

*Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire*

14 avenue de l'Hôpital
CS 86709

45067 Orléans cedex 2

Tél. : 02 38 74 48 80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

[MESURE DES DELAIS D'ATTENTE EN CMP EN CENTRE-VAL DE LOIRE]

Avril 2020



**Observatoire régional de la
santé du Centre-Val de Loire**

14 avenue de l'Hôpital
CS 86709

45067 Orléans cedex 2

Tél. : 02 38 74 48 80

Mail : accueil@orscentre.org

Site : www.orscentre.org

[MESURE DES DELAIS D'ATTENTE EN CMP EN CENTRE-VAL DE LOIRE]

Avril 2020

Etude réalisée par Pierre Chalmeton et Claire Cherbonnet, chargés d'études, ORS Centre-Val
de Loire
sous la direction de Céline Leclerc, directrice de l'ORS Centre-Val de Loire



Sommaire

Synthèse	7
Partie 1 : contexte, enjeux, méthodologie	13
1. Contexte et enjeux de l'étude	13
2. Méthodologie	13
2.1. Approche quantitative.....	14
2.2. Approche qualitative	15
Partie 2 : organisation actuelle des CMP.....	17
1. Les CMP, un dispositif parmi d'autres du champ de la psychiatrie.....	17
2. Fonctionnement et organisation des CMP selon les territoires de la région.....	18
Partie 3 : délais d'attente	23
1. Délais d'attente en CMP, de quoi parle-t-on ?	23
2. L'augmentation des délais d'attente en CMP dans le temps.....	24
2.1. L'augmentation des demandes de soins de la population	24
2.2. Des moyens en personnel qui n'ont pas entièrement suivi l'évolution des demandes	26
2.3. Les modalités de travail qui limitent les temps de consultation des soignants.....	26
3. Aperçu général des délais d'attentes en région Centre-Val de Loire.....	28
4. Mesure et estimation des délais d'attente en CMP adulte.....	30
4.1. Niveau régional.....	30
4.2. Niveau départemental.....	33
4.3. Niveau des secteurs de psychiatrie	36
5. Mesure et estimation des délais en CMP infanto-juvéniles.....	37
5.1. Niveau régional.....	37
5.2. Niveau départemental.....	40
5.3. Niveau des secteurs de psychiatrie	43
6. Conséquences des délais d'attente dans les CMP de la région	45
6.1. Pour les patients.....	45
6.2. Pour les professionnels	46
Partie 4 : Analyse des facteurs impactant les délais d'attente et leviers d'actions	49
1. Facteurs relatifs aux ressources humaines des CMP	49
1.1. Disponibilité et qualification des professionnels	49
1.2. De nombreux postes non pourvus	49
1.3. Potentielles évolutions des effectifs	51
1.4. La mutualisation des personnels.....	51

2. Facteurs relatifs au traitement des nouvelles demandes par les CMP	52
2.1. Traitement des nouvelles demandes – parcours « normal »	53
2.2. Les parcours « urgents »	61
2.3. La réorientation d'une partie des nouvelles demandes.....	69
3. Facteurs relatifs aux modalités de soins et aux pratiques professionnelles au cours des prises en charge	73
3.1. L'existence et le volume des prises en charge de groupe	73
3.2. La fréquence des rendez-vous/ l'espacement entre les séances.....	73
3.3. La durée des rendez-vous.....	74
3.4. Les approches thérapeutiques	74
3.5. La montée en compétence des infirmiers.....	75
Annexes	77

Synthèse

Enjeux et méthodes

Si l'ensemble du territoire français est couvert par des secteurs de psychiatrie, on observe cependant de fortes inégalités d'accès aux soins en CMP, qui concernent les délais pour des premières consultations, mais aussi le type de prises en charge possibles. Afin de développer les réponses adaptées aux difficultés d'accès de la population de la région aux CMP, l'étude vise à objectiver les délais d'attente, difficultés et besoins des différents secteurs psychiatriques, et d'envisager comment leurs modalités d'organisation et d'accueil peuvent permettre de réduire les délais en maintenant une qualité des prises en charge. Pour atteindre ces objectifs, l'ORS Centre-Val de Loire a mis en œuvre une méthodologie quantitative et qualitative, l'approche quantitative objectivant au mieux les délais d'attente, l'approche qualitative permettant d'approfondir les modalités d'organisation et d'accueil, les pistes déjà explorées et celles potentielles permettant de réduire les délais, les freins et leviers rencontrés sur le terrain. Les différents outils pour élaborer cette enquête ont été travaillé en concertation avec les CMP de la région.

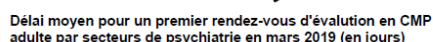
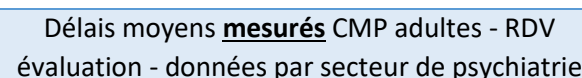
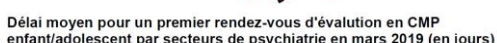
Résultats

L'étude rappelle plusieurs constats déjà réalisés par le passé :

- l'hétérogénéité des fonctionnements et organisations des CMP, d'un établissement à l'autre, et d'un service à l'autre appartenant à un même établissement hospitalier. Ces différences relèvent d'équipements et de moyens, mais aussi des pratiques soignantes des équipes, dont la composition elle-même varie. Les CMP ont beaucoup évolué dans leurs organisations et leurs pratiques, et ceci de façon relativement autonome selon les lieux, les spécificités de l'environnement, les partenariats, et les orientations souhaitées des médecins responsables.
- Deuxième constat : les délais d'attente ont significativement augmenté au fil des années dans les CMP de notre région comme ailleurs. Cette augmentation est principalement la conséquence :
 - de l'accroissement des demandes de la population (poursuite du virage ambulatoire, moindre stigmatisation de la psychiatrie, élargissement du champ d'intervention des CMP, amélioration du repérage par les acteurs de premier niveau, lacunes de l'accompagnement des autres professionnels extérieurs au CMP,
 - du contexte de stagnation ou d'augmentation plus faible des moyens en personnel, des difficultés à pourvoir certains postes,
 - de l'évolution des modalités de travail des soignants (postes mutualisés sur plusieurs lieux, baisse des prises en charge de groupe, augmentation des situations complexes en ambulatoire qui impliquent de la coordination).

Il existe un déséquilibre global dans les délais d'attente entre les secteurs enfants et adultes. Il est en défaveur des enfants, alors même que la précocité de la prise en charge y est souvent très importante. Ces différences sont valables tant pour un rendez-vous d'évaluation, de prise en charge, et pour accéder à un psychiatre. Le délai moyen en région Centre-Val de Loire pour un premier rendez-vous est estimé à 20,9 jours en psychiatrie générale (adulte), avec un début de prise en charge en moyenne à 32 jours, et 67 jours pour accéder à un psychiatre. En psychiatrie infanto-juvénile, le délai moyen pour un premier rendez-vous est de 72,8 jours ; avec un début de prise en charge à 92,8 jours et un accès au psychiatre en moyenne à 92,2 jours.

De façon analogue, au sein de chaque département, les secteurs de psychiatrie présentent des situations parfois contrastées dans les délais mesurés [les départements sont divisés en secteurs, et les patients ne peuvent généralement se rendre qu'au CMP de ce secteur]. Dans les départements où des délais sont importants, certains secteurs présentent des situations plus favorables, et inversement.



Analyse des facteurs impactant les délais d'attente et leviers d'actions

Ressources humaines

La capacité à prendre en charge dépend des effectifs disponibles sur les CMP, et des compétences et qualifications de ces personnels. On observe souvent une hétérogénéité des réponses proposées au sein d'une même structure, et les variations des délais traduisent la disponibilité différente de certains professionnels.

La plupart des CMP de la région ont actuellement des postes vacants. Les difficultés de recrutement concernent en premier lieu les psychiatres, et cela dans tous les territoires de la région ou presque. Les manques d'effectifs sont plus ou moins importants selon les CMP, ce qui a des conséquences sur les délais d'attente et de prise en charge, plus ou moins importantes selon les organisations. Lorsque toutes les premières demandes sont vues en rendez-vous par un médecin, les effectifs manquants de psychiatre impactent lourdement les délais pour ce premier rendez-vous. Certains postes plus spécifiques aux CMP infanto-juvéniles, comme les orthophonistes ou les psychomotriciens, sont également très difficiles à pourvoir. Les délais sont très importants pour avoir accès à ces professionnels en CMP, quand les structures ne renvoient pas directement les demandes sur l'extérieur.

Pour s'adapter au mieux au manque de professionnels, les secteurs de psychiatrie sont nombreux à mutualiser le temps de travail des personnels sur plusieurs structures et activités. La présence partielle des médecins dans les organisations permet ainsi d'obtenir des temps médicaux sur des services qui sinon n'en bénéficieraient pas. Mais elle implique un certain nombre de contraintes : temps de transport entre les sites, multiplication des temps de réunion, présence non permanente de médecin sur le temps d'ouverture du CMP, communication moins fluide avec le reste des équipes présentes.

Traitement des nouvelles demandes par les CMP

Toute nouvelle demande adressée à un CMP et acceptée par celui-ci fait l'objet d'un traitement administratif et d'une évaluation clinique de la situation, avant le démarrage de la prise en charge proprement dite. Ces étapes varient énormément d'un CMP à l'autre, mobilisant différents professionnels. La disponibilité des professionnels n'étant pas similaire, leur implication lors du traitement des nouvelles demandes est susceptible de faire varier les délais. Le recours à des entretiens d'évaluation par d'autres professionnels que les médecins, a ainsi été mis en œuvre dans un certain nombre de CMP, permettant de réduire les délais d'attente. Ce recours apparaît surtout pertinent dans un contexte où les demandes, en augmentation, ne relèvent pas toutes d'un diagnostic psychiatrique. Dans certaines configurations, le premier accueil et évaluation des personnes peut même être fait par une autre structure, comme une maison des adolescents.

Ainsi, si l'on considère l'ensemble des CMP adultes de la région, le délai moyen mesuré pour obtenir le rendez-vous d'évaluation est de 13,5 jours pour les CMP ne faisant pas appel à un médecin pour l'évaluation, contre 65,2 jours pour les autres CMP. Dans les CMP infanto-juvéniles également, le délai moyen mesuré est de 48,3 jours pour les CMP ne faisant pas appel à un médecin pour l'évaluation, contre 100,5 jours pour les CMP faisant appel à un médecin pour l'évaluation. Il est intéressant d'observer que le délai moyen pour débiter la prise en charge est également plus court dans les CMP qui ont choisi une organisation où le médecin n'est pas présent lors de l'évaluation. Il est en effet de 30,8 jours dans ceux-ci, alors qu'il est de 104,8 jours dans ceux où un médecin est présent au 1^{er} rendez-vous d'évaluation.

En prenant en charge les situations beaucoup plus rapidement, le recours à cette organisation en amont limite l'aggravation des difficultés qui a généralement lieu au cours du délai d'attente. Le fait d'être reçu et d'avoir un ou plusieurs rendez-vous assez rapidement, avec des temps d'écoute, et des premiers retours de professionnels permet de répondre à l'inquiétude forte des patients et/ou de leurs familles. Ces entretiens suffisent quelquefois à désamorcer des situations simples, qui ne vont pas nécessiter une psychiatriation.

Si la délégation partielle ou totale des entretiens d'évaluation présente des intérêts pour les acteurs rencontrés, ils mentionnent que cette délégation doit être mise en œuvre dans certaines conditions pour apporter ses bénéfices et limiter ses risques : équipes dédiées à l'évaluation avec les compétences adaptées et une certaine expérience, staff clinique, adhésion et confiance dans cette délégation...

La priorisation des situations urgentes

La totalité des CMP rencontrés peuvent prendre en charge des personnes plus rapidement, à partir du moment où ils estiment que la situation le nécessite. Chez les enfants, le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation au niveau régional est de 42,5 jours pour ces situations « urgentes » contre 78,5 jours pour les autres situations. Surtout, un quart de ces situations urgentes ont abouti à un rendez-vous dans les 2 jours. Chez les adultes également, si le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation varie peu pour l'ensemble des situations urgentes, un quart de ces demandes ont été vues le jour même, et la moitié ont été vues dans les trois jours. Cette pratique constitue un levier d'amélioration de la problématique des délais, même si elle ne bénéficie qu'à une partie des patients.

La pertinence de cette pratique repose sur l'appréciation de l'urgence qui est réalisée. Les critères permettant aux professionnels de CMP de déterminer que la situation du demandeur est urgente sont assez cohérents d'un CMP à l'autre, bien que rarement formalisés. Les situations d'urgence concernent en premier lieu les risques suicidaires, les mises en danger de l'entourage, les situations posttraumatiques, les personnes délirantes. Dans une moindre mesure, un certain nombre de situations sont aussi priorisées, même si l'urgence apparaît plus relative : celles où une prise en charge précoce apparaît déterminante pour l'évolution future du patient (jeunes enfants, risque de déscolarisation), les relais de soins, sorties d'hospitalisation, et orientation par certains partenaires de confiance.

La réorientation d'une partie des nouvelles demandes

La réorientation d'un certain nombre de demandes adressées aux CMP vers d'autres acteurs (libéraux, CMPP, MDA...) constitue une possibilité de concentrer les moyens des CMP sur le cœur de leurs missions. D'un CMP à l'autre on peut observer une tendance plus ou moins forte à réorienter certaines demandes reçues par téléphone (acceptant ou non l'inscription sur liste d'attente), selon le champ des missions que le CMP accepte de remplir, les périodes, les postes pourvus, les ouvertures de filières.

Dans quelques CMP ont été décidées des évolutions des organisations et des missions, amenant à ne pas prendre en charge toutes les demandes : situations de souffrance psychique modérée, difficultés scolaires, éducatives, ou troubles légers des apprentissages ; profil pouvant être pris en charge par une autre filière spécialisée (psychotraumatismes, centre dédié à l'adolescence...), patients ou familles ayant les moyens financiers de s'adresser au secteur privé ...

Sur ce point, il apparaît clairement que la plus ou moins grande accessibilité d'offre de soins alternative au CMP sur les territoires impacte directement le volume de demandes auxquelles les CMP ont à répondre, et les possibilités réelles de réorientation.

Modalités de soins et pratiques professionnelles au cours des prises en charge

L'ensemble des modes de travail des CMP impacte les durées des prises en charge, la disponibilité des soignants, et leur capacité à répondre aux besoins de soins dans certains délais. Dans quelques cas de figure, l'évolution des pratiques soignantes constitue également un levier potentiellement intéressant pour réduire les délais d'attente : développement des prises en charge de groupe, espacement des séances avant l'arrêt du suivi, prise en charge en relai d'autres praticiens extérieurs au CMP, durée des rendez-vous, approches thérapeutiques « brèves », évolution des missions et compétences des personnels en fonction de leur disponibilité.

Conclusion

Au regard des différents éléments quantitatifs, et qualitatifs qui ressortent de cette étude, on relève :

- Des délais d'attente importants, plus particulièrement dans le secteur enfant.
- Des inégalités territoriales fortes sur les délais observés, qui dépendent en partie des moyens, et en partie des organisations des CMP.
- Des organisations très disparates des CMP, qui évoluent souvent, en lien avec les autres modalités de soins en psychiatrie et dans l'environnement local.
- Des professionnels très investis, ou découragés, mais toujours conscients des difficultés pour l'attente des patients.
- Des réductions des délais d'attente observés grâce à de multiples réorganisations dans certains CMP, n'ayant plus beaucoup de leviers d'actions possibles. A l'inverse, des fonctionnements où des marges significatives de réduction des délais restent possibles.

Les leviers d'actions portent sur les effectifs des ressources humaines, la mutualisation des personnels, les délégations de tâches et évolution des compétences, les parcours des nouvelles demandes, les réorientations, la prise en compte des situations d'urgence, la gestion des rendez-vous non honorés, les modalités de prise en charge, et d'arrêt des prises en charge, et l'inscription des CMP en complémentarité avec l'offre de leur territoire.

Partie 1 : contexte, enjeux, méthodologie

1. Contexte et enjeux de l'étude

La santé mentale figure parmi les cinq priorités nationales de santé : on estime qu'une personne sur cinq sera atteinte un jour d'une maladie psychique. Compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients, les troubles psychiques se situent au troisième rang des maladies et ils tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française.

De nombreux travaux ont montré la nécessité de réduire le délai entre les premiers signes de la maladie, la formulation d'un diagnostic et la mise en place de soins et d'accompagnement adaptés. Les premières années de la maladie sont en effet considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure.

Alors que la précocité des prises en charge est primordiale, les problématiques d'accès aux ressources spécialisées s'accroissent en région Centre-Val de Loire. Certains secteurs psychiatriques sont plus en tension, du fait de ressources humaines manquantes (souvent médicales), d'une offre privée insuffisante ou peu accessible, et d'un élargissement des recours de la population (problématiques éducatives, refus scolaire anxieux, diminution des mesures de séparations familiales...). Les diagnostics locaux de santé réalisés ces dernières années font ainsi souvent état de délais d'accès à une première consultation en CMP de plusieurs mois, qu'ils s'agissent des secteurs enfants ou adultes. Les prises en charge consécutives à cette première consultation peuvent elles aussi faire l'objet d'une attente conséquente, selon les pathologies concernées.

Toutefois, les problématiques sont plus ou moins importantes selon les secteurs. Si des CMP sont présents dans chaque territoire, le contexte local de disponibilité des ressources humaines conditionne en partie leur capacité à répondre aux besoins de la population. Mais il existe également une hétérogénéité de l'organisation des CMP, de leurs conditions d'accès (plages d'ouverture, spécialisation), de leurs liens avec les partenaires extérieurs, de leur gestion de la file active des patients et des premiers accueils (délégation à des professionnels infirmiers) et des priorités faites aux situations d'urgence. Tous ces éléments déterminent la rapidité et la qualité des prises en charge de la population.

Afin de développer des réponses adaptées aux difficultés d'accès de la population de la région aux CMP, il apparaît donc nécessaire de clarifier et d'objectiver les difficultés et besoins des différents secteurs psychiatriques, et d'envisager comment leurs modalités d'organisation et d'accueil peuvent permettre de réduire les délais d'attente pour la population, en maintenant une qualité des prises en charge.

2. Méthodologie

Pour atteindre ces objectifs, l'ORS a mis en œuvre une méthodologie quantitative et qualitative, l'approche quantitative objectivant au mieux les effectifs des structures, les délais d'attente, l'approche qualitative permettant d'approfondir les modalités d'organisation et d'accueil, les pistes déjà explorées et celles potentielles permettant de réduire les délais d'attente, les freins rencontrés sur le terrain.

2.1. Approche quantitative

L'interrogation de tous les CMP (dont leurs antennes) a été réalisée au moyen de trois supports :

- une enquête en ligne par questionnaire
- un tableau de bord retraçant le parcours des nouvelles demandes sur une période déterminée
- les rapports d'activité de tous les CMP

Une réunion en décembre 2018, organisée par l'ORS avec la présence de l'ARS, a rassemblé tous les CMP qui souhaitent s'investir dans le protocole de l'enquête. Les supports d'enquête quantitatifs ont été proposés, travaillés et validés en séance avec les professionnels des CMP.

Les rapports d'activité de chaque CMP

Les rapports d'activité de l'année 2017 ont constitué une source complémentaire d'informations, permettant d'avoir une vision de la file active des CMP à cette période, et des modes de prise en charge et projets menés. Seuls rapports d'activités disponibles en début d'année 2019, ils sont plus anciens que l'enquête par questionnaire et tableaux de bord, et n'utilisent pas toujours les mêmes façons de comptabiliser les patients en attente, les délais, sans que les méthodes soient toujours bien exposées. Les données comprises dans ces rapports n'ont donc pas été comparées à la présente enquête, et seules les informations relatives aux organisations ont apporté des éléments pour enrichir la compréhension des entretiens et des questionnaires.

Une photographie de chaque CMP par le biais d'un questionnaire en ligne

Un questionnaire « structure » en ligne¹ a été adressé aux CMP pour comprendre le fonctionnement des centres et de leurs antennes, à savoir :

- la population couverte par le CMP (infanto, adolescents, adultes... autistes)
- les horaires et jours d'ouverture du secrétariat, de présence de professionnels de soins (prise en compte des périodes de congés...)
- les structures ressources à proximité : maison des adolescents, hôpitaux de jour, CATTP, ...
- l'existence d'une équipe mobile (antenne, domicile, ...)

Un tableau de bord retraçant le parcours de chaque appel

L'objectif principal de l'enquête était de mesurer le délai d'attente entre un premier appel et un premier rendez-vous sur site, puis l'accès au médecin psychiatre. Pour cela, l'ORS a adressé à tous les CMP et leurs antennes un tableau de bord sous format Excel², permettant de tracer le parcours de chaque personne ayant sollicité un CMP par téléphone, ou s'étant présentée physiquement entre le 18 et 29 mars 2019. Ont été alors inscrits dans ce tableau, en plus de la date d'appel :

- le caractère urgent ou non de la situation du patient,
- la personne qui adresse le patient (patient en personne, membre de la famille, professionnel de santé, professionnel du secteur social ou médico-social, sortie d'hospitalisation...),
- certaines caractéristiques du patient (patient déjà connu ou non du service, patient ayant déjà un accompagnement en dehors du CMP),
- motif du refus de rendez-vous, le cas échéant.

¹ Le questionnaire est consultable dans les annexes de ce rapport.

² Le tableau de bord est consultable dans les annexes de ce rapport.

