de l'évolution des organisations de travail, des technologies notamment numériques et enfin des procédés même de construction. De plus, la location de locaux aide à s'adapter aux évolutions urbaines notamment celles relatives aux dessertes et à l'amélioration du cadre de vie citoyen.

- ➔ Favoriser le recours à la location lorsque cela paraît pertinent au regard de l'évolutivité attendue des locaux.

ANNEXE





Composition du groupe de travail

Membres du groupe de travail

D^r Sylvie Péron (Présidente du groupe de travail FHF Psychiatrie, CH Laborit), **François-Jérôme Aubert** (CH Esquirol), **Thierry Biais** (CH Charles Perrens), **Jean-Yves Boisson** (EPSM du Loiret), **D^r Sylvie Boivin** (EPSM Finistère sud), **P^r Olivier Bonnot** (CNUP, EPS Barthélémy Durand), **François Caplier** (EPSM Lille-Métropole), **D^r Jean-Marc Chabannes** (APHM), **P^r François Chollet** (CHS Gérard Marchant), **D^r Marie-José Cortes** (SPH, CH François Quesnay), **Guillaume Couillard** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Claude Finkelstein** (FNAPSY), **D^r Alain Fuseau** (GH du Havre), **P^r Raphaël Gaillard** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Ida Jhigai** (EPSM de la Guadeloupe), **Anne Larue** (CH Montperrin), **Étienne Lesecq** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **D^r Christophe Libert** (API, GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Pascal Mariotti** (ADESM, CH du Vinatier), **Pascale Mocaër** (CHU de Limoges), **D^r Christian Müller** (EPSM de l'agglomération lilloise), **D^r Marie-Noëlle Petit** (ANPCME, CH de Montfavet), **D^r Florence Raffeneau** (CH Laborit), **P^r Anne-Catherine Rolland** (CHU de Reims), **D^r Christophe Schmitt** (Président de la conférence des PCME de CHS, EPSM Metz-Jury), **P^r Jean-Louis Senon** (Université de Poitiers), **D^r David Travers** (CHU de Rennes), **Aurélien Sourdille** (FHF).

Participants thématiques au groupe de travail

Piero Chierici (CH Le Vinatier), **Vanina Duwoye** (CHU de Montpellier), **Hélène Gendreau** (FHF), **D^r Radoine Haoui** (CH de Béziers), **D^r Mathilde Horn** (CHU de Lille), **Gaël Leloup** (CH Drôme Vivarais), **Gladys Mondière** (FFPP), **François Pacaud** (FFPP), **Cindy Pages** (CH du Vinatier), **Annick Perrin-Niquet** (CEFI-Psy), **Sarah Sabé** (CHU de Lille), **D^r Nathalie Salomé** (CH Esquirol), **P^r Pierre Thomas** (CHU de Lille).

Coordination

D^r Sylvie Péron (Présidente du groupe de travail FHF Psychiatrie, CH Laborit) et **Aurélien Sourdille** (FHF)



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