Six mois après, lors de la période du 16 au 27 septembre 2019, ces tableaux de bord ont été complétés par les CMP, pour qu'ils renseignent :

- les dates de rendez-vous (d'évaluation, de début de prise en charge, et avec un psychiatre) fixées au patient, permettant de mesurer les délais d'attente effectifs sur cette période donnée de 2019,
- la présentation ou non du patient à ce rendez-vous,
- le motif de l'arrêt de la prise en charge par le CMP ou le patient,
- des commentaires permettant de comprendre certaines particularités éventuelles relatives à la situation du patient.

Les données recueillies ont été anonymisées par les CMP sur les tableaux de bord avant d'être transmises à l'ORS, et exploitées.

Il a également été demandé aux CMP leur accord pour la transmission de leurs données à l'ARS.

2.2. Approche qualitative

L'ORS a mené 15 entretiens auprès des professionnels de CMP de la région, le plus souvent des entretiens collectifs avec une partie des équipes de CMP. Les cadres de santé ont été les professionnels les plus sollicités et étaient systématiquement présents. Dans la plupart des CMP ont pu être associés à l'entretien, des médecins, des psychologues, des infirmiers, et/ou des secrétaires. Dans quelques cas certains professionnels n'ont pu assister qu'à une partie de l'entretien, et sont retournées à leurs activités de soins, lorsque les questions qui les concernaient en premier lieu avaient pu être abordées. Ces entretiens ont été réalisés sur la période de mars à novembre 2019.

Deux entretiens ont été réalisés dans chaque département de la région comprenant un CMP adulte et un CMP infanto-juvénile (soit douze entretiens). Trois entretiens ont été menés de façon complémentaire, dans des départements et établissements hospitaliers où des particularités de fonctionnement étaient observées et nécessitaient plusieurs rencontres avec des acteurs différents ne pouvant être sollicités au même moment.

Ces interviews avaient pour objectifs d'explicitier les facteurs impactant les délais d'attente pour une prise en charge en CMP et d'établir des préconisations permettant de les réduire. Plus précisément ces entretiens ont systématiquement abordé :

- la composition de l'équipe (en détaillant les compétences de l'équipe, difficultés de recrutement, congés, mutualisation, vacances, remplacements...)
- l'organisation des prises en charge, depuis une prise de contact d'un patient jusqu'au début de sa prise en charge, mais aussi la fin des accompagnements
- les procédures formelles ou informelles de priorisation de rendez-vous (situations de crise, risques, suicidaires, sorties d'hospitalisation, prises en charge alternatives possibles, pratiques avancées...)
- l'articulation avec le secteur libéral, les dispositifs à proximité (social, médico-social et sanitaire...)
- les points de vue des acteurs sur ce qui permettrait de réduire les délais d'attente : organisation et moyens en interne/partenariat et structures ressources externes, autres dispositions...

Ces 15 entretiens, prenant en compte la diversité des configurations locales, ont permis d'avoir une vue d'ensemble des situations et des organisations les plus courantes dans les CMP de la région, d'identifier les déterminants des délais d'attente, de mettre en perspective les points de vue acteurs, et les intérêts et limites qu'ils perçoivent quant aux modalités potentielles d'organisation pour réduire ces délais d'attente des patients.

L'organisation, la conduite des entretiens, les retranscriptions et l'analyse de l'ensemble ont été réalisées par l'équipe de l'ORS.

Ces deux volets d'enquête ont fait l'objet d'un enregistrement sur le registre de l'ORS et une déclaration MR004³ a également été effectuée pour cette étude.

³ La méthodologie de référence MR-004 encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. L'intérêt d'une méthodologie de référence est de simplifier les formalités préalables pour les responsables de traitement. Ainsi, au lieu d'une demande d'autorisation auprès de la Cnil, les responsables de traitement concernés procèdent à une déclaration de conformité, au terme de laquelle ils s'engagent à se conformer en tous points avec cette dernière. Pour la MR004, il s'agit plus précisément des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur la réutilisation de données. Le responsable de traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche.

Partie 2 : organisation actuelle des CMP

1. Les CMP, un dispositif parmi d'autres du champ de la psychiatrie

Le dispositif de soins en psychiatrie a énormément évolué en plusieurs décennies. Un processus de désinstitutionnalisation a eu lieu (en France comme dans la plupart des pays) avec une baisse du nombre de lits d'hospitalisation, et désormais une place prépondérante aux soins ambulatoire. Le nombre des lits de psychiatrie générale en France, il y a 40 ans, était plus du double de celui d'aujourd'hui (-60 % entre 1976 et 2016)⁴.

Le nombre des patients traités par les secteurs de psychiatrie a considérablement augmenté et la nature des demandes et des besoins de la population s'est élargie. Ce processus est encore à l'œuvre et la plupart des CMP rencontrés ont confirmé ces observations, avec un accroissement de leurs files actives, et des demandes qui leur sont adressées. Les autres acteurs (police, justice, éducation nationale, travailleurs sociaux) accompagnant la population ont également plus facilement recours à la psychiatrie pour obtenir de l'aide sur les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leur métier.

Les soins proposés se sont aussi en parallèle diversifiés : hospitalisation temps plein, hospitalisation de jour, de nuit, consultations en CMP, CATTP, foyers de postcure, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile, équipes mobiles... des services intersectoriels se sont développés à d'autres échelles territoriales, des filières spécifiques ont été créées ou étendues (psychotraumatisme, autisme, adolescence, thérapie familiale...) Comme l'a cependant montré le rapport de l'IGAS⁵ « certains secteurs, parce qu'ils fonctionnent de manière très autonome, ne peuvent mobiliser qu'une faible part de leurs moyens pour des activités spécialisées, pour lesquelles ils n'ont d'ailleurs pas forcément une file active suffisante, ce qui entrave la diversification de la palette de soins ».

Si l'ensemble du territoire est couvert par des secteurs de psychiatrie, on observe cependant de fortes inégalités d'accès aux soins en CMP, qui concernent les délais pour des premières consultations, mais aussi le type de prises en charge possibles. Elles s'expliquent par des différences de moyens, d'organisations et de pratiques professionnelles entre les services, les établissements ; mais aussi par une implantation inégale des cliniques psychiatriques, des psychiatres et psychologues libéraux, des autres structures dans l'environnement immédiat (par exemple, malgré des statuts et des cultures professionnelles différentes, les CMP enfants et les CMPP accueillent des enfants présentant les mêmes profils, et ont globalement les mêmes modalités de prise en charge)⁶.

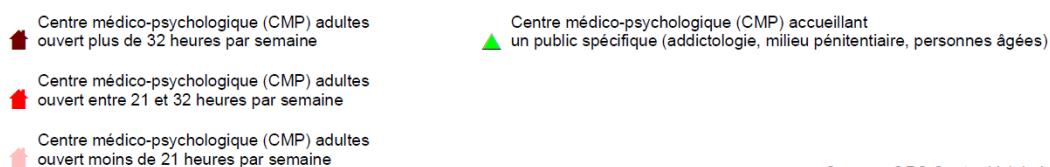
Les inégalités d'accès aux CMP ne rendent que partiellement compte des inégalités d'accès de la population à la psychiatrie, et à la santé mentale au sens large. L'étude des délais d'attente en CMP au sein de la région apporte donc un éclairage qui doit s'inscrire dans une compréhension globale de l'offre de prévention et de soins en santé mentale.

⁴ Alain LOPEZ ; Gaëlle TURAN-PELLETIER : *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Novembre 2017 – N°2017-064R -

⁵Idem note 4

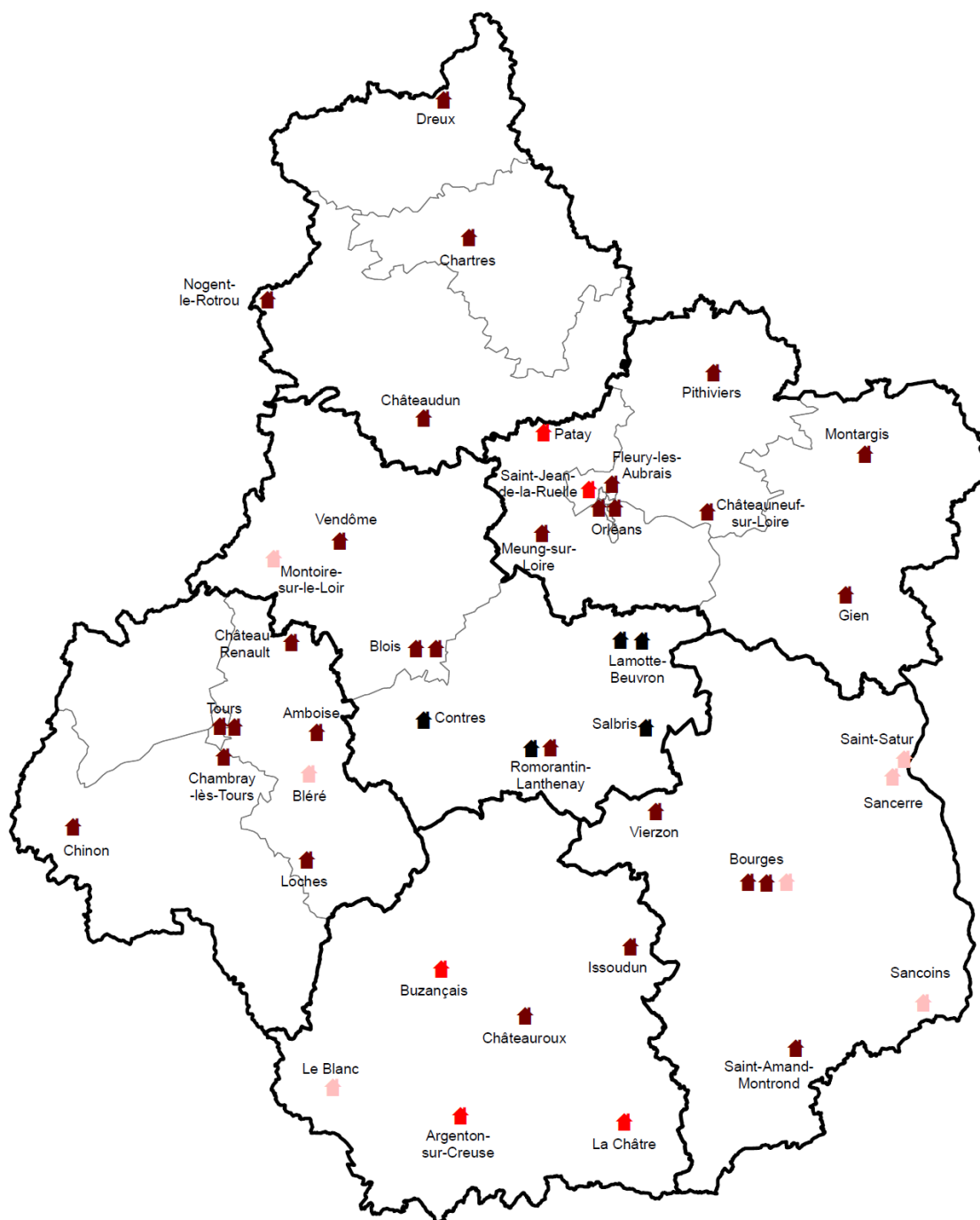
⁶ Idem note 4, p.40

CMP adultes



Source : ORS Centre-Val de Loire
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

CMP enfants/adolescents



Centre médico-psychologique (CMP) enfants / adolescents ouvert plus de 32 heures par semaine

Centre médico-psychologique (CMP) enfants / adolescents ouvert entre 21 et 32 heures par semaine

Centre médico-psychologique (CMP) enfants / adolescents ouvert moins de 21 heures par semaine

Centre médico-psychologique (CMP) enfants / adolescents (information non disponible sur le nombre d'heure d'ouverture)

Source : ORS Centre-Val de Loire
Exploitation : ORS Centre-Val de Loire

La présente étude confirme le constat déjà réalisé par le passé, sur ce territoire comme sur l'ensemble du territoire national de l'hétérogénéité des fonctionnements et organisations des CMP. Cette hétérogénéité s'observe d'un établissement à l'autre, et d'un service à l'autre appartenant à un même établissement hospitalier. Elle se traduit par des différences en termes d'équipements et de moyens, mais aussi dans les pratiques soignantes des équipes, dont la composition elle-même varie. Ces différences trouvent leur origine dans de multiples facteurs, dont on peut exposer quelques facteurs historiques. Les CMP se sont développés :

- au sein de différents hôpitaux (généralistes mais aussi EPSM⁷) au sein desquels existent des cultures professionnelles, des orientations et approches théoriques différentes,
- sur des secteurs géographiques qui comprenaient des populations équivalentes en nombre à l'époque de leur création, mais qui ont évolué entre temps,
- avec des moyens inégaux, ceux-ci ayant été réévalués plus ou moins au fil de l'évolution des besoins. La dotation annuelle de financement (DAF) dans les établissements hospitaliers généralistes n'a pas été redistribuée à tous les services selon l'effectivité de leurs missions.

Au fil de leurs évolutions, les CMP ont beaucoup évolué dans leurs organisations et leurs pratiques, et ceci de façon relativement autonome selon les lieux, les spécificités de l'environnement, les partenariats, et les orientations souhaitées des médecins responsables. Nous relevons ici quelques facteurs qui pèsent sur les organisations et les pratiques soignantes :

- l'environnement physique : les locaux sont plus ou moins compatibles avec des organisations et des pratiques. Par exemple, des activités collectives, de CATTP peuvent nécessiter de grandes salles qui ne sont pas toujours disponibles dans des locaux anciens en centre-ville. Dans ce même type de locaux anciens, en centre-ville, les bâtiments et leur propriété ne sont pas extensibles. Il est difficile d'augmenter le personnel soignant dans la mesure où celui-ci ne dispose pas de salles supplémentaires pour effectuer des consultations individuelles.
- l'environnement partenarial : certaines structures extérieures (MDA, CAMSP, CMPP, autres ESMS⁸) sont plus ou moins présentes sur certains territoires. Lorsque celles-ci sont présentes, elles remplissent des missions que le CMP n'effectue pas, ou moins, par rapport à d'autres territoires. Inversement, l'absence ou l'insuffisance de ces structures extérieures peuvent conduire les CMP à investir des missions qui ne seraient sinon pas remplies. Certains partenaires ont au fil du temps formalisé des conventions avec les CMP, voire ont été rattachés au même hôpital, ce qui amène des pratiques de collaboration et de répartition des missions différentes.
- des filières de soins spécifiques : filières par âge (gérontopsychiatrie, séparation enfants et adolescents...), autisme, addictologie, thérapie familiale, accueil parent-bébé, psychotraumatisme, ont été créées sur certains territoires et accueillent le public du secteur avec ces problématiques, mais parfois aussi un public plus large non sectorisé, ou résidant sur un territoire beaucoup plus large (par exemple la région)
- les compositions des équipes, les qualifications présentes sur les différents lieux, les absences temporaires ou durables (postes non pourvus, congés, arrêts maladies) sont en cohérence avec les organisations mises en place au fil du temps. Mais les compositions des équipes ont pu aussi conditionner, favoriser ou freiner l'évolution vers certaines pratiques. Des organisations vont être

⁷ Etablissement public de santé mentale

⁸ MDA : Maison des adolescents, CAMSP : Centre d'action médico-social précoce, CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique, ESMS : établissement et service médico-social

étroitement dépendantes de la présence d'un ou plusieurs médecins à temps plein sur la structure, de l'existence d'un secrétariat, de la disponibilité de tel ou tel personnel ayant une qualification plus spécifique...

- les fusions, regroupements en pôle, rattachements au même hôpital, ou les créations d'antennes, ont impacté la disponibilité des personnels, avec des mutualisations entre des lieux de CMP distincts, mais aussi avec l'intra-hospitalier, l'hôpital de jour, le CATTP.

- les orientations théoriques et pratiques individuelles des médecins. La pénurie médicale actuelle renforce indirectement cette tendance. L'autonomie de décisions, de pratiques des médecins peut plus facilement faire partie de leurs conditions pour accepter un poste.

« c'est un seul hôpital qui a fusionné ces 3 sites, pour former un seul hôpital, donc 3 sites avec chacun leur spécificité : (ville) c'est le pôle « technique », (ville), la particularité là-bas c'est qu'il y a l'addictologie, et sur (ville) c'est plus de la psychiatrie au long cours, c'est aussi l'accueil familial thérapeutique »

« on n'a pas forcément les mêmes choix, c'est vraiment des fonctionnements autonomes en terme de prise en charge »

« avec la pénurie médicale va...c'est eux qui négocient où ils vont travailler comment ils vont travailler...donc forcément ils ont pas tous les mêmes fonctionnements les mêmes envies, les mêmes besoins, »

Ainsi, on a assisté à une évolution des secteurs, et des CMP, relativement indépendante même si on retrouve des tendances similaires. Aujourd'hui, malgré des initiatives d'établissement pour tenter d'harmoniser les pratiques, les organisations restent souvent très autonomes y compris au sein d'un même secteur. Cette faible harmonie territoriale, avec des offres spécifiques qui s'inscrivent différemment dans leur environnement, contribue à une faible lisibilité des parcours des patients. Dans le cadre de cette étude, ces variations constituent une difficulté pour comparer les délais d'attente dans les CMP, qui ne remplissent pas exactement les mêmes missions où n'ont pas affaire au même public selon les lieux. Ainsi lorsque les délais d'attente sont indiqués CMP par CMP dans ce rapport, il est nécessaire de garder à l'esprit que les demandes traitées ne sont pas nécessairement équivalentes en nombre ni en nature.

Partie 3 : délais d'attente

1. Délais d'attente en CMP, de quoi parle-t-on ?

Au cours d'une prise en charge dans un CMP, plusieurs délais d'attente peuvent être rencontrés. Nous considérons ici seulement **les nouvelles demandes adressées à un CMP, et non les patients déjà pris en charge par le CMP**. Il existe généralement un délai pour obtenir un 1^{er} rendez-vous (qui est souvent une évaluation), et souvent un délai entre ce 1^{er} rendez-vous et le début d'un accompagnement s'il est jugé nécessaire, délai qui dépend étroitement des professionnels à mobiliser (infirmiers, éducateurs, psychologues, psychiatres, orthophonistes, assistant de service social...), car leur disponibilité varie beaucoup au sein des structures. Parce que les accompagnements des patients peuvent être réalisés par plusieurs professionnels, et selon plusieurs modalités (infirmier/psychiatre ; infirmier/psychologue ; psychologue/psychiatre...) certains patients sont confrontés à plusieurs délais d'attente : par exemple, un nouveau patient devra attendre son 1^{er} rendez-vous d'évaluation. Si cette évaluation conclue à la nécessité de voir un psychiatre, le patient devra attendre une disponibilité de ce professionnel. Toutefois, entretemps pourront lui être proposés d'autres accompagnements : consultations avec un infirmier, prise en charge de groupe....

Dans le cadre de cette étude ont été mesurés :

- le délai d'attente entre la prise de contact et le premier RDV (d'évaluation),
- le délai entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de début de prise en charge individuelle (quel que soit le professionnel mobilisé)
- le délai entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre.

Ces délais ont été mesurés à partir des nouvelles demandes adressées lors de la quinzaine du 18 au 29 mars 2019. Lors de la quinzaine de septembre 2019 (du 16 au 27), les CMP ont communiqué les rendez-vous effectués réellement par les patients, et/ou les dates fixées à venir. Lorsque les rendez-vous n'avaient pas encore été fixés en octobre, soit 6 mois après la demande, les délais ont été estimés à 6 mois, ou à une donnée plus précise renseignée dans le questionnaire de la structure.

Les délais objectivent l'attente pour ces rendez-vous, mais pas la manière dont cette attente peut être accompagnée et vécue par les patients : certains CMP communiquent rapidement une date au demandeur (qui pourra convenir ou non) quand d'autres ne donnent pas d'informations précises et rappellent les demandeurs seulement quand une place s'est libérée. Même, dans certains CMP, sur des périodes surchargées, il est arrivé que les professionnels n'enregistrent plus les appelants sur liste d'attente, et leur demandent de rappeler seulement quelques mois après, pour obtenir cette inscription (la file active de patients diminue alors artificiellement, car de nombreuses personnes découragées ne rappellent pas par la suite).

« On a eu une période à partir de mars l'an dernier on était complètement engorgé on a dit : c'est plus la peine on ne répond plus, tous les gens qui appellent on note leur appel, mais on les prend pas sur liste d'attente, on leur demande de rappeler au mois de novembre. Je crois qu'on a eu entre mars et novembre 280 appels, sur les 280 appels, on n'a pas la moitié des gens qui ont rappelé en novembre. C'est révélateur. Alors on aurait pu rappeler, mais on a suffisamment affaire avec ceux qui veulent. »

Au contraire, certains CMP rappellent eux-mêmes pendant la période d'attente les demandeurs pour faire le point sur leur situation, les évolutions, actualiser leurs demandes et leurs besoins. Si la situation

se dégrade, l'attente pourra dans certains cas être réduite. Les CMP peuvent aussi proposer en attente des activités collectives en CATTP, ou s'assurer de l'engagement du patient avec une autre structure d'accompagnement. Sur une attente identique en termes de délais, certains demandeurs ont donc un minimum d'accompagnement, quand d'autres n'ont aucun contact par le CMP.

2. L'augmentation des délais d'attente en CMP dans le temps

Avant de présenter les mesures des délais actuels, il faut avoir conscience des évolutions observées de ces délais dans le temps.

Globalement, et en dehors des processus de réorganisation des prises en charge, les délais d'attente ont très significativement augmenté dans les CMP de notre région comme ailleurs sur le territoire français. Tous les professionnels rencontrés ont témoigné de ces évolutions des délais.

« Si on fait une moyenne c'est 10 mois. J'ai l'impression que ça a pas évolué dans le bon sens, il y a 9 ans le délai c'était pas ça, c'était 2 mois, 3 mois »

« Au niveau de la file active en 1989 elle était à 189 par an, et on est à 1040...sur les 30 ans »

« il y a une époque on arrivait à prendre dans les 6 mois, 9 mois, là on est dans les 18 mois d'attente. »

Les raisons des augmentations constatées des délais d'attente dans les CMP sont multiples. Au-delà des particularités locales, les professionnels des CMP rencontrés relèvent principalement l'accroissement des demandes de la population, dans un contexte de stagnation ou d'augmentation plus faible des moyens en personnel, des difficultés à pourvoir certains postes (médicaux mais pas uniquement), une évolution des profils des demandeurs, et des modalités de travail des soignants.

2.1. L'augmentation des demandes de soins de la population

L'augmentation des demandes de soins de la population envers les CMP est causée par :

- la poursuite du virage ambulatoire : des patients auparavant hospitalisés, ou en établissement médicosocial, sont plus souvent à domicile en programme de soins.
- des situations de crise pour lesquelles des prises en charge rapides sont sollicitées auprès des CMP (hors situations de danger vital) : idées suicidaires, agressions, viols, accidents traumatisants. Les CMP sont d'ailleurs parfois perçus par la population comme des lieux d'accueil en urgence.
- la moindre capacité à maintenir longtemps des usagers en situation de crise en hospitalisation. Certains profils font des aller-retour, ne trouvant pas de place adaptée durable dans un environnement suffisamment contenant.

« entre tous les patients qui sont en programme de soins, pour lesquels il faut refaire des certificats mensuels, y a tout un côté administratif très lourd, donc une fois que tous ces patients sortis d'hospitalisation en programme de soin, qui ont des obligations, de venir faire leur injection, de venir faire les certificats médicaux, sur des temporalités très réglées, très réglementées, du coup y a peu de places pour les autres patients... »

« A l'heure actuelle on est beaucoup pris par les urgences, TS, abus sexuels...on a tellement de demandes en rapport avec ça, que les autres prises en charge sont laissées de côté. »

« On devient aussi un peu cellule de crise...quand y a eu les inondations c'était à nous de faire quelque chose... »

« en fait ils ne sont pas suffisamment stabilisés pour être à l'extérieur. C'est quand même ça. Quand le médecin est en intra, on lui demande de trouver des lits des lits des lits, donc il faut sortir des gens... »
- Ils font le circuit, c'est souvent les mêmes qui reviennent, ils passent au (nom de l'accueil des urgences psychiatriques) ils les font hospitaliser, ils les font sortir trop vite, tu les retrouves...
- On a des durées d'hospitalisation très courtes pour des personnes très délirantes, il y a un traitement qui est mis en place et en 5 jours ils sont sortis alors qu'avant c'était des hospitalisations de plusieurs semaines... »

- la moindre stigmatisation de la psychiatrie et des problématiques de santé mentale. Consulter un psychiatre ou un psychologue n'est plus systématiquement associé à la folie, ou la pathologie mentale importante, mais reste d'un accès gratuit au sein des CMP. En cohérence avec cette évolution, le champ d'intervention des CMP s'est étendu.

« Maintenant c'est plus rentré dans les mœurs d'aller consulter, moins « fous » avant les personnes, ah non je vais pas aller voir un psychiatre je suis pas folle. »
- l'élargissement du champ d'intervention des CMP. Certaines problématiques sociales, éducatives, économiques, des événements de vie (rupture, décès), ne relèvent pas à l'origine de la psychiatrie, mais elles affectent la santé mentale des personnes, qui sollicitent désormais les CMP pour cela. Ces problématiques de souffrance psychique, plus transitoires, concernent une large part de la population à un moment ou un autre. La légitimité d'inclure toutes ces demandes peut d'ailleurs être sujet de questionnement au sein des CMP, dans un contexte où les professionnels peinent à répondre aux besoins dans des délais raisonnables. Cet élargissement des demandes au CMP s'effectue d'autant plus quand d'autres structures d'accompagnements font défaut.

« Tous les problèmes de dépression, de psychotraumas, arrivent en nombre. Les gens étaient par le passé dans la banalisation. Le problème est là. »

« on recevait avant vraiment les psychotiques, les schizophrènes, la pathologie de la santé mentale elle s'est développée, elle s'est aussi décomplexée... et voilà y a des gens qui perdent leur boulot, qui sont divorcés, qui sont en rupture...ils vont bien plus facilement vers un CMP pour déposer des choses »

« vous avez aussi beaucoup de problématiques psychosociales, des problématiques de séparation...de rupture, des difficultés scolaires qui n'ont pas forcément besoin d'être médicalisées... »

« Nous on a une population qui est assez en demande, depuis plusieurs années, on a une population qui est en souffrance et demande plus à avoir un temps de parole, un temps d'écoute, et donc notre file active a explosé, et on a énormément de patients. »
- les lacunes de l'accompagnement des autres professionnels extérieurs au CMP, en particulier sur certains territoires. Ces manques ayant des répercussions se situent autant dans le champ de la santé mentale au sens large, que dans le champ social, médicosocial, et éducatif (psychiatres libéraux, CMPP, CAMSP, psychologues libéraux, instituts médico-éducatifs -IME-, instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques -ITEP-, réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté -RASED-, psychomotriciens, orthophonistes...). C'est particulièrement sensible sur certains territoires de la région où nombre de partenaires semblent faire défaut dans l'environnement immédiat.

« Y a pas de pédopsychiatre en privé, faut aller sur Orléans ou Fontainebleau, y a rien. C'est une catastrophe, même chose en IME y a deux trois ans d'attente, donc y en a chez nous qui seraient mieux en IME, et ils embolissent chez nous...ça revient chez nous. Y a plus de médecin scolaire non plus (...)

-Le CMPP ils prennent plus personne, ils nous renvoient tout le monde. Ils ont plus de médecin »

-Et le CAMSP aussi...ils prennent plus, à partir de 4 ans...donc on a des plus petits...et puis ils ferment les vannes à écluser ce qu'ils ont en demande. »

« Il y a de moins en moins de médecins traitants et de psychiatres, et les CMP absorbent de plus en plus de situations...on a des files actives qui augmentent : 3 à 4 % par an »
- l'amélioration de la prévention et du repérage par les acteurs de premier niveau, notamment chez les enfants (enseignants, éducateurs de l'Aide sociale à l'enfance -ASE-, Protection maternelle et infantile -PMI-, professionnels libéraux, crèches et centres de loisirs...)

« C'est beaucoup mieux dépisté, on n'a plus ces grands autistes de 12 ans qu'étaient chez eux sans solution, qui arrivaient en soins sans avoir rien eu avant ...les CMPP passent plus le relais...les CAMSP »
- une orientation plus fréquente de certains partenaires, ayant identifié le CMP comme ressource pour leurs usagers. La connaissance par les partenaires des disponibilités au CMP affectent potentiellement le nombre d'orientations. Ainsi un CMP a vu le nombre de demandes reçues diminuer ou augmenter largement après des communications auprès de partenaires.

« à un moment pour informer les médecins de ville que nous n'avions plus de psychiatre, on leur avait envoyé un courrier . Et là y a deux mois on a refait un courrier pour leur dire qu'on ouvrait à nouveau les consultations...parce que nos psychos avaient de la place...et là on s'est rendu compte qu'on avait ouvert la boîte de Pandore...et là le prochain rendez-vous pour les infirmiers pour le premier entretien c'est repassé à un mois et demi, c'était 8-10 jours. »

2.2. Des moyens en personnel qui n'ont pas entièrement suivi l'évolution des demandes

Les moyens financiers perçus comme déconnectés des besoins ou débloqués tardivement

Sans changer les organisations et les pratiques de soins, les moyens en personnel des CMP n'ont pas augmenté dans des proportions suffisantes pour amortir l'accroissement des demandes. Certains CMP ont déploré des effectifs non réévalués depuis des années ; d'autres ont le sentiment que l'augmentation des dotations ne s'est pas faite équitablement avec les autres services dans les hôpitaux généraux, et enfin certains voient persister un décalage entre les besoins de la population et les moyens attribués aux CMP, et un manque de réactivité dans les ajustements nécessaires.

« Le Ministère donne à l'ARS et l'ARS redistribue ça à l'hôpital, l'hôpital est censé redistribuer cet argent à la psychiatrie, (...) Le montant je ne l'ai pas, c'est nébuleux...c'est comme ça que ça se passe. »

« La DAF sert souvent à autre chose que la psy...elle va souvent renforcer tel ou tel secteur stratégique de l'établissement. »

Les difficultés de recrutement

La plupart des CMP visités ont eu à gérer des postes vacants, de façon récurrente. Les difficultés de recrutement ont concerné en premier lieu les psychiatres, et cela reste d'actualité dans tous les territoires de la région. Ces difficultés sont en partie la conséquence de la faible démographie médicale des psychiatres, des départs en retraite, qui s'observent aussi d'ailleurs en secteur libéral. Les CMP peinent à attirer aussi du fait d'une moindre attractivité des salaires du milieu hospitalier, et ce pour toutes les professions au sein des CMP (psychiatres, orthophonistes, etc.).

Les manques d'effectifs se sont trouvés plus ou moins importants selon les CMP, ce qui a eu des conséquences proportionnées sur les délais d'attente et de prise en charge. Les conséquences ont été différentes selon les organisations et la place des psychiatres au sein de celles-ci. Lorsque toutes les premières demandes sont vues en rendez-vous par un médecin, les effectifs manquants impactent logiquement les délais pour un premier rendez-vous. Concernant les psychologues, et les personnels paramédicaux, les CMP ont rencontré moins de difficultés à recruter, à part sur certains territoires globalement déficitaires sur tous les professionnels de santé.

2.3. Les modalités de travail qui limitent les temps de consultation des soignants

Si le temps médical disponible a été réduit, au moins en proportion par rapport aux demandes, il est aussi utilisé de façon différente que par le passé. Les configurations, organisations très différentes des CMP n'impliquent certes pas les médecins sur les mêmes activités. Nombre de CMP ont adapté leur fonctionnement pour optimiser le temps médical sur des tâches non déléguables à d'autres professionnels. Malgré cela, plusieurs tendances se dessinent dans la plupart des structures rencontrées :

- les jeunes psychiatres recrutés n'apportent pas aussi souvent que les anciens un temps de présence très extensif.

« des psychiatres jeunes qui ont des enfants, et qui ont des exigences familiales, qui étaient moins présentes sur les anciennes générations... donc ils veulent être rentrés à 5h pour aller chercher les enfants à l'école, ce qui était peut-être moins le cas avant. »

- avec le déploiement d'antennes des CMP, les effectifs médicaux (et cadres) sont généralement mutualisés sur plusieurs lieux, et les temps de transport réduisent leur disponibilité.

- Les demandes de prise en charge, de soins, s'orientent aussi plus souvent vers des consultations individuelles que des prises en charge de groupe, ce qui impacte le temps des soignants par patient.

« Oui, on accueillait beaucoup sur du temps groupal, et de plus en plus les familles sont demandeurs de prise en charge individuelle, et ça c'est très chronophage. Et même s'ils sont pas demandeurs, de plus en plus les nouveaux médecins orientent sur des prises en charge individuelles... »

- avec l'augmentation des situations complexes en ambulatoire, les besoins en temps d'échange et de coordination avec les partenaires sont plus importants, les partenariats sont généralement nombreux dans le secteur infanto-juvénile depuis longtemps (service justice, AEMO, ASE, ESMS, CAMSP, CMPP, MDPH, l'éducation nationale lors de la rédaction des PAI...), ils se développent désormais aussi beaucoup plus dans le secteur adulte. Tous ces partenaires sont susceptibles de demander des informations sur les prises en charge, la communication du dossier médical, des courriers... ou des temps d'échange.

« On a aussi de plus en plus affaire aux situations « complexes », avec des gens qui ont souvent un long parcours de psychiatrie en intra, qui sont du coup dehors, et plusieurs partenaires sociaux doivent gérer pour le logement, l'alimentation, les soins... »

« Ils arrivent dans des situations complexes. Et on ne peut pas les prendre en charge tout seuls, donc il faut des réunions avec des partenaires »

« Les autorités institutionnelles ont une vision restrictive de notre temps de travail. Qui est soit un planning avec les différents groupes, soit un agenda d'un soignant avec ces temps de consultation et de prise en charge de groupe, mais on ne voit pas tous les temps de coordination, de réunion. (...) Ces temps sont peu valorisés. Dans cette notion de virage ambulatoire, quand on est hospitalisé on a tous les professionnels à disposition, en ambulatoire...c'est tous ces temps qui ne sont pas valorisés. »

3. Aperçu général des délais d'attentes en région Centre-Val de Loire

Des délais comparables à d'autres régions

Les délais d'attente ici mesurés et estimés sont globalement concordants avec ceux que l'on peut relever dans d'autres régions d'observation et études relativement récentes. Ainsi, le délai moyen en région Centre-Val de Loire pour un premier rendez-vous est estimé à 20,9 jours en psychiatrie générale et 72,8 jours en psychiatrie infanto-juvénile. Selon une enquête menée en Rhône Alpes en 2014, le délai moyen (hors urgence) pour un premier rendez-vous était de 21 jours en psychiatrie générale et 116 jours en psychiatrie infanto-juvénile). Etant donné les méthodologies différentes employées pour mesurer ces délais, les délais ne peuvent être comparés strictement, mais il existe des similitudes claires dans les ordres de grandeur, et dans le constat des variations des délais selon les territoires et situations des demandeurs qui seront développés ci-après.

Au niveau national, l'étude de la Drees est désormais un peu trop ancienne (2008), pour pouvoir en comparer les résultats, étant donné les évolutions très importantes décrites par les professionnels rencontrés à cette échelle de temps.

Différences entre secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles et de psychiatrie adultes

Pour une lecture d'ensemble des résultats, nous regroupons ci-dessous les délais moyens par département dans les secteurs enfants et adultes. Il existe un déséquilibre global dans les délais d'attente entre les secteurs enfants et adultes, en défaveur des enfants, et cela alors que la précocité de la prise en charge y est souvent très importante. Ces différences sont valables pour un rendez-vous d'évaluation, de prise en charge, et pour accéder à un psychiatre (ou pédopsychiatre). Le tableau ci-dessous montre ainsi que les délais d'accès aux soins pour les enfants sont globalement supérieurs à ceux pour les adultes, et cela dans la quasi-totalité des départements, excepté l'Eure-et-Loir.

Département	RDV d'évaluation		1 ^{er} RDV de prise en charge		1 ^{er} RDV psychiatre	
	Délai moyen mesuré enfants	Délai moyen mesuré adultes	Délai moyen mesuré enfants	Délai moyen mesuré adultes	Délai moyen mesuré enfants	Délai moyen mesuré adultes
Cher (18)	49,5 j.	13,3 j.	100,1 j.	32,0 j.	75,6 j.	67,0 j.
Eure-et-Loir (28)	33,5 j.	61,3 j.	76,2 j.	*	87,7 j.	59,7 j.
Indre (36)	136,0 j.	77,2 j.	172,2 j.	*	-	84,4 j.
Indre-et-Loire (37)	159,2 j.	27,2 j.	193,4 j.	47,3 j.	210,3 j.	64,8 j.
Loir-et-Cher (41)	28,1 j.	17,2 j.	76,0 j.	53,9 j.	52,6 j.	*
Loiret (45)	53,1 j.	14,1 j.	56,4 j.	29,9 j.	45,2 j.	47,5 j.
Région	72,8 j.	23,8 j.	92,8 j.	34,5 j.	92,2 j.	63,6 j.

* : différentiel des effectifs trop important pour l'on puisse afficher des délais moyens

Ce déséquilibre est ancien, il résulte probablement à la fois des moyens financiers insuffisants⁹, et d'évolutions et difficultés propres à la pédopsychiatrie : amélioration des dépistages et l'augmentation des demandes d'avis pour les enfants, difficulté d'exercice en pédopsychiatrie attire peu les nouveaux diplômés...¹⁰

S'il est possible de comparer les délais entre enfants et adultes au niveau des départements, cela n'est plus possible au niveau des secteurs, qui constituent les subdivisions des départements. En effet, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte diffèrent largement. Ils ne correspondent pas aux mêmes découpages géographiques, et les structures de CMP sont généralement totalement indépendantes.

Etant donné ces décalages entre territoires, et les fortes variations de situations en termes de délais entre les secteurs IJ et adultes, nous détaillerons dans ce rapport d'abord l'ensemble des délais d'attente en secteur adulte jusqu'au niveau le plus fin, puis ceux en secteur IJ de la même façon, et cela de façon indépendante.

⁹ Solidarité Santé. Etudes statistiques, n°5, 1988 – septembre-Octobre. Service des statistiques des études et des systèmes d'information du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale

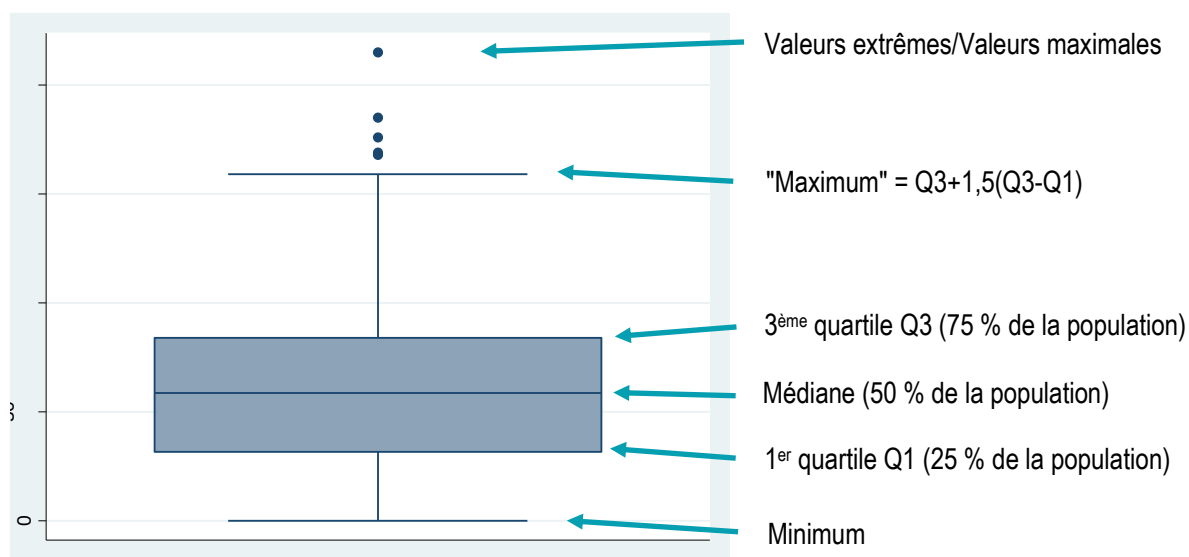
¹⁰ Ces difficultés sont développés dans plusieurs rapports, celui du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs d'avril 2017, Bien-être et santé des jeunes, Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, de novembre 2016 ou encore le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade, d'octobre 2016.

4. Mesure et estimation des délais d'attente en CMP adulte

4.1. Niveau régional

Pour résumer les variables "délais" de manière simple et visuelle, des graphiques ont été réalisés pour identifier les valeurs extrêmes et pour comprendre la répartition des observations, puisqu'y sont représentés :

- Le minimum ;
- Le 1^{er} quartile, correspondant à 25 % de population ;
- La médiane, 50 % de la population ;
- Le 3^e quartile, 75 % de la population ;
- Une valeur se rapprochant du maximum ;
- Les valeurs extrêmes/maximales représentées en point au-dessus de la boîte.



Délais mesurés et estimés pour les rendez-vous d'évaluation

Sur l'ensemble de la région, 33 CMP Adultes ont rempli les tableaux de bord. Sur ces 33 CMP, 3 n'ont pas indiqué les nouvelles demandes entre le 18 et le 29 mars mais les 1ers rendez-vous d'évaluation dans cette période. Nous n'avons pas pu prendre en compte les réponses de ces 3 CMP.

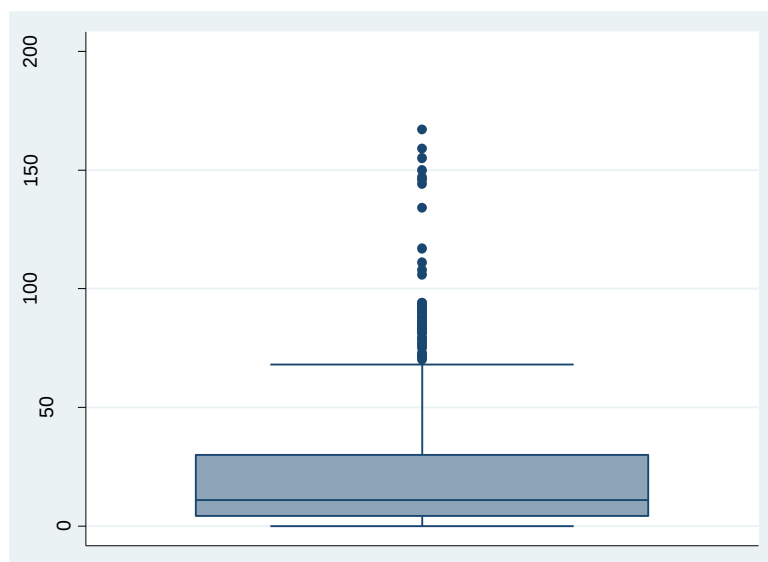
Sur 30 CMP, il y a eu 527 nouvelles demandes du 18 au 29 mars.

Sur ces 527 demandes, 75 n'ont pas eu de date de fixée pour le rendez-vous d'évaluation. Sur ces 75 demandes, 54 ont été arrêtées après le 1^{er} contact et les 21 demandes restantes sont en attente d'un rendez-vous en septembre 2019.

Au niveau régional, le délai moyen mesuré entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation est de 23,8 jours (N=452 demandes). Un quart des personnes a eu un rendez-vous d'évaluation dans les 4 jours suivant la prise de contact, la moitié dans les 11 jours et les ¾ dans les 30 jours. Quelques-

uns se sont vus proposer un rendez-vous au-delà d'un mois et demi, et cela jusqu'à un délai maximum d'environ 5 mois (167 jours).

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation dans les CMP adultes (en nombre de jours)



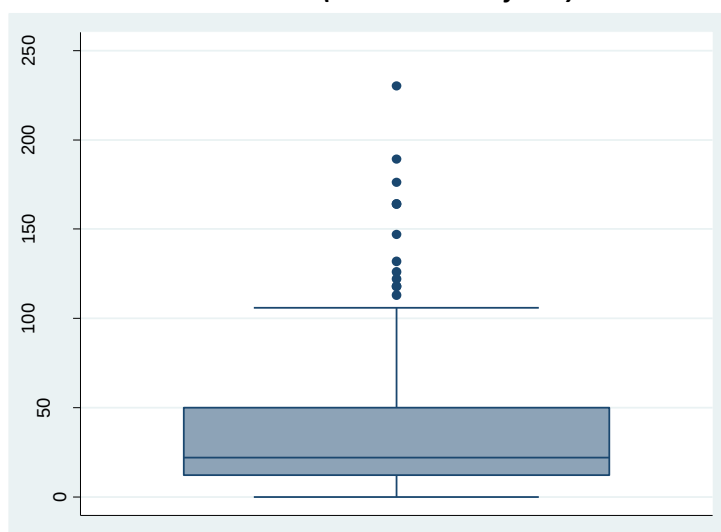
Pour corriger les données manquantes pour les rendez-vous d'évaluation en attente, étant donné que la 2^e phase de recueil se situait à 6 mois, nous avons estimé ces données manquantes à un délai de 6 mois. Sur l'ensemble des CMP (N=473 demandes), si le délai moyen estimé entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation est d'1 mois (30,9 jours), un quart des adultes s'est vu proposé un rendez-vous en moins de 5 jours, un autre quart des adultes a obtenu son rendez-vous au-delà d'un mois. Et certains n'ont obtenu leur rendez-vous qu'à environ 6 mois.

Des différences sont tout aussi importantes si l'on considère les délais pour débiter une prise en charge, ou obtenir une consultation avec un psychiatre.

Délais mesurés pour les rendez-vous de prise en charge

Le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge est de 34,5 jours (N=267 demandes). La moitié des usagers ont obtenu un premier rendez-vous de prise en charge dans les 22 jours suivi la prise de contact et un quart en ont eu un au-delà de 50 jours. Le délai maximum de prise en charge est d'environ 8 mois (230 jours).

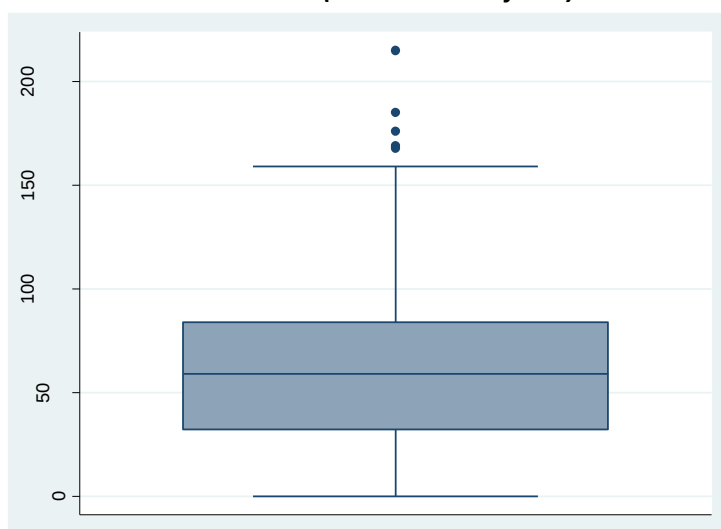
Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge dans les CMP adultes (en nombre de jours)



Délais mesurés pour les rendez-vous de psychiatre

Concernant le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre, le délai moyen mesuré est de 63,6 jours (N=165 demandes). Un quart des personnes a eu un rendez-vous avec un psychiatre dans le mois suivant la prise de contact et un quart s'en est vu proposé un au-delà de 3 mois. Le délai maximum mesuré est de 215 jours, soit environ 7 mois.

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre dans les CMP adultes (en nombre de jours)

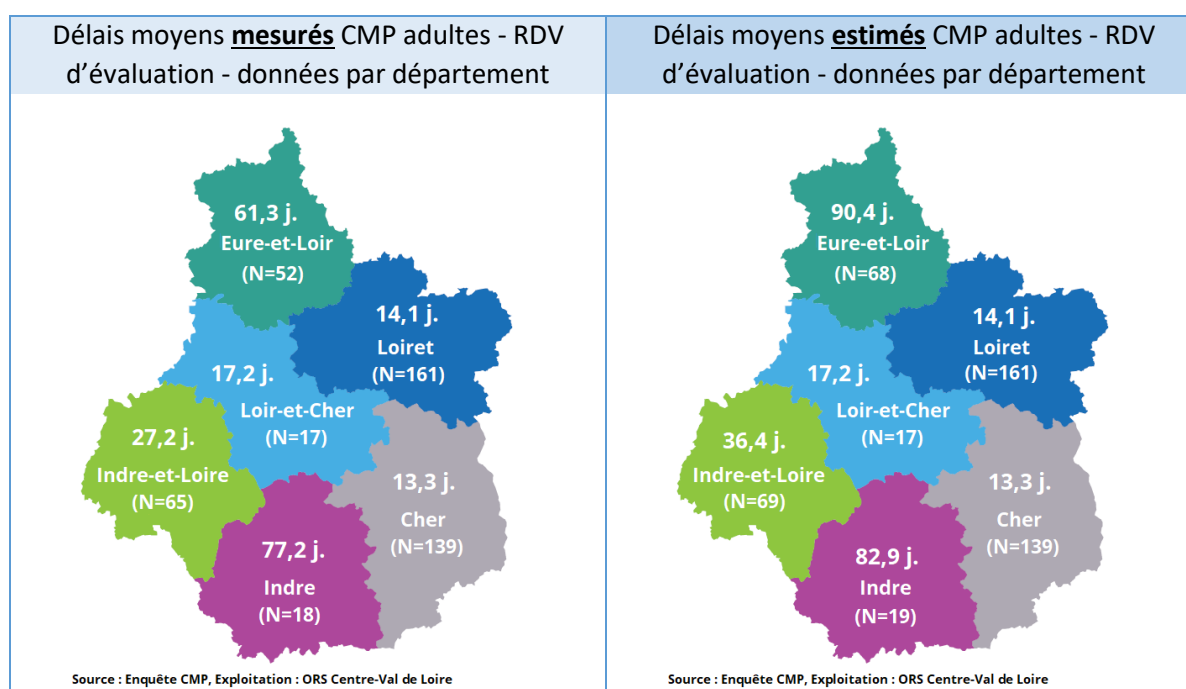


4.2. Niveau départemental

Délais pour un rendez-vous d'évaluation

Département	RDV d'évaluation							
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen <u>mesuré</u>	Délai maximum	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen <u>estimé</u>	Délai maximum
Cher (18)	139	0 j.	13,3 j.	90 j.	139	0 j.	13,3 j.	90 j.
Eure-et-Loir (28)	52	0 j.	61,3 j.	167 j.	68	0 j.	90,4 j.	185 j.
Indre (36)	18	3 j.	77,2 j.	159 j.	19	3 j.	82,9 j.	185 j.
Indre-et-Loire (37)	65	0 j.	27,2 j.	88 j.	69	0 j.	36,4 j.	185 j.
Loir-et-Cher (41)	17	3 j.	17,2 j.	35 j.	17	3 j.	17,2 j.	35 j.
Loiret (45)	161	0 j.	14,1 j.	111 j.	161	0 j.	14,1 j.	111 j.
Région	452	0 j.	23,8 j.	167 j.	473	0 j.	30,9 j.	185 j.

Chez les adultes, les délais pour un rendez-vous d'évaluation sont variables d'un département à l'autre, ainsi le délai moyen mesuré est seulement d'environ deux semaines dans le Cher, le Loiret, et le Loir-et-Cher, mais d'environ 1 mois dans l'Indre-et-Loire, et plus de deux mois dans l'Eure-et-Loir et l'Indre. Ces différences persistent si l'on considère les délais estimés¹¹ (et s'accroissent même, avec un délai pour l'Eure-et-Loir passant à environ 3 mois)



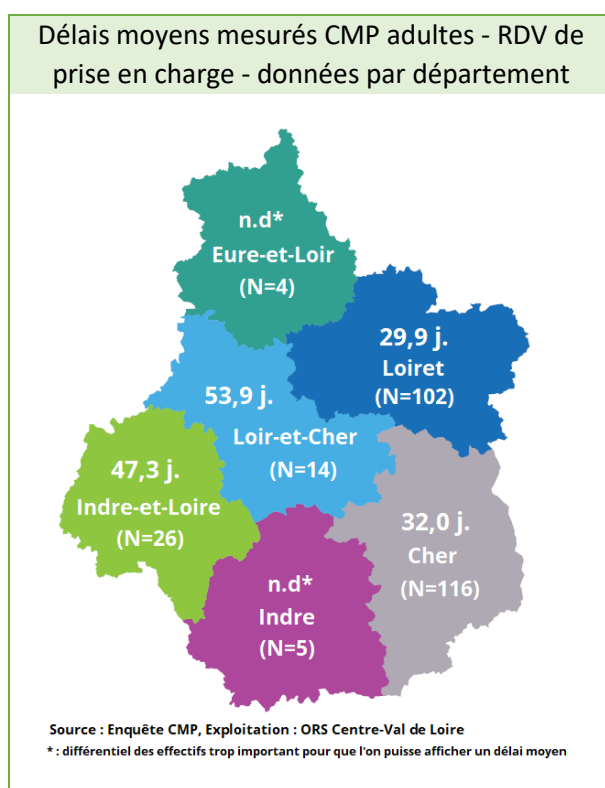
¹¹ Pour rappel, pour corriger les données manquantes pour les rendez-vous d'évaluation en attente, étant donné que la 2^e phase de recueil se situait à 6 mois, nous avons estimé ces données manquantes à un délai de 6 mois.

Délais pour un rendez-vous de prise en charge

Département	RDV de prise en charge			
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen mesuré	Délai maximum
Cher (18)	116	0 j.	32,0 j.	230 j.
Eure-et-Loir (28)	4*	20 j.	-	73 j.
Indre (36)	5*	3 j.	-	147 j.
Indre-et-Loire (37)	26	0 j.	47,3 j.	176 j.
Loir-et-Cher (41)	14	15 j.	53,9 j.	132 j.
Loiret (45)	102	3 j.	29,9 j.	118 j.
Région	267	0 j.	34,5 j.	230 j.

* : différentiel trop important pour que l'on puisse afficher des délais moyens

Le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge varie également d'un département à un autre : un mois dans le Loiret et le Cher, 7 à 8 semaines en Indre-et-Loire, et dans le Loir-et-Cher. A noter que pour certains départements, ce délai ne pouvait pas être indiqué par rapport à un différentiel des effectifs trop important.



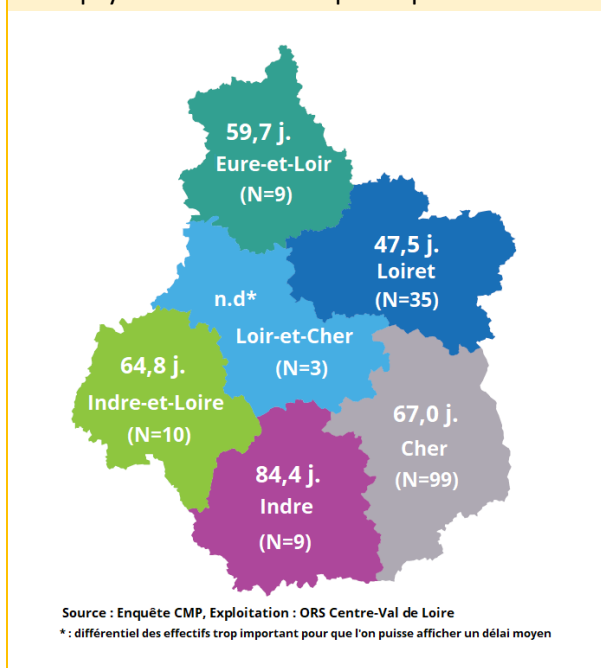
Délais pour un rendez-vous psychiatre

Département	RDV psychiatre			
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen mesuré	Délai maximum
Cher (18)	99	0 j.	67,0 j.	215 j.
Eure-et-Loir (28)	9	31 j.	59,7 j.	92 j.
Indre (36)	9	20j.	84,4 j.	169 j.
Indre-et-Loire (37)	10	23 j.	64,8 j.	176 j.
Loir-et-Cher (41)	3*	64 j.	-	103 j.
Loiret (45)	35	3 j.	47,5 j.	134 j.
Région	165	0 j.	63,6 j.	215 j.

* : différentiel trop important pour que l'on puisse afficher des délais moyens

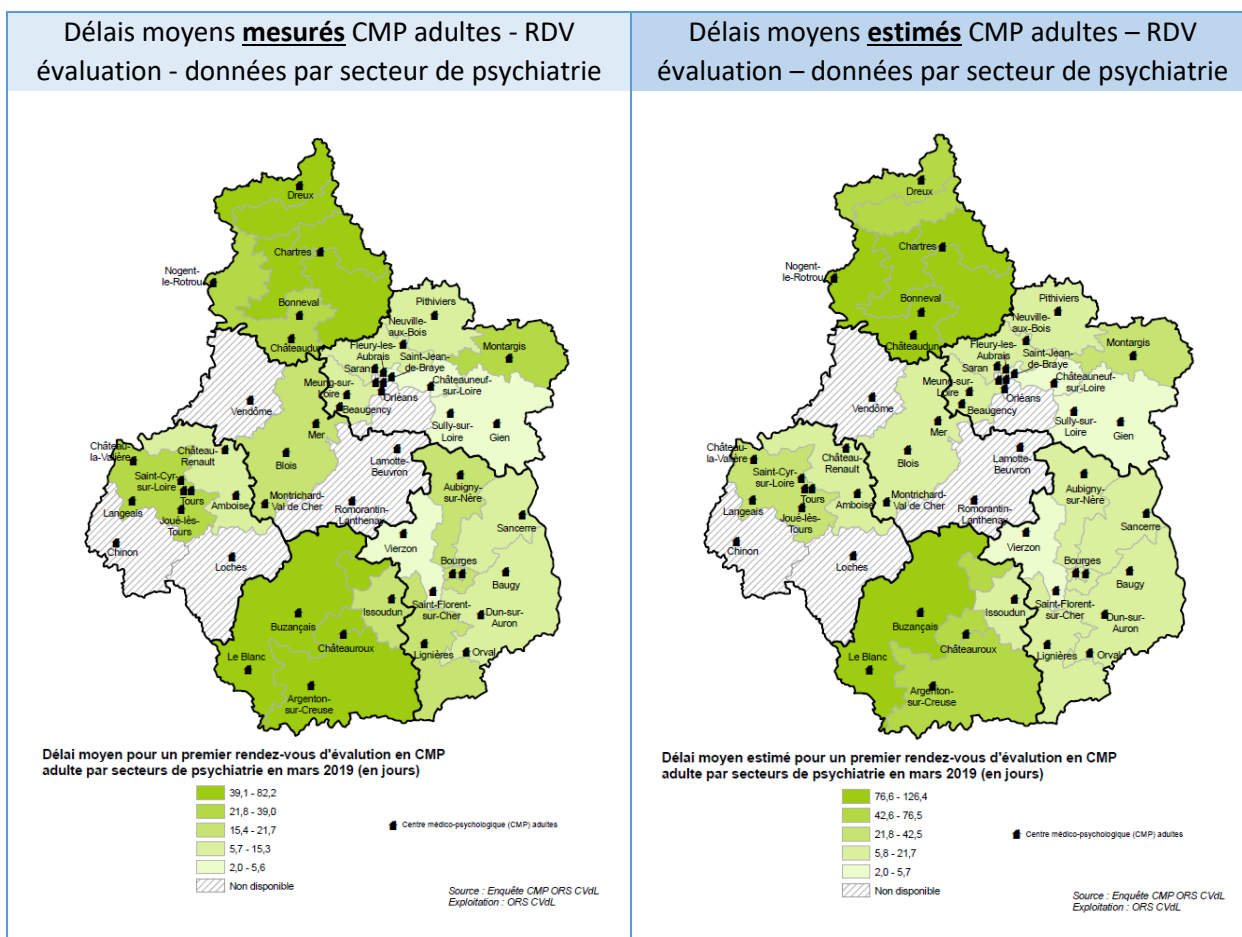
Le délai moyen mesuré entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre varie d'un département à un autre. Il passe de 1 mois et demi dans le Loiret à environ 3 mois dans l'Indre. A noter que pour certains départements, ce délai ne pouvait pas être indiqué par rapport à un différentiel des effectifs trop important.

Délais moyens mesurés CMP adultes - RDV psychiatre - données par département



4.3. Niveau des secteurs de psychiatrie

Au sein de chaque département, les secteurs de psychiatrie présentent des situations contrastées, dans les délais mesurés et estimés. Les différences observées entre départements sont donc en grande partie le fait de différences entre secteurs. Dans les départements où des délais sont importants, certains secteurs présentent des situations plus favorables, et inversement.



Si les délais au sein d'un secteur sont plus homogènes, il existe néanmoins là aussi des variations des délais. En effet, malgré des organisations souvent proches, du fait d'un même hôpital de rattachement, on observe des différences dans les nombres de demandes sur certains bassins de population, et les moyens humains disponibles sur les CMP (postes non pourvus, personnels mutualisés mais pas affectés en correspondance exacte avec les besoins sur les territoires ...).

« Dans les CMP relais c'est variable parce qu'on ne peut pas déployer les mêmes effectifs, autant d'effectifs, alors quelquefois on peut le faire, par exemple bien sur le secteur de (ville), un peu moins sur le secteur de (ville)... »

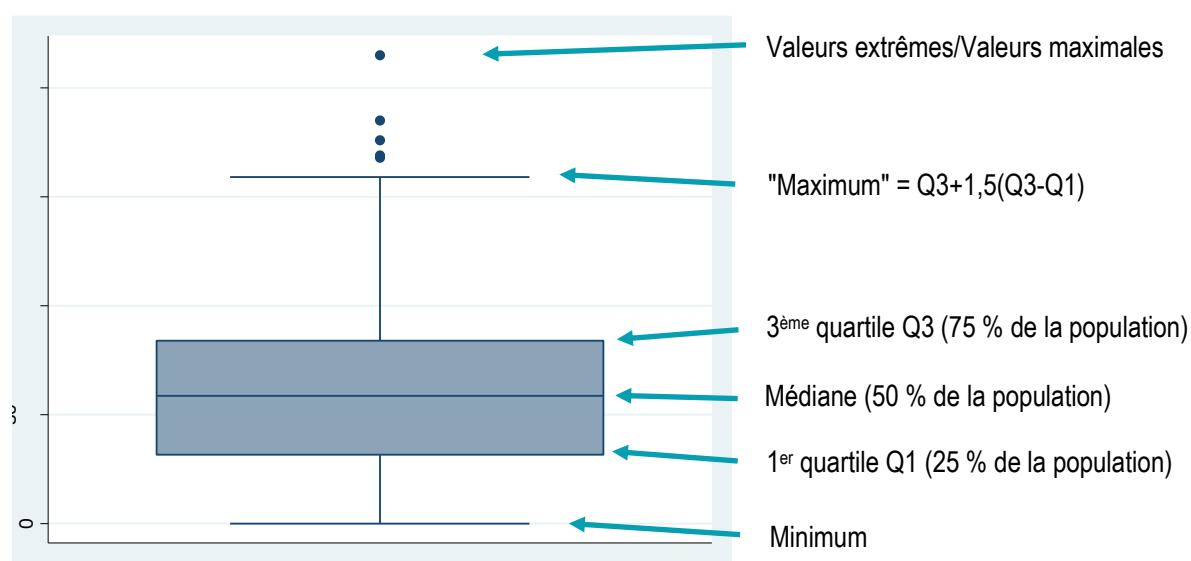
« ça dépend des organisations médicales. Quelques fois ils sont plus ancrés sur le CMP pivot ils se déplacent ponctuellement sur les CMP...quelques fois ils sont en poste sur les CMP relais. (...) Pour nous le délai a augmenté de 3 à 4 mois...quand on est passé de 3 médecins à 2 »

« on se rend compte que y a des CMP où ça monte [la demande] et où on n'a pas forcément augmenté le nombre de soignants, aussi par des difficultés au niveau des locaux... »

5. Mesure et estimation des délais en CMP infanto-juvéniles

Pour résumer les variables "délais" de manière simple et visuelle, des graphiques ont été réalisés pour identifier les valeurs extrêmes et pour comprendre la répartition des observations, puisqu'y sont représentés :

- Le minimum ;
- Le 1^{er} quartile, correspondant à 25 % de population ;
- La médiane, 50 % de la population ;
- Le 3^e quartile, 75 % de la population ;
- Une valeur se rapprochant du maximum ;
- Les valeurs extrêmes/maximales représentées en point au-dessus de la boîte.



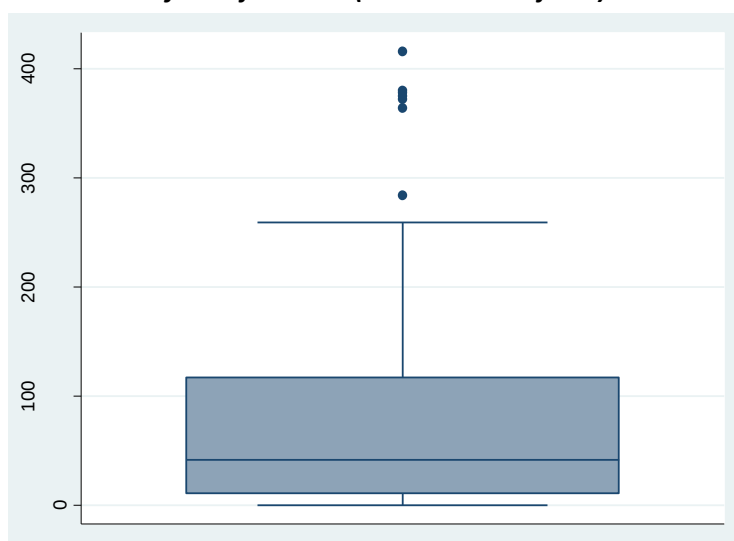
5.1. Niveau régional

Délais pour un rendez-vous d'évaluation – secteur infanto-juvénile

31 CMP infanto-juvéniles ont rempli les tableaux de bord. Sur 31 CMP, il y a eu 413 nouvelles demandes du 18 au 29 mars. Sur ces 413 demandes, 133 n'ont pas eu de date de fixée pour le rendez-vous d'évaluation dont 26 ont arrêté après le 1^{er} contact. Les 107 restantes étaient toujours en attente d'un rendez-vous en septembre 2019.

Au niveau régional, dans les CMP infanto-juvéniles, le délai moyen mesuré entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation est de 72,8 jours (N=280 demandes). Un quart des personnes a eu un rendez-vous d'évaluation dans les 10 jours suivant la prise de contact, la moitié dans les 42 jours (médiane de 41,5 jours). Le dernier quart ont eu un rendez-vous dans les 3 mois et demi suivant la prise de contact. Le délai maximum mesuré pour un 1^{er} rendez-vous d'évaluation est de 416 jours soit environ 14 mois.

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation dans les CMP infanto-juvéniles (en nombre de jours)



Pour corriger les données manquantes pour les rendez-vous d'évaluation, étant donné que la 2^e phase de recueil se situait à 6 mois, nous avons estimé ces données manquantes à un délai de 6 mois. Pour certains de ces délais, nous nous sommes également appuyés du questionnaire rempli par les CMP pour estimer un délai parfois plus important.

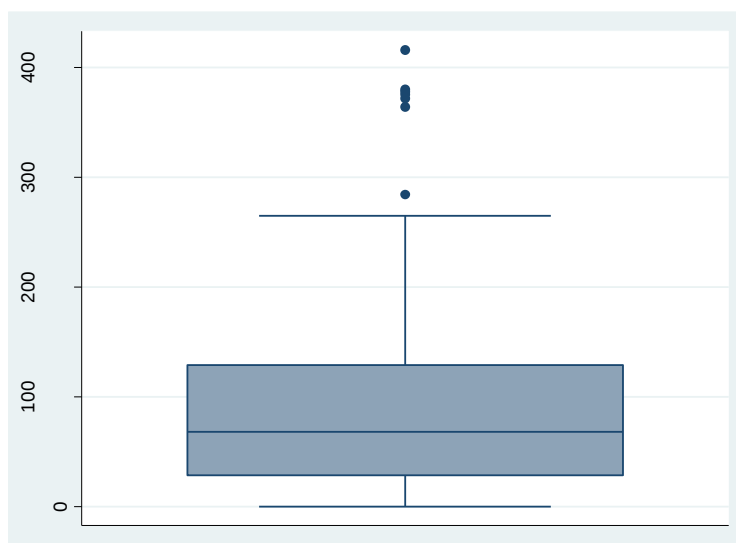
Au niveau régional, on observe donc à la fois la présence de courts délais, et des délais très importants pour une partie des demandeurs. Sur l'ensemble des CMP infanto-juvéniles (N=387 demandes), le délai moyen estimé entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation est de près de 4 mois. Mais un quart des enfants s'est vu proposer un rendez-vous avant 3 semaines, et un autre quart des enfants a obtenu son rendez-vous d'évaluation au-delà de 6 mois. Certains enfants ont même attendu plus d'un an ce premier rendez-vous d'évaluation.

Des différences sont tout aussi importantes si l'on considère les délais pour débiter une prise en charge, ou obtenir une consultation avec un psychiatre.

Délais pour un 1^{er} rendez-vous de prise en charge— secteur infanto-juvénile

Le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge est de 92,8 jours (N=161 demandes). La moitié des usagers ont obtenu un premier rendez-vous de prise en charge dans les 2 mois suivant la prise de contact et un quart en ont eu un au-delà de 4 mois. Le délai maximum de prise en charge est d'environ 14 mois (416 jours).

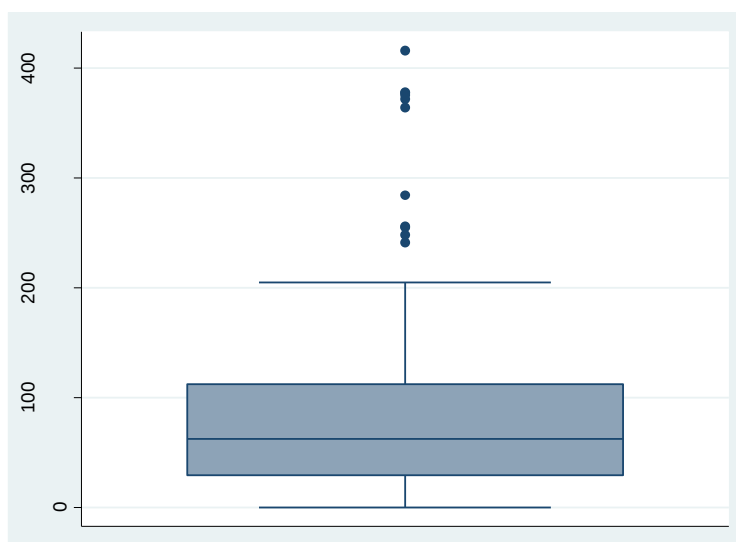
Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge dans les CMP infanto-juvéniles (en nombre de jours)



Délais pour un 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre – secteur infanto-juvénile

Concernant le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre (N=106 demandes), le délai moyen mesuré est d'environ 3 mois (92,2 jours). Un quart des personnes a eu un rendez-vous avec un psychiatre dans les 2 mois suivant la prise de contact et un quart s'en est vu proposé un au-delà de 3 mois et demi. Le délai maximum mesuré est d'environ 14 mois (416 jours).

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre dans les CMP infanto-juvéniles (en nombre de jours)

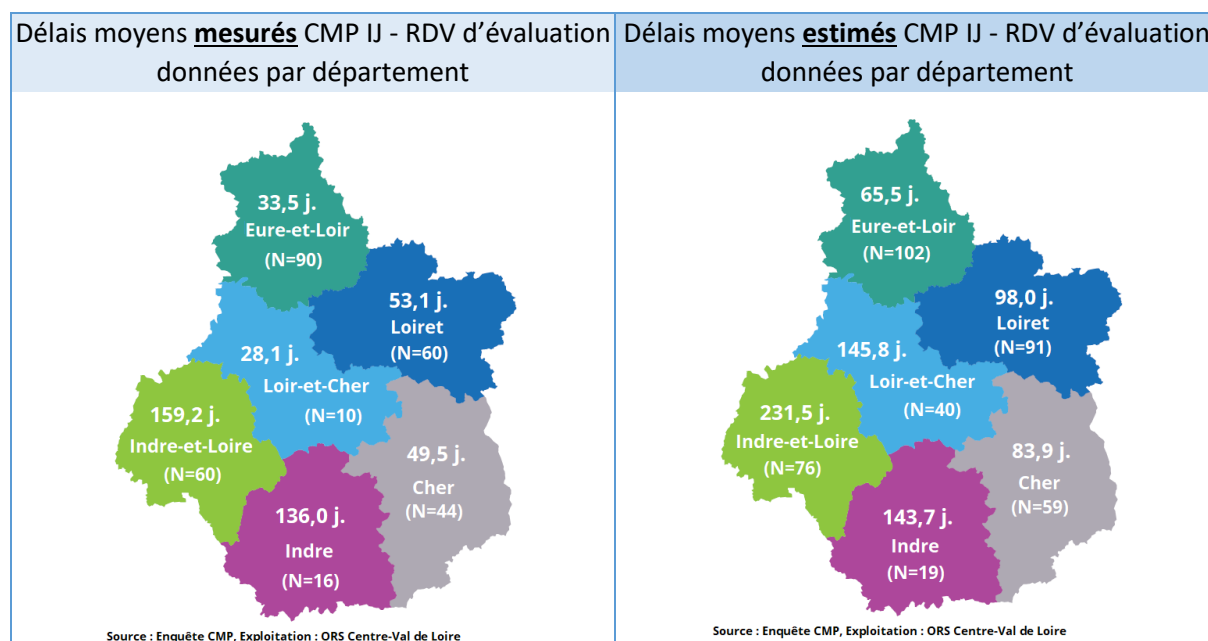


5.2. Niveau départemental

Rendez-vous d'évaluation

Département	RDV d'évaluation							
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen <u>mesuré</u>	Délai maximum	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen <u>estimé</u>	Délai maximum
Cher (18)	44	6 j.	49,5 j.	213 j.	59	6 j.	83,9 j.	213 j.
Eure-et-Loir (28)	90	0 j.	33,5 j.	173 j.	102	0 j.	65,5 j.	365 j.
Indre (36)	16	20 j.	136 j.	259 j.	19	20 j.	143,7 j.	259 j.
Indre-et-Loire (37)	60	8 j.	159,2 j.	416 j.	76	8 j.	231,5 j.	548 j.
Loir-et-Cher (41)	10	2 j.	28,1 j.	45 j.	40	2 j.	145,8 j.	185 j.
Loiret (45)	60	0 j.	53,1 j.	187 j.	91	0 j.	98,0 j.	187 j.
Région	280	0 j.	72,8 j.	416 j.	387	0 j.	120,7 j.	548 j.

Les délais pour un rendez-vous d'évaluation dans les CMP infanto-juvéniles sont très variables d'un département à l'autre. Ainsi le délai moyen mesuré est d'environ 1 mois dans l'Eure-et-Loir, et 1 mois et demi dans le Loiret et dans le Cher. Les autres départements de la région présentent des délais beaucoup plus importants : presque 5 mois dans l'Indre et un peu plus de 5 mois dans l'Indre-et-Loire. Ces délais sont d'autant plus importants lorsque les données manquantes sont estimées à au moins 6 mois¹², notamment dans le Loir-et-Cher et l'Indre-et-Loire où le délai moyen passe respectivement à environ 5 mois et environ 8 mois.

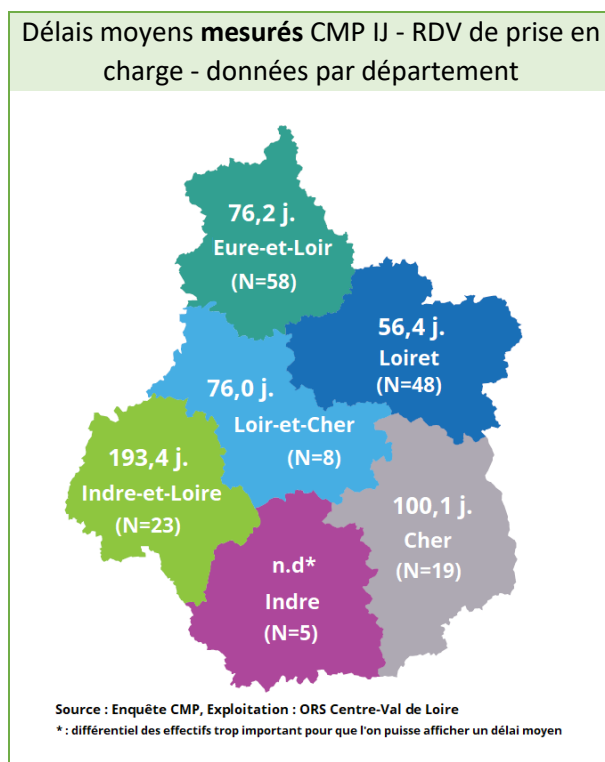


¹² Pour rappel, pour corriger les données manquantes pour les rendez-vous d'évaluation, étant donné que la 2^e phase de recueil se situait à 6 mois, nous avons estimé ces données manquantes à un délai de 6 mois. Pour certains de ces délais, nous nous sommes également appuyés du questionnaire rempli par les CMP pour estimer un délai parfois plus important.

Département	RDV de prise en charge			
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen mesuré	Délai maximum
Cher (18)	19	38 j.	100,1 j.	176 j.
Eure-et-Loir (28)	58	3 j.	76,2 j.	265 j.
Indre (36)	5*	165 j.	-	182 j.
Indre-et-Loire (37)	23	14 j.	193,4 j.	416 j.
Loir-et-Cher (41)	8	7 j.	76,0 j.	186 j.
Loiret (45)	48	0 j.	56,4 j.	179 j.
Région	161	0 j.	92,8 j.	416 j.

* : différentiel trop important pour que l'on puisse afficher des délais

Le délai moyen en CMP infanto-juvénile entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge varie également d'un département à un autre : 8 semaines dans le Loiret, environ 3 mois dans le Cher et plus de 6 mois en Indre-et-Loire. A noter que pour l'Indre, ce délai ne pouvait pas être indiqué par rapport à un différentiel des effectifs trop important.

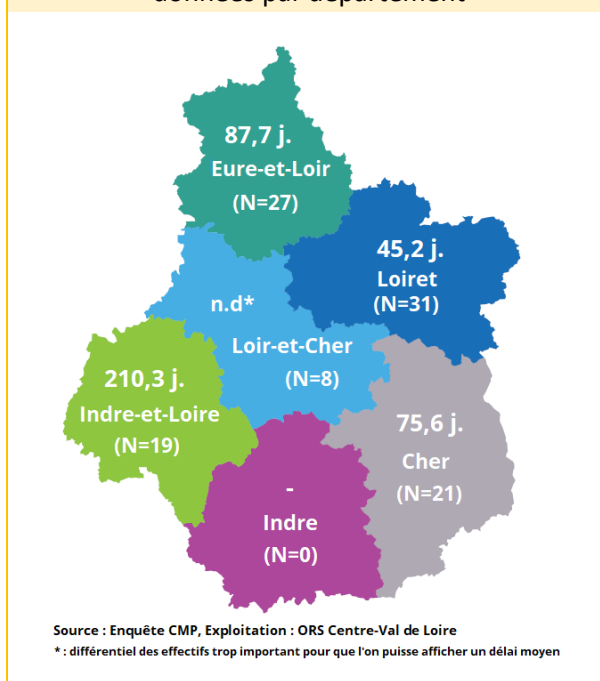


Département	RDV psychiatre			
	Nb de demandes	Délai minimum	Délai moyen mesuré	Délai maximum
Cher (18)	21	14 j.	75,6 j.	159 j.
Eure-et-Loir (28)	27	3 j.	87,7 j.	256 j.
Indre (36)	0	-	-	-
Indre-et-Loire (37)	19	14 j.	210,3 j.	416 j.
Loir-et-Cher (41)	8*	7 j.	-	186 j.
Loiret (45)	31	0 j.	45,2 j.	197 j.
Région	106	0 j.	92,2 j.	416 j.

* : différentiel trop important pour que l'on puisse afficher des délais

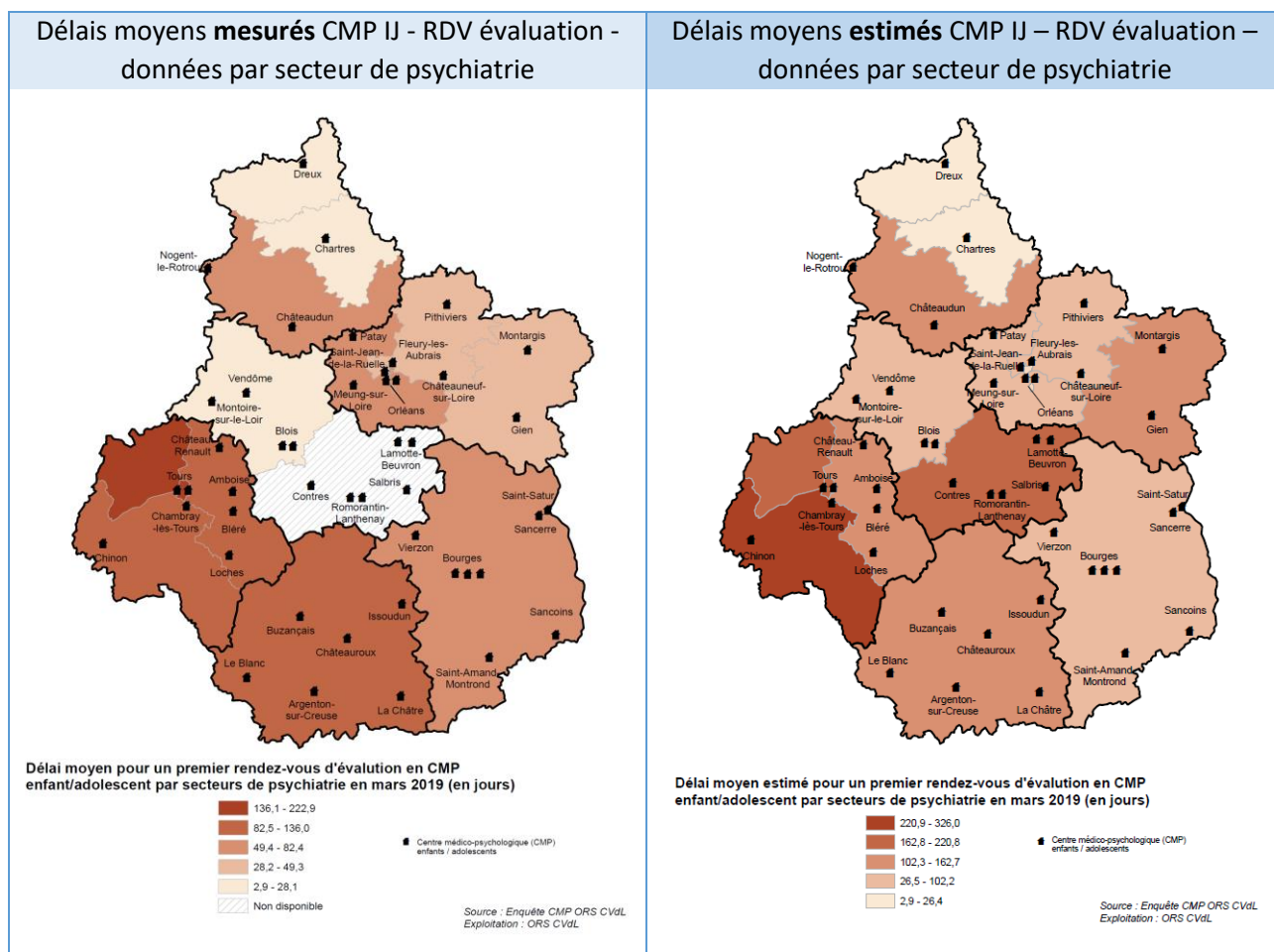
Dans les CMP infanto-juvéniles, le délai moyen mesuré entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre varie d'un département à un autre. Il passe de 1 mois et demi dans le Loiret à 7 mois dans l'Indre-et-Loire. A noter que pour certains départements, ce délai ne pouvait pas être indiqué par rapport à un différentiel des effectifs trop important ou à l'absence de données.

Délais moyens **mesurés** CMP IJ - RDV psychiatre - données par département



5.3. Niveau des secteurs de psychiatrie

Au sein de chaque département, les secteurs de psychiatrie présentent des situations contrastées, dans les délais mesurés et estimés. Les différences observées entre départements sont donc en grande partie le fait de différences entre secteurs. Dans les départements où des délais sont importants, certains secteurs présentent des situations plus favorables, et inversement.



Nous pouvons faire le même constat que pour les secteurs adultes. En effet, il existe également au sein de la plupart des secteurs des variations des délais. En effet, malgré des organisations proches, du fait d'un même hôpital de rattachement, on observe des différences dans les nombres de demandes sur certains bassins de population, et les moyens humains disponibles sur les CMP (postes non pourvus, personnels mutualisés mais pas affectés en correspondance exacte avec les besoins sur les territoires...).

Qu'il s'agisse des CMP des secteurs adultes ou infanto-juvéniles, les délais observés et estimés par les tableaux de bord sont cohérents¹³ avec les délais moyens déclarés dans les questionnaires – structure. Ils rejoignent également les observations données par les professionnels rencontrés en entretien. Même si certains professionnels ont indiqué lors des entretiens avoir rempli le tableau de bord dans une période peu représentative de leur activité sur l'année (en terme de nombre de demandes), les délais d'attente observés au bout des six mois sont quant à eux relativement représentatifs de la situation 2019. Quelques exceptions peuvent être relevées. Premièrement, dans les CMP où les effectifs de demandeurs ont été très réduits sur la quinzaine de mars 2019, les délais sont plus fortement liés aux situations individuelles particulières. Deuxièmement, lorsque les CMP ont réorganisé leurs services, leurs modalités d'accueil, de prise en charge au cours de cette année, les délais ont pu significativement changer depuis cette période.

¹³ Les questionnaires structures estiment assez justement les délais moyens, avec parfois une légère sous-estimation

6. Conséquences des délais d'attente dans les CMP de la région

Comme observé, les délais d'attente moyens (et maximum *a fortiori*) peuvent être importants sur certains CMP, à la fois au regard des recommandations, mais aussi du point de vue des patients demandeurs. Ces délais, que ce soit pour obtenir une évaluation, un premier rendez-vous, un rendez-vous avec tel ou tel professionnel spécialisé, une prise en charge régulière, une prise en charge de groupe... ont plusieurs conséquences potentielles négatives, pour les patients et les professionnels.

6.1. Pour les patients

L'absence aux rendez-vous et l'abandon des soins

L'absence aux rendez-vous est jugée assez fréquente en psychiatrie. Cela constitue une difficulté pour le patient lui-même, dont la prise en charge ne débute pas. Parce que les délais sont trop importants (mais aussi pour d'autres raisons), certains patients ou leur famille informés des délais renoncent à leur démarche de soins auprès du CMP et ne sollicitent pas ou plus de rendez-vous.

« on a un délai entre un an et demi et deux ans.(...) Dans ces demandes, il y en a à peu près la moitié, 40% qui ne rappellent même pas. Y a une bonne partie de perdus de vue, y en a certains qui rappellent en disant qu'ils ont pas besoin...y en a quand même qui rappellent, ça dépend des périodes...et des profils »

« on a eu jusqu'à un an d'attente, là on en est à 6-7 mois...il y a eu des prises en charge malheureusement où les personnes ne sont plus en demande, ils ont trop attendu »

« la difficulté c'est que justement on avait en ligne des gens pour des situations d'urgence, on ne pouvait les recevoir que 3 mois après donc soit l'urgence elle s'était tarie on les voyait pas ils ne venaient pas parce que autre filon, ou hospitalisé, ou ils ont été aux urgences »

Certains professionnels corrélaient étroitement l'absence au rendez-vous aux délais d'attente trop longs, d'autres observent peu de différences selon les délais obtenus par les patients. Il est ici difficile d'établir des constats univoques dans la mesure où chaque CMP propose des délais variables, et a ses pratiques propres en matière de rappel de rendez-vous. Ce qui ressort néanmoins est que dans l'intervalle entre la demande initiale et le rendez-vous d'évaluation, ou entre le rendez-vous d'évaluation et le début de prise en charge, les patients sollicitent d'autres professionnels et trouvent des solutions alternatives, mais ne préviennent pas toujours le CMP. C'est particulièrement le cas en psychiatrie infanto-juvénile où les délais les plus longs sont observés. Les familles maintiennent leur demande au CMP et effectuent en parallèle d'autres démarches pour accéder à des soins, et accéderont à ceux qui pourront être délivrés le plus rapidement possible.

« Il y a un certain nombre de personnes qui ne déposent pas de demande en effet...ça représente quand même 10 patients par mois, et puis y en a qui font la demande, et qui font la demande en parallèle au CMPP »

Les systèmes de rappel et de confirmation de rendez-vous limitent les absences, mais seulement partiellement. Ces absences aux rendez-vous, interruptions des prises en charge, affectent en premier lieu les patients concernés (dans la mesure où ils n'ont peut-être pas trouvé d'alternative et se sont seulement découragés), mais aussi les autres, puisque les temps de consultations sont perdus, ne pouvant être utilisés en dernière minute qu'exceptionnellement.

La dégradation des situations et la perte de chance des patients

Alors que les demandes de prise en charge des situations sont déjà trop tardives, l'ajout de délais pour intégrer un CMP occasionne trop souvent une dégradation des situations des personnes. Ainsi, les délais moyens des CMP sont inadaptés aux prises en charge rapides d'événements majeurs. L'attente de la prise en charge s'accompagne d'une perte de chances pour les patients (développement des troubles chez les enfants sans rééducation, plus grande difficulté à faire face à un événement traumatique etc.). S'il ne s'agit pas toujours d'une dégradation, il est courant d'observer *a minima* une évolution des situations qui modifie considérablement les besoins, et les attentes au long cours. Globalement, malgré une certaine modulation des délais qu'effectuent les CMP, les situations accompagnées sont plus graves car les prises en charge ne se sont pas faites précocement, et des complications ont pu se développer.

Une attente qui n'impacte pas forcément le déroulement consécutif des prises en charge

Si les conséquences des délais d'attente sont négatives sur les situations des patients en demande, la plupart des CMP rencontrés ont fait observer en revanche un maintien de la qualité des prises en charge une fois admis dans le service, avec un impact réduit des files d'attente sur l'espacement des suivis, la fréquence des rendez-vous. Une fois admis dans le service, à pathologie équivalente, l'existence de files d'attente ne change pas fondamentalement l'organisation des prises en charge, qui sont conçues en fonction des méthodes et approches cliniques des soignants exerçant au sein des CMP. Pour les mêmes raisons, la plupart des acteurs rencontrés n'ont pas mentionné d'évolution significative sur la sortie de prise en charge des patients, qui ne se font pas de façon plus précoce malgré les files actives de patients.

6.2. Pour les professionnels

Une problématique qui affecte les équipes

La problématique des délais d'attente affecte également les équipes des CMP, qui sont toutes conscientes des impacts pour les patients, en subissent aussi des conséquences. Les professionnels savent que ces délais sont pour nombre de situations bien trop longs au regard des attentes et besoins de la population. Il est avéré qu'en matière de santé mentale, l'efficacité du dépistage et du traitement dépend de sa précocité.

« quand vous avez quelqu'un qui attend plus de 2 ans ça n'a pas de sens. Ça n'a plus de sens. »

De plus, les équipes (les secrétariats en particulier mais pas uniquement) sont directement exposées aux plaintes des patients en attente, de leur entourage, et de leurs partenaires.

« les demandes augmentent Les familles sont sous pression aussi... parce que comme ils ont attendu un an, c'est maintenant il faut que ça aille vite la prise en charge derrière, donc y a une montée de l'agressivité des familles, des pressions des écoles, on est au carrefour de pas mal de sollicitations, que ce soit des écoles, des parents, des urgences, des lieux de soins, des médecins généralistes, on est vraiment sous pression, avec des équipes qui sont sous tension »

Les équipes des CMP constatent également par elles-mêmes les effets délétères de prises en charges tardives, souffrent de voir le contexte d'accueil dégradé, et de ne pas pouvoir répondre mieux aux patients, de ne pas pouvoir répondre à tous les fronts. C'est une perception particulièrement prégnante et quasiment unanime en pédopsychiatrie. Elle est associée à une insatisfaction des professionnels face au travail, un épuisement de certains qui cherchent à compenser les insuffisances de l'activité normale du CMP, et du découragement, pour d'autres.

« Il y a 9 ans, il y avait deux mois et demi de délai, et on trouvait que c'était beaucoup ! Je me disais quand même pour les parents qui attendent...oui. Ça me gêne mais je n'y peux rien. »

« Quand on dit aux gens vous allez attendre un an pour voir un psychologue, ou 3 ans pour une psychomot', c'est très compliqué à gérer (...) le délai d'attente est très compliqué par les familles »

« C'est terrible comment on peut laisser un enfant en souffrance attendre 8 mois ? »

Cette appréciation est un peu plus relative et circonscrite dans le secteur adulte, les délais y étant significativement plus faibles¹⁴. Dans le secteur infanto-juvénile, les écarts avec les recommandations de bonne pratique ou différents rapports sont parfois tels que l'évidence de la non-adaptation du dispositif aux besoins n'est même quasiment plus évoquée. La plupart des professionnels exposent seulement leurs tentatives pour réduire ces délais. La participation très importante des CMP à la présente étude, et l'intérêt manifesté pour ses résultats attestent aussi de la préoccupation importante des professionnels pour cette problématique des délais.

Des réorganisations des CMP déjà en cours depuis plusieurs années

De nombreux acteurs de la psychiatrie ont mis en place des innovations, en région Centre-Val de Loire comme ailleurs¹⁵. Même si cela n'a pas été systématique, les professionnels des CMP rencontrés en entretien avaient souvent mis en œuvre dans un passé récent (moins de 3 ans) une ou plusieurs réorganisations, changements de procédure d'admission notamment. Ces réorganisations, variées, couvraient plusieurs objectifs. Mais la réduction des délais apparaît la plupart du temps comme étant, sinon à l'origine de la réorganisation, du moins quasiment toujours prise en compte dans celle-ci. Après des périodes où les professionnels ont constaté une augmentation des délais d'attente dans leurs CMP, ceux-ci ont généralement pu voir les effets positifs des changements de pratique et d'organisation en termes de délais. Les délais observés il y a quelques années auraient été plus importants dans une partie des CMP de la région qui se sont réorganisés depuis. Il faut également relever que certaines évolutions importantes des délais ont aussi été observées simultanément ou postérieurement à l'enquête par tableaux de bord.

« on s'est réorganisé depuis juillet dernier, ou celui d'avant, 2017. On en est à notre troisième réorganisation »

« que ce soit au niveau pilotage, on fait des choses, on essaie de modifier des choses, y a vraiment de l'investissement fort, moi ça fait quelques mois que je suis là je sens cet investissement »

Chacune de ces réorganisations serait à considérer individuellement, en fonction des configurations locales, avec ses impacts en termes de délais mais aussi sur d'autres aspects des prises en charge. Ainsi, une réorganisation des prises en charge amenant un CMP à se concentrer sur les seules activités de soin, pourrait se faire au détriment des réunions et des partenariats qui ont aussi un impact sur l'accompagnement global des patients, avant, pendant et après les prises en charge.

¹⁴ Néanmoins, pour rappel, le rapport Laforcade indiquait en 2016 qu'un patient adulte venant en CMP pour la première fois devrait pouvoir y être reçu dans un délai inférieur à une semaine pour un premier entretien, alors que le délai actuel moyen observé en région est de 20 jours pour les adultes

¹⁵ Sur ce point, le rapport de Michel Laforcade de 2016 recense de nombreuses initiatives

La pertinence de ces leviers d’actions sera également à considérer en fonction des dispositions des équipes sur le terrain. Celles-ci sont marquées parfois par un contexte d’activité en sous-effectif depuis plusieurs années, et/ou après déjà avoir mis en œuvre de nouvelles procédures.

En considérant le seul objectif de la réduction des délais d’attente, il est néanmoins possible d’exposer les différents leviers d’action potentiels, avec les freins rencontrés par les acteurs qui les ont expérimentés jusqu’ici. Cela fait l’objet de la partie suivante de ce rapport.

« l'impression aussi d'épuisement des équipes (...) à un moment y a trop de patients ! y en a trop ! y a trop de patients »

« on peut nous dire : « comment vous pouvez vous réorganiser ? » on ne va pas devenir... il suffit d'ouvrir les yeux, qu'ils regardent l'activité, le nombre de professionnels, le nombre de nouvelles demandes, on fait l'équation. Si on gagne quelque chose on gagnera 20 patients en file active, il en reste 150.(...) On peut nous dire : comment vous pouvez vous réorganiser ? à part partir je vois pas ! à part partir et poser sa plaque ! et gérer sa file active tout seul »

Partie 4 : Analyse des facteurs impactant les délais d'attente et leviers d'actions

1. Facteurs relatifs aux ressources humaines des CMP

1.1. Disponibilité et qualification des professionnels

Les acteurs rencontrés en entretien ont souvent à l'esprit les effectifs soignants comme déterminant des délais d'attente. La capacité à prendre en charge dépend des effectifs disponibles sur les CMP, et des compétences et qualifications de ces personnels.

On observe souvent une hétérogénéité des réponses proposées en termes de délais au sein d'une même structure. Cela concerne la plupart des CMP, au moins dans les discours recueillis dans le cadre des entretiens, et s'illustre parfois aussi bien dans leurs tableaux de bord sur la période concernée (exemple d'un CMP Adultes où certains patients ont obtenu un rendez-vous dans le mois suivant la 1^{ère} prise de contact et d'autres en ont eu un dans les 4 à 5 mois). Alors que ces demandes se situent sur une période relativement courte (une quinzaine de jours en mars 2019), les variations dans les délais obtenus traduisent en partie l'implication de certains professionnels n'ayant pas tous la même disponibilité.

Ainsi, si le patient, après évaluation, doit avoir une prise en charge par un psychiatre, un psychologue, ou un infirmier, il n'obtiendra pas son premier rendez-vous de prise en charge dans les mêmes délais. Dans certaines situations, bien que le type de professionnel mobilisé soit identique, il est possible que leur disponibilité ne soit pas équivalente, et que l'on privilégie l'un ou l'autre de ces professionnels, pour différentes raisons. Par exemple, on privilégie parfois un professionnel en particulier car celui-ci a des compétences et une formation pour prendre en charge au mieux la situation précise du patient. Cette attribution d'un professionnel particulier peut dépendre d'autres critères. Ainsi dans un CMP infanto-juvénile, chaque médecin est responsable d'un territoire géographique, lui-même une division du véritable « secteur ». Il existe alors un délai bien différent qui s'explique, dans ce cas précis, parce que les demandes sont plus importantes sur un territoire que l'autre (la population, et les autres ressources y étant différentes), et parce qu'un médecin est à 80 %, l'autre à 100 %. Lorsque des professionnels exercent sur plusieurs sites, leurs temps de présence sur ces sites ne correspondent pas forcément proportionnellement aux besoins des patients qui consultent sur ce territoire, ce qui pourra entraîner des délais différents.

« Là sur la liste du Dr (nom) depuis le 1er janvier on a 145 demandes en attente qui n'ont pas encore été vues. Sur la liste du Dr (nom) on en a 48. »

1.2. De nombreux postes non pourvus

La plupart des CMP de la région ont actuellement des postes vacants. Les manques d'effectifs sont plus ou moins importants selon les CMP, ce qui a des conséquences sur les délais d'attente et de prise en

charge, plus ou moins importantes selon les organisations. Par exemple, lorsque toutes les premières demandes sont vues en rendez-vous par un médecin, les effectifs manquants de psychiatre impactent lourdement les délais pour un premier rendez-vous (et les délais pour accéder à ces professionnels bien évidemment). Si un enfant nécessite un bilan orthophonique alors que ces professionnels manquent fréquemment, le délai sera également plus important que s'il nécessite d'autres professionnels.

« en moyenne le délai il est annoncé d'un an, un an et demi. Alors qu'on ne sait pas très bien évaluer, ça peut changer, y a eu des changements dans l'équipe, y avait pas de médecin moi je suis arrivée, y a une psychologue qui est partie là, donc les délais bougent aussi selon le personnel »

« ça on sait faire évaluer, mais après on manque aussi beaucoup de post-évaluation : si y a besoin d'orthophonie on est en panne, si y a besoin de psychomotricité on en a pas suffisamment, si on a besoin de travailler les relations aux autres, comment gérer ses émotions en groupe, on manque de structures de groupe ! »

Les difficultés de recrutement concernent d'ailleurs en premier lieu les psychiatres, et cela dans tous les territoires de la région ou presque. Le manque de plusieurs médecins dans les CMP impacte la charge de travail des médecins présents (et des autres personnels), et rend du coup moins attractifs les postes à pourvoir pour les potentiels candidats. Les conditions d'exercice y sont en effet plus difficiles, avec une charge de travail importante, et/ou la perspective de laisser nombre de patients en situation de crise sans réponses.

Concernant les psychologues, les CMP qui ont ouvert ces postes rencontrent moins de difficultés à recruter, à part sur certains territoires qui sont globalement déficitaires sur tous les professionnels de santé.

Les postes paramédicaux sont généralement pourvus. Toutefois, certains cadres de santé ayant ouvert des postes lors de l'enquête indiquaient commencer à rencontrer des difficultés. Plus précisément, ils ne manquaient pas nécessairement de candidats infirmiers ou éducateurs, mais ne percevaient pas toujours leur présence comme un critère suffisant, celle-ci résultant parfois moins de l'envie de professionnels qualifiés dans un projet cohérent, que de choix par défaut, de réorientations de professionnels en difficulté ou en souffrance dans d'autres secteurs. La fin de la spécialisation des études d'infirmier en psychiatrie a aussi pour conséquence que les profils et compétences des jeunes candidats sont moins directement adaptés au travail en psychiatrie que par le passé.

« La moitié des candidatures d'infirmiers que j'ai eues, c'est des personnels soit qui ont quitté la psychiatrie adulte, sinon c'est du personnel qui veut quitter les Ehpad, y a peu de personnes qui sont dans un réel projet professionnel. Y en a quelques-uns, ou des demandes de mutation. Educateur spécialisé, pour les 3 postes, j'ai eu 25 candidatures et eux souhaitent quitter les IME, la MDCS...donc c'est pas forcément non plus un projet professionnel. »

Certains postes plus spécifiques aux CMP infanto-juvéniles, comme les orthophonistes ou les psychomotriciens, sont très difficiles à pourvoir. Les délais sont très importants pour avoir accès à ces professionnels en CMP, quand les structures ne renvoient pas directement sur l'extérieur (où les délais ne sont pas nécessairement moindres). Un CMP confiait ainsi au moment de l'enquête avoir trois ans de délai d'attente pour la psychomotricité, et cela seulement après avoir eu l'évaluation par le médecin.

1.3. Potentielles évolutions des effectifs

Les effectifs de personnels varient en fonction des recrutements, départs, arrêts maladies...

Les acteurs rencontrés sur le terrain n'ont pas toujours eux-mêmes accès aux leviers d'action sur ces effectifs, car les moyens financiers attribués au CMP, les ouvertures de postes sont décidées par les directions hospitalières. La capacité à attirer des candidats dans les CMP de la région Centre-Val de Loire est aussi limitée par les rémunérations proposées (par exemple pour l'orthophonie), les conditions de travail, ou les territoires d'exercice. A moyens constants, alors que les salaires des personnels augmentent avec leur ancienneté, les CMP peuvent difficilement ouvrir de nouveaux postes.

On peut toutefois relever que certains CMP ont fait évoluer leurs équipes, de façon durable ou temporaire, pour utiliser différemment les moyens financiers qui leur étaient attribués. Ainsi dans un CMP, avec un temps médical non pourvu de façon durable, il a été décidé de recruter sur des contrats temporaires deux psychologues, qui effectuent des prises en charge de patients. Leurs compétences étant différentes du psychiatre, ils ne répondent pas à tous les besoins des patients qui auraient consulté ce psychiatre, mais ils répondent quantitativement à nombre de besoins de patients en attente de prise en charge. Ailleurs, l'absence chronique d'orthophoniste a conduit à remplacer ce poste d'orthophonie par un trois quarts temps de psychologue. Ces adaptations et réponses correspondent aussi à des changements d'organisation, qui ne peuvent être effectués simplement au gré des absences ou difficultés de recrutement. Les départs de certains professionnels, en attente de leur remplacement, impactent alors les capacités des CMP à prendre en charge la patientèle et donc les délais d'attente.

1.4. La mutualisation des personnels

La mutualisation de certains postes entre plusieurs structures a souvent été évoquée comme un moyen de pallier aux postes actuellement non pourvus, ou à l'insuffisance des dotations du CMP, ou des autres établissements psychiatriques de l'hôpital (hôpitaux de jour, CATTP, intra-hospitalier). La mutualisation apparaît donc comme une solution globale pour bénéficier et optimiser les compétences à disposition de l'hôpital. Mais elle n'est pas une solution spécifique aux CMP et ceux-ci peuvent voir certains de leurs effectifs utilisés pour compenser les manques des autres structures de psychiatrie. Pour s'adapter au mieux au manque de médecins (principalement), les secteurs de psychiatrie sont nombreux à mutualiser leur temps de travail sur plusieurs structures et activités. Il est fréquent que le temps des médecins soit divisé sur plusieurs CMP et/ou antennes, mais donc aussi sur l'intra-hospitalier, l'hospitalisation de jour, la psychiatrie de liaison...

« On a quand même du mal actuellement à avoir des médecins psychiatres à temps plein sur les CMP, voire on a plutôt plusieurs médecins qui font un temps plein » (...) Je vois sur le CMP (nom), il doit y avoir 4 médecins qui interviennent et ça fait à la fin un équivalent temps plein ils viennent tous une journée ou quelque chose comme ça »

« On a du temps médical qui part ailleurs, on a une collègue qui est à temps plein mais qui partage son temps en CMP et en CAMSP...on a un collègue qui partage entre le CMP...la maternité...moi j'ai un mi-temps sur les deux secteurs entre (ville) et (ville). Et puis y a le collègue qui fait la MDA et le CMP...et va faire MDA (ville), MDA (ville) et CMP, et une collègue qui fait hôpital de jour, ici ado, et psy de liaison... et une autre collègue temps partagé entre (ville) et (ville) »

La mutualisation des postes de médecins avec d'autres structures extérieures, indépendantes de l'hôpital n'est pas non plus rare. Les médecins peuvent avoir des activités en établissement médicosocial, en CAMSP, en CMPP, à l'université, et dans d'autres structures... ce « partage » du temps

de travail des médecins étant parfois la conséquence d'une convention entre ces structures, parfois des contrats pris par les professionnels de façon indépendante.

Quelles que soient les modalités de cet exercice sur plusieurs structures, il permet d'obtenir des temps médicaux sur des services qui sinon n'en bénéficieraient pas, ou plus ; simultanément il offre aux médecins une activité plus variée et parfois mieux valorisée financièrement¹⁶.

La conséquence directe de cette mutualisation est que les ETP médicaux sont souvent très fractionnés, plusieurs professionnels intervenant partiellement, voire très partiellement au CMP. La présence partielle des médecins dans les organisations implique un certain nombre de contraintes et inconvénients :

- Un temps de transport entre les sites parfois éloignés, avec des médecins qui travaillent sur 3 ou 4 structures géographiques différentes ;
- Une multiplication des temps de réunion pour chaque structure qui réduit le temps de prise en charge individuelle ;
- Une présence non permanente de médecin sur le temps d'ouverture du CMP, même quand les ETP budgétés sont pourvus. En effet, les horaires des différents médecins se chevauchent parfois, en laissant des plages d'ouverture du CMP non couvertes. Les autres postes amènent aussi des potentiels remplacements, des gardes et temps de récupération sur des temps de présence habituelle.
- Une communication moins fluide avec le reste des équipes présentes sur place, du fait des absences sur certaines plages horaires, et/ou d'une moindre implication et intégration dans l'équipe due à un temps très partiel

« régulièrement on est obligé de faire appel au CPAU même si c'est pas forcément leur mission, parce qu'on a pas de médecin, nous, dispo pour de l'urgence entre guillemets... »

« les médecins sont vraiment pas présents sur la semaine, ils ont à tour de rôle des gardes (...) et s'ils sont sur la garde de nuit, le lendemain ils sont en repos de sécurité. Donc sur une même semaine, je peux avoir (nom) qui est absente vendredi parce qu'elle est à 80%, elle était pas là la semaine dernière lundi parce qu'elle était au (accueil des urgences de psychiatrie), elle était pas là mercredi parce qu'elle était en repos de sécurité, elle est pas le lundi après-midi parce qu'elle consulte sur l'accueil parent-bébé de (ville)...voilà...(rires) ils sont multi-sites, ils pallient cette pénurie. »

« on a besoin de discuter de la prise en charge, on a des éléments, « qu'est-ce qu'on fait ? est-ce que tu penses pas que...? » moi je galère avec certains médecins trop peu présents »

Cette mutualisation va généralement de pair avec une évolution des missions sur lesquelles sont concentrées les médecins en CMP. Ces derniers effectuent de moins en moins de suivi de patients par eux-mêmes, ou seuls, et sont de plus en plus affectés sur les missions que seuls eux peuvent remplir, (certificats médicaux, prescriptions...).

2. Facteurs relatifs au traitement des nouvelles demandes par les CMP

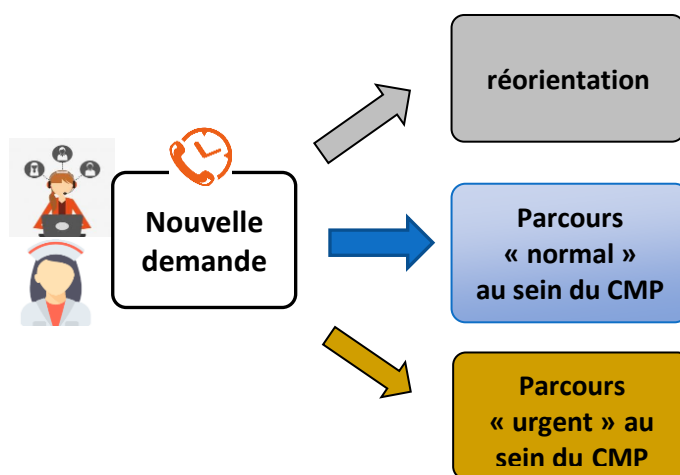
Dans l'explication des délais d'attente et des variations de ces délais, les professionnels rencontrés ont largement développé les raisons relatives au traitement des nouvelles demandes. Les modalités de réponse aux nouvelles demandes impactent en effet largement les délais pour les patients. Mais s'ils ont particulièrement insisté lors des entretiens sur cela, c'est également parce que c'est un des principaux éléments sur lequel ils ont un pouvoir d'action assez direct. Le traitement des nouvelles demandes peut faire l'objet de différentes solutions organisationnelles, et nombre de CMP ont soit modifié leurs pratiques à ce niveau, soit réfléchissent à cette opportunité.

¹⁶ L'affectation de médecin sur plusieurs postes est valorisée financièrement par des primes dans certains établissements hospitaliers, incitant de fait les médecins à fractionner leur temps de travail

Lorsqu'une demande est adressée à un CMP, celle-ci peut suivre 3 circuits différents :

- Un circuit « normal » : la demande relève du CMP, elle va être traitée par le CMP selon sa procédure habituelle ;
- Un circuit « urgent » : la demande est considérée comme une situation urgente relevant du CMP. La demande suivra un cheminement particulier plus ou moins formalisé dans l'organisation du CMP ;
- Un circuit de réorientation : la demande est considérée comme ne relevant pas du CMP et est réorientée vers une ressource extérieure, une filière spécialisée, ou est considérée comme une situation urgente mais relevant des urgences psychiatres et non du CMP. Ou encore le CMP indique qu'il ne peut plus accepter de nouvelles demandes pour le moment et propose de rappeler dans un certain délai. Dans tous ces cas, le CMP n'intègre pas la demande à ce stade. Le CMP peut certes noter l'appel, et quelques informations, mais celles-ci ne sont pas traitées par le CMP à ce moment-là.

Nous aborderons d'abord le circuit « normal » du traitement des demandes, puis celui plus spécifique des situations d'« urgence », et enfin le cas des réorientations.

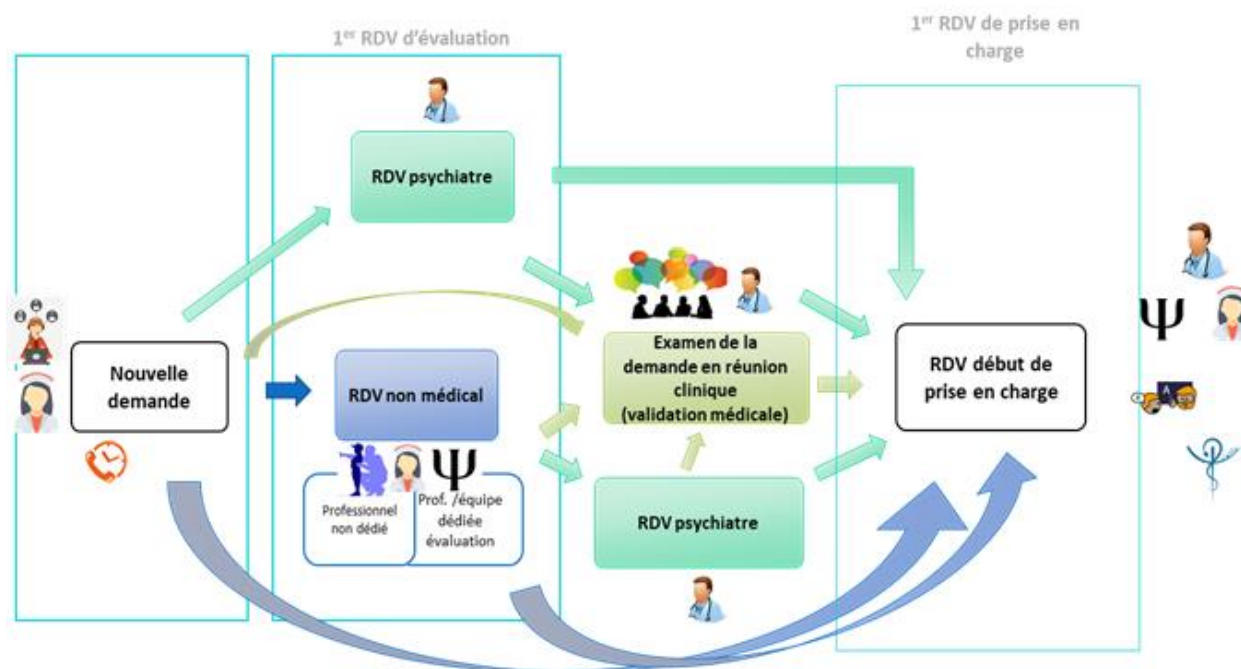


2.1. Traitement des nouvelles demandes – parcours « normal »

Toute nouvelle demande adressée à un CMP et acceptée par celui-ci fait l'objet d'un traitement administratif et d'une évaluation clinique de la situation, avant le démarrage de la prise en charge proprement dite. Mais ces étapes varient énormément d'un CMP à l'autre, mobilisant différents professionnels. Nous avons élaboré un schéma représentant la plupart des configurations observées pour le parcours d'une nouvelle demande, depuis la première prise de contact (téléphonique ou physique) jusqu'au 1^{er} rendez-vous de prise en charge, c'est-à-dire après les éventuels rendez-vous déterminés comme nécessaires à l'évaluation clinique de la situation.

Ce schéma sera ensuite détaillé étape par étape pour plus de clarté.

Traitement des nouvelles demandes - Parcours « normal »



Le premier contact : accueil téléphonique ou physique

Lors du premier contact par téléphone, l'accueil de la nouvelle demande est fait soit par un secrétariat, soit par un soignant, soit par le secrétariat suivi d'un soignant immédiatement. A ce stade peuvent être recueillies différentes informations, allant du traitement administratif à une première forme d'évaluation clinique de la situation.

Lorsque l'accueil est exclusivement réalisé par le secrétariat, le recueil d'informations est essentiellement administratif, et l'objet de la demande décrit de façon succincte. Mais exceptionnellement, le secrétariat, dont la ou les personnes sont assez expérimentées, procède à un recueil d'informations plus détaillée. Lorsque l'accueil est réalisé par un soignant, ou mobilise un soignant immédiatement à la suite du secrétariat (transfert de l'appel, ou appel d'un soignant dès que celui-ci est disponible dans les heures qui suivent), des éléments cliniques sont déjà recueillis et enregistrés à ce stade.

Lorsque le patient se présente directement au CMP, celui-ci est généralement reçu par un soignant, en plus des consultations programmées, ou en remplacement d'un rendez-vous qui a été annulé par le patient, ou encore parce que le patient est venu dans un créneau horaire pour des consultations non programmées, ou même parce qu'un soignant est toujours disponible pour faire le secrétariat et l'accueil physique d'un nouveau patient éventuel.

« On n'a pas de secrétaire dans nos locaux, donc dans notre organisation on s'arrange pour qu'il y ait toujours une infirmière dispo pour gérer l'accueil, téléphone, physique, donc on fait attention sur nos prises de rendez-vous à ne pas être toutes en même temps occupées. »

Suite au premier contact s'effectue(nt) l'analyse, le traitement et/ou réponse à la demande.

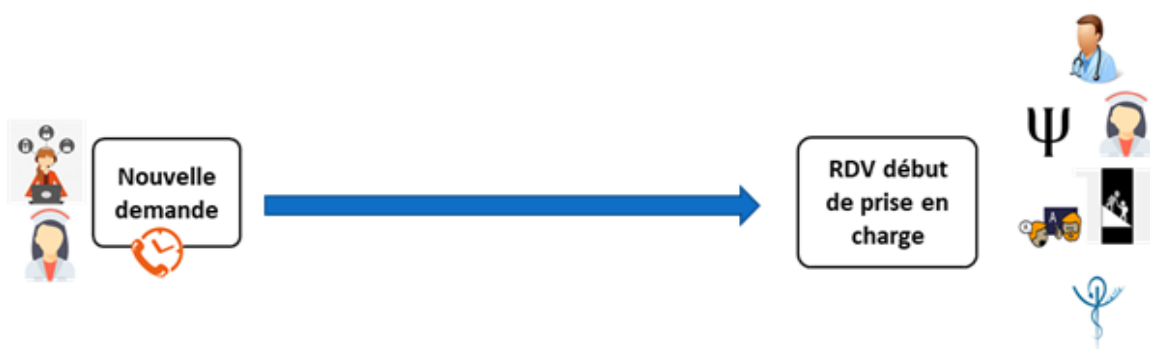
L'analyse, le traitement et réponse à la demande

On peut ensuite essentiellement distinguer 3 cas de figure, selon les professionnels mobilisés pour traiter la demande et proposer une réponse du CMP (Ces cas de figure résultant des choix organisationnels des CMP¹⁷).

- Traitement et réponse par le personnel ayant le premier contact ;
- Traitement et réponse par un « staff clinique », avec les informations obtenues lors du premier contact ;
- Evaluation de la demande lors d'un rendez-vous spécifique d'« évaluation », puis traitement et proposition de réponse par ce professionnel, acté directement ou discuté et validé par un « staff clinique » et/ou un psychiatre.

1er cas de figure : Traitement et réponse par le personnel ayant le premier contact

La prise en charge proposée, et le(s) professionnel(s) qui sera mobilisée pour cela, est directement déterminé par le personnel ayant le premier contact (secrétariat ou soignant effectuant l'accueil). Celui-ci est habilité à orienter la demande directement vers un des professionnels psychiatre, psychologue, infirmier, autre... pour le début d'une prise en charge. Le professionnel ayant le premier contact inscrit directement le patient pour un 1^{er} rendez-vous débutant la prise en charge (ou mis sur liste d'attente pour ce 1^{er} rendez-vous)



Cette organisation très directe a été très peu observée dans l'enquête de terrain, mais décrite comme ayant existé par le passé dans un certain nombre de CMP.

«Les gens téléphonaient, la secrétaire prenait la demande, et y avait la case psychologue, ou la case psychiatre...»

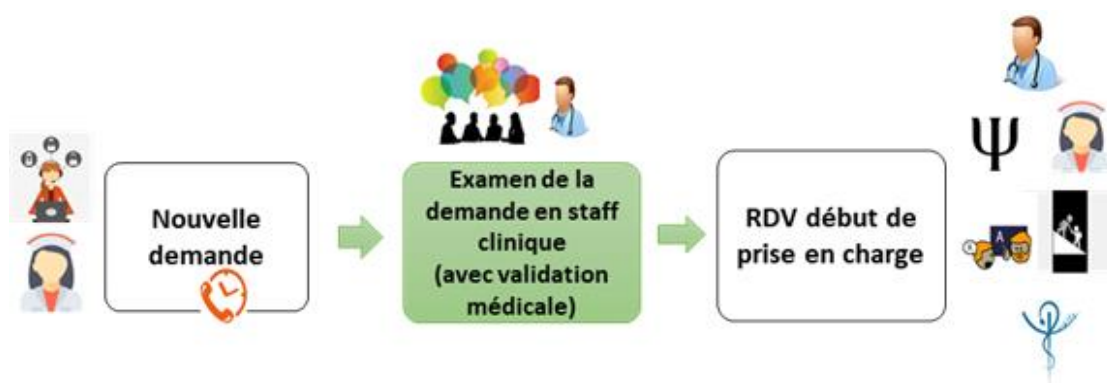
Désormais il existe le plus souvent une ou plusieurs étapes intermédiaires avec un rendez-vous d'évaluation et/ou un « staff clinique »/une validation médicale.

2^{ème} cas de figure : Traitement et réponse par un « staff clinique », avec les informations obtenues lors du premier contact

Les informations recueillies lors du premier contact vont être restituées lors d'un « staff clinique », où sera déterminée la prise en charge proposée au patient. Ce « staff clinique » est une réunion d'équipe qui permet à la fois d'apprécier collectivement la demande, les professionnels nécessaires à la prise

¹⁷ Si à la marge, il nous a été rapporté que des nouveaux patients demandent à rencontrer absolument un psychiatre, et non un psychologue ou un infirmier, le choix du ou des personnels qui seront mobilisés pour recevoir le patient est dans l'immense majorité des cas le fait du CMP exclusivement.

en charge de la situation, leurs disponibilités, leur souhait éventuel de s'occuper de cette situation, et d'obtenir la validation médicale de la décision.



3^{ème} cas de figure : Evaluation de la demande lors d'un 1^{er} rendez-vous d'« évaluation », puis traitement et proposition de réponse

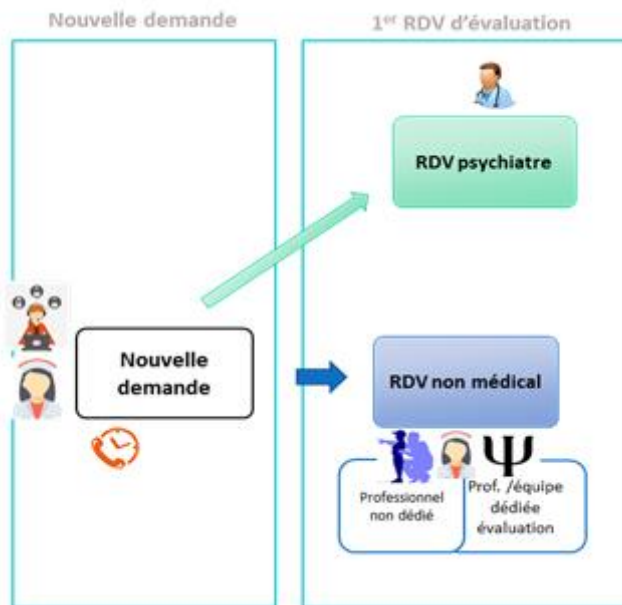
3^{ème} cas de figure – 1^{ère} partie : Evaluation de la demande lors d'un 1^{er} rendez-vous

Il est proposé au patient un (ou plusieurs) rendez-vous d'évaluation, en présentiel, pour déterminer les besoins et la prise en charge qui pourrait être proposée par le CMP. C'est là que l'évaluation clinique proprement dite est réalisée, même si des éléments ont parfois été recueillis auparavant. Il s'agit d'un rendez-vous qui permet :

- de prioriser des demandes urgentes
- d'aiguiller les patients de façon à optimiser les ressources humaines et les compétences dans les CMP
- de réorienter le cas échéant les demandes sur d'autres structures

Ces trois pratiques existent à différents degrés dans la plupart des CMP, mais ne sont pas faites systématiquement par les mêmes acteurs. Le rendez-vous d'évaluation fait appel à un ou plusieurs professionnels qualifiés pour le réaliser. Il peut s'agir :

- d'un psychiatre. Le fait de recourir uniquement à un psychiatre pour ce rendez-vous d'évaluation correspond au fonctionnement historique de nombre de CMP. Cependant, la plupart ont décidé de rendre possible l'évaluation par d'autres professionnels, étant donné la pénurie médicale et la multiplication de demandes de prise en charge pour des situations que les CMP considèrent comme ne relevant pas strictement de la psychiatrie.
- d'une équipe dédiée à l'évaluation, désignée comme telle: selon les organisations retenues, soit un psychiatre, un psychologue, un infirmier, un infirmier « coordinateur », un éducateur, ou un binôme composé de ces professionnels...dans la majorité des CMP, ces entretiens sont réalisés avec des infirmiers.
- d'un professionnel non dédié à l'évaluation dans l'organisation formelle, sans titre particulier, mais dont les CMP savent qu'ils ont les compétences et l'expérience pour réaliser un premier rendez-vous d'accueil et d'évaluation.



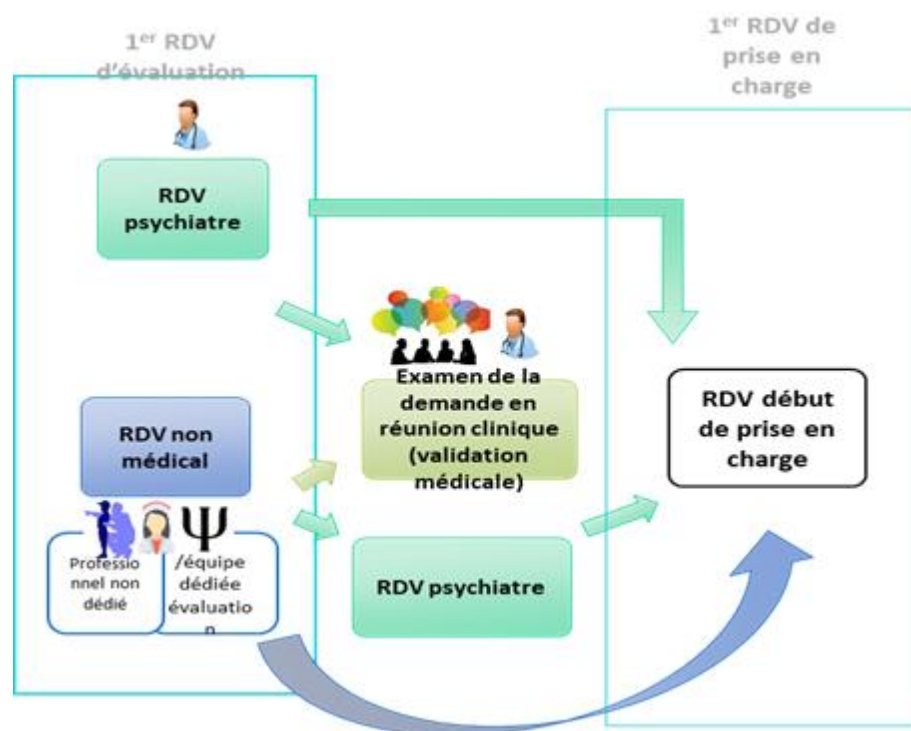
Il s'agit généralement d'un rendez-vous unique, sachant que l'évaluation réalisée pourra par la suite être réajustée si besoin. Dans certains cas, le soignant estime que l'évaluation nécessite un ou plusieurs autres rendez-vous, auquel cas l'évaluation s'étale sur plusieurs créneaux de rendez-vous. Cette étape d'évaluation est plus souvent composée de plusieurs phases en CMP infanto-juvénile, où l'appréciation clinique peut être moins évidente et où il peut être nécessaire d'avoir des temps de consultation de l'enfant et des parents de façon indépendante.

Dans tous les cas, on observe que la réalisation de ce rendez-vous d'évaluation est considérée comme une étape essentielle de la demande, les professionnels mobilisés pour cela étant suffisamment expérimentés pour apprécier la situation clinique et éviter pour nombre de cas reçus le passage par une consultation médicale, sans prise de risque.

3^{ème} cas de figure – 2^{ème} partie : traitement et proposition de réponse suite au rendez-vous d'évaluation

Suite à l'évaluation, la réponse à la demande impliquera (comme au cas de figure n°2), soit :

- la décision directe de la prise en charge par l'évaluateur,
- soit décision de la prise en charge au cours d'un staff clinique,
- soit décision médicale (validation de la décision de l'évaluateur, ou décision propre du médecin suite à une consultation du patient)



Impact du parcours des nouvelles demandes sur les délais de rendez-vous

Comme évoqué précédemment, la disponibilité des professionnels n'étant pas similaire, l'implication de tels ou tels professionnels lors du traitement des nouvelles demandes est susceptible de faire varier les délais. Les médecins en particulier étant moins disponibles, les délais pour obtenir un premier rendez-vous avec ces professionnels sont en moyenne plus longs.

Ainsi, si l'on considère l'ensemble des CMP adultes de la région, le délai moyen mesuré pour obtenir le rendez-vous d'évaluation est de 65,2 jours pour les CMP faisant appel à un médecin pour l'évaluation (seul ou accompagné), mais de seulement 13,5 jours pour les CMP ne faisant pas appel à un médecin pour l'évaluation.

« la loi les y autorise, les infirmiers et les psychologues à recevoir en première intention. Ce qui n'empêche pas dans un deuxième temps de voir un médecin, et ça raccourcit un peu le délai d'attente qui peut être un peu long. »

Il est intéressant d'observer que le délai moyen pour débiter la prise en charge est également plus court dans les CMP qui ont choisi une organisation où le médecin n'est pas présent lors de l'évaluation. Il n'est en effet que de 30,8 jours dans ceux-ci, alors qu'il est de 104,8 jours dans ceux où un médecin est présent au 1^{er} rendez-vous d'évaluation.

En revanche, le fait que l'évaluation fasse ou non appel à un psychiatre, n'impacte pas significativement le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre (62,8 jours pour les CMP où le médecin n'est pas présent au rendez-vous d'évaluation et 64,2 jours pour ceux où le médecin est présent).

Dans les CMP infanto-juvéniles également, le délai moyen mesuré pour les CMP faisant appel à un médecin pour l'évaluation (seul ou accompagné) est de 100,5 jours, alors qu'il n'est que de 48,3 jours pour les CMP ne faisant pas appel à un médecin pour l'évaluation. Le délai moyen pour la prise en charge y est également plus court (78,0 j.) que pour ceux où il y a un médecin pour le 1^{er} rendez-vous

d'évaluation (113,1 j. pour ceux où il n'y en a pas). Là non plus, le fait que l'évaluation fasse ou non appel à un psychiatre, n'impacte pas significativement le délai moyen pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre (92,9 jours pour ceux où il n'y en a pas et 91,9 jours pour les CMP où le médecin est présent).

Les observations réalisées par les professionnels et confiées en entretien sont convergentes : la modification des pratiques réalisées au sein des CMP, avec délégation de l'évaluation à des personnels non-médecins a permis de réduire les délais par le passé. Cela constitue encore probablement un levier pour réduire les délais d'attente dans certains CMP. Comparativement à un fonctionnement qui fait passer systématiquement le patient en évaluation avec un médecin, le recours à des entretiens d'évaluation par d'autres professionnels est d'autant plus pertinent dans un contexte où les demandes, en augmentation, ne relèvent pas toutes d'un diagnostic psychiatrique. La diversification des professionnels intervenant dans l'évaluation évite une embolie à l'entrée dans les CMP. Ce recours à d'autres professionnels n'est cependant quasiment jamais un strict remplacement du médecin, mais un premier accueil qui pourra le cas échéant être suivi d'une rencontre avec le médecin. Ce recours maintient aussi souvent la validation médicale lors du staff clinique qui suit généralement les entretiens d'évaluation, à une échéance assez courte.

Au-delà de la réduction des délais, cette organisation présente des intérêts secondaires pour les parcours des patients et la répartition du travail au sein des CMP et avec leurs partenaires.

En prenant en charge les situations beaucoup plus rapidement, le recours à cette organisation en amont limite l'aggravation des difficultés qui a généralement lieu au cours du délai d'attente. Le fait d'être reçu et d'avoir un ou plusieurs rendez-vous, avec des temps d'écoute, et des premiers retours de professionnels permet de répondre à l'inquiétude forte des patients et/ou de leurs familles.

Ces entretiens suffisent quelquefois alors à désamorcer des situations simples, qui ne vont pas nécessiter une psychiatisation, mais seulement quelques séances, par exemple avec un infirmier, séances qui pourront être proposées à la suite de l'évaluation. L'entretien d'évaluation (avec éventuellement les rendez-vous suivants qui seront proposés), en s'inscrivant tôt dans la démarche de soins, donne le temps aux familles d'accepter la situation, les accompagne pour qu'elles soient plus disposées à réaliser les soins à venir.

Conditions de réussite de la délégation de l'évaluation aux personnels non médicaux

Si la délégation partielle ou totale des entretiens d'évaluation présente des intérêts pour les acteurs rencontrés, ils mentionnent qu'elle doit être mise en œuvre dans certaines conditions pour apporter ses bénéfices et limiter ses risques.

- Une organisation spécifique qui peut passer par :
 - la mise en place de plages dédiées aux premiers rendez-vous de façon régulière
 - le retour et l'étude de ces situations lors de réunions d'équipe, « staff clinique », permettant une validation médicale pour les décisions de prise en charge
 - la réalisation d'un travail sur les grilles d'entretien des professionnels réalisant l'entretien d'évaluation, pour obtenir tous les éléments essentiels à la décision d'orientation en synthèse/staff clinique, et harmoniser les pratiques de recueil d'information et d'évaluation

- la possibilité pour les équipes d'évaluation de programmer des rendez-vous pour les autres membres de l'équipe soignante

- La désignation d'équipes dédiées à l'évaluation, avec les compétences adaptées. Les entretiens de première intention s'appuient généralement sur les infirmiers, éducateurs, et psychologues des CMP qui sont plus disponibles que les médecins, mais il apparaît important aux acteurs rencontrés de s'appuyer pour cela sur des professionnels bien formés et expérimentés. Cela passe par :

- la mise en place de binômes, pour favoriser le regard croisé sur les situations

- la mobilisation de personnel ayant déjà une bonne connaissance du fonctionnement du CMP et des autres structures de psychiatrie locales. L'exercice préalable dans les secteurs intrahospitaliers peut constituer à ce titre un atout. Ainsi, certains établissements ont fait le choix de recruter en priorité des infirmiers de l'intrahospitalier du même hôpital, comparativement à des professionnels extérieurs. Les postes de psychiatrie intrahospitaliers étant moins recherchés par les jeunes diplômés (les postes de CMP assurant des horaires plus réguliers), certains acteurs rencontrés estiment que ces jeunes candidats n'ont pas l'expérience suffisante pour un travail isolé avec les patients, pour réaliser les orientations pertinentes en tenant compte de l'ensemble de la palette de soins proposée par l'hôpital.

« un jeune diplômé qui arriverait en poste directement sur l'extra, ce fonctionnement là à un moment donné, il est questionné, voire intenable, il peut pas faire les accueils, et puis si ça devient la moitié de l'équipe...ça implique que tant que l'expérience et la compétence elle est pas là, c'est le médecin qui prendra la décision. »

- favoriser la montée en compétence de ces personnels, par des formations, et notamment par celles permettant la reconnaissance des infirmiers de pratique avancée. La délégation de l'évaluation et de l'orientation peut même alors ne pas être suivie par une validation médicale.

« Faut la personnalité qui va avec, autonome, qui assure, qui n'a pas peur de prendre des décisions... c'est pratiquement les infirmières de pratique avancée sans la formation. »

« Elle peut mettre en place des groupes sans forcément avoir l'aval d'un médecin, quel est le risque ? on travaille aussi sur le fait que les psychos puissent orienter sur certains groupes...y a pas besoin de médecin, de prescription médicale... »

- La possibilité pour les personnels de réaliser quelques rendez-vous avec le patient à la suite de cette évaluation, pour répondre à des problématiques légères.

- Les personnels qui réalisent l'évaluation n'ont pas que cette fonction d'évaluation, et ils peuvent prendre en charge eux-mêmes une partie des situations des demandeurs.

« On leur a demandé de pas en rester là, c'est pas juste de l'évaluation, c'est de l'évaluation, de l'accompagnement de façon graduée ...on leur demande de faire de l'évaluation, de l'accompagnement, une guidance parentale, un soutien, un travail de réseau avec les écoles...les institutions médicosociales, les crèches, les nounous...et on leur demande aussi de mettre en place des groupes d'observation, qui vont soit suffire à l'accompagnement, soit préparer l'orientation vers autre chose »

Points de vigilance

- Comme toute réorganisation du travail, la mise en place de ces entretiens d'évaluation par des équipes dédiées nécessite une explication du projet, des réunions de travail, et une adhésion des équipes. Les professionnels ont besoin d'avoir une clarification des missions des uns et des autres, et se demandent avec plus ou moins d'appréhension quelle sera leur place dans la future organisation.
- La mise en place de tels entretiens d'évaluation n'est pas possible sans une confiance dans les équipes dédiées, l'acceptation des médecins de déléguer cette tâche.

- Les entretiens d'accueil et d'évaluation peuvent aussi mettre en difficulté des professionnels insuffisamment expérimentés.
- Les formations nécessaires pour obtenir le titre d'infirmier de pratiques avancées sont chronophages, et limitent le nombre de personnels pouvant les réaliser.

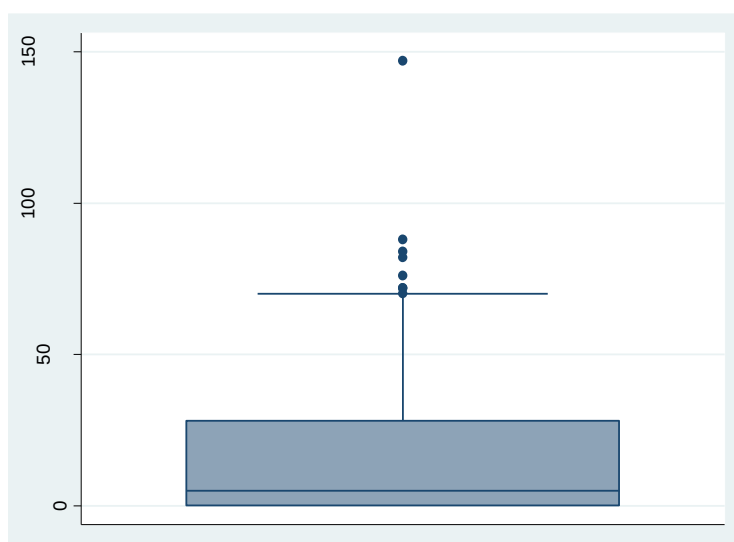
2.2. Les parcours « urgents »

La totalité des CMP rencontrés peuvent prendre en charge des personnes plus rapidement, à partir du moment où ils estiment que la situation le nécessite. Même s'ils sont rarement formalisés, les critères d'urgence sont globalement similaires d'un CMP à l'autre, comme nous le verrons ci-après. Dans les tableaux de bord remplis par les CMP, les professionnels ont seulement indiqué si la situation avait été qualifiée d'urgente ou non, de leur point de vue.

Ainsi chez les adultes, lors de notre enquête, dans des situations jugées urgentes par les CMP, sur 94 nouvelles demandes, le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation au niveau régional est de 17,9 jours (contre 24,2 jours pour les situations non urgentes -différence significative- et 20,9 jours pour l'ensemble des situations). On constate qu'un quart de ces demandes ont été vues le jour même, et que la moitié ont été vues dans les trois jours. En revanche, d'autres nouvelles demandes urgentes n'ont pas été abouti jusqu'au 1^{er} rendez-vous à cause des délais trop longs.

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation dans les CMP adultes pour les demandes jugées urgentes (en nombre de jours)

(min : 0 jour ; 1^{er} quartile : 0 jour ; médiane : 5 jours ; 3^e quartile : 28 jours ; max : 147 jours)



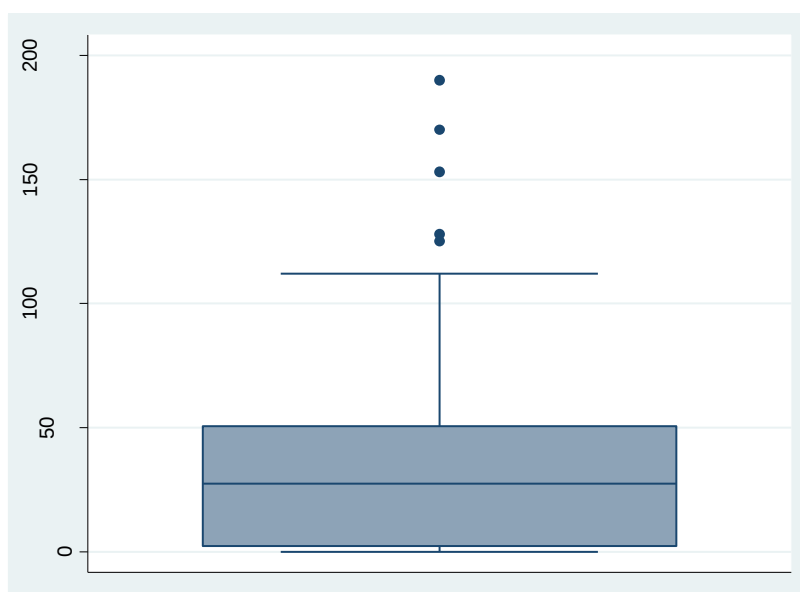
En reprenant l'estimation précédemment explicitée pour prendre en compte les rendez-vous non fixés en septembre 2019 (N=98 demandes), le délai moyen estimé entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation pour les demandes urgentes passe à 24,7 jours (28,6 jours pour les situations non urgentes et 30,9 jours pour l'ensemble des situations – différences non significatives). La moyenne augmente du fait de 4 demandes dont les délais excèdent les six mois. Les premiers et deuxièmes quartiles ne varient pas et le troisième quartile augmente de 4 jours.

On peut également relever que la caractérisation d'une situation urgente ne fait pas baisser le délai moyen pour consulter un psychiatre, celui-ci étant à 62,3 jours pour les demandes urgentes (63,4 pour les situations non urgentes et 63,6 jours pour l'ensemble des situations – différences non significatives) (N=30, il varie de 3 à 169 jours). Le délai moyen pour débiter une prise en charge en situation d'urgence est de 28,3 jours (36,3 pour les situations non urgentes et 34,6 jours pour l'ensemble des situations – différences non significatives) (N=52, il varie de 0 à 189 jours).

Dans les CMP infanto-juvéniles, lorsque la demande est urgente (N=44 demandes), le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation au niveau régional est beaucoup moins important, 42,5 jours contre 73,8 jours pour les situations non urgentes et 72,8 jours pour l'ensemble des situations.

Délais d'attente mesurés entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation dans les CMP infanto-juvéniles pour les demandes jugées urgentes (en nombre de jours)

(min : 0 jour ; 1^{er} quartile : 2 jours ; médiane : 27,5 jours ; 3^e quartile : 50,5 jours ; max : 190 jours).



En reprenant l'estimation précédemment explicitée, le délai moyen estimé entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation pour les demandes urgentes est de 76,1 jours (N=51 demandes) contre 123,2 jours pour les situations non urgentes et 120,7 pour l'ensemble des situations. (min : 0 jour ; 1^{er} quartile : 5 jours ; médiane : 32 jours ; 3^e quartile : 112 jours : max : 548 jours).

Le délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous de prise en charge pour les demandes urgentes (N=25) est de 45,7 jours. Il varie de 0 à 184 jours. Il est plus important que celui pour les situations non urgentes (98,8 jours) et l'ensemble des situations (92,8 jours).

On peut également relever un délai moyen entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous avec un psychiatre plus court pour les demandes urgentes (N=21) : il est de 41,3 jours, contre 104,7 jours pour les demandes non urgentes et 92,1 jours pour l'ensemble des situations.

Ainsi la prise en compte des situations des patients par les professionnels des CMP permet de proposer en priorité aux nouveaux patients qui en ont le plus besoin des délais de rendez-vous courts. Cette pratique constitue donc un levier d'amélioration de la problématique des délais, même si elle ne bénéficie qu'à une partie des patients. La pertinence de cette pratique repose aussi beaucoup sur l'appréciation de l'urgence qui est faite. C'est pourquoi nous développons ci-dessous les critères d'urgence pris en compte par les professionnels rencontrés, et la manière dont la priorisation en fonction de l'urgence s'effectue dans leur organisation.

Critères d'urgence selon les professionnels rencontrés

Les critères permettant aux professionnels de CMP de déterminer que la situation du demandeur est urgente sont assez cohérents d'un CMP à l'autre mais rarement formalisés. La première réponse donnée par la quasi-totalité des professionnels interrogés est que l'urgence est déterminée par le soignant, en fonction de son savoir et de son expérience, et de la situation.

« C'est l'évaluation que fait le professionnel, qui est un professionnel, qui est formé. Qu'on reconnait comme professionnel. »

« Ça reste très individualisé... chaque cas est particulier »

Lorsque les professionnels qui reçoivent la demande (secrétariat ou soignant infirmier) ne sont pas certains de la suite à donner, ils peuvent en référer directement ou assez rapidement à un soignant plus qualifié pour décider du caractère urgent de la demande. Hormis quelques cas de figure pour lesquels l'urgence paraît indiscutable, cette évaluation est plus une appréciation « au cas par cas » qu'une application de critères prédéterminés. Les critères n'ont généralement pas protocolisés, ni même posés, explicités, au niveau de l'organisation de la structure.

« De toute façon quand l'infirmière d'accueil elle est en charge d'une situation complexe elle va en parler avec ses collègues, avec le cadre, avec le médecin présent... »

En approfondissant la question lors des entretiens, on comprend cependant bien qu'il y a des accords implicites sur ce qui constitue une urgence, et que toutes les « urgences » ne sont pas mises sur le même plan : il y a des situations d'urgence vitale, des situations de « crise », des situations où une intervention précoce est plus importante que dans d'autres... Les CMP utilisent des terminologies différentes, mais on retrouve une division fréquente :

- en 2 catégories : d'une part les situations d'« urgence », et d'autre part toutes les autres qui sont placées sur une liste d'attente par ordre d'arrivée ;
- ou 3 catégories : les situations d'urgence au sens strict, les situations d'urgence relative, et toutes les autres situations qui sont placées sur une liste d'attente par ordre d'arrivée.

Nous présentons ci-dessous 3 différents niveaux d'urgence, en détaillant les situations prises en compte par la plupart des CMP. Cette présentation est typologique : elle correspond à des catégories repérées dans les entretiens. Elle n'est en aucun cas une recommandation et ne doit pas occulter que chaque CMP a son mode de fonctionnement, que les situations d'urgence sont rarement formalisées

et écrites, et que l'urgence s'apprécie parfois selon un continuum, avec des délais au cas par cas selon les situations individuelles.

Premier niveau : les situations d' « urgence » au sens strict

- les tentatives de suicide et risques suicidaires.

L'urgence dans sa définition la plus étroite, au sens d'urgence vitale, concerne en premier lieu les risques suicidaires, qui sont cités par tous les professionnels rencontrés. La quasi-totalité des professionnels rencontrés essaient de recevoir ces patients dans

*« en psychiatrie c'est le risque suicidaire le numéro 1. La mise en danger de la personne... »
« Urgence c'est quand y a péril, mise en danger, passage à l'acte, porter préjudice à l'intégrité de la personne »*

la journée ou dans un délai de quelques jours maximum, quand ils ne les envoient pas directement aux urgences psychiatriques. Seul un des CMP rencontrés estimait ne pas recevoir dans un délai très court ces patients (un mois environ), et cela parce que certains étaient adressés aux urgences si besoin.

Viennent ensuite les situations non vitales dites « de crise » ou d'« aiguës ». Parmi les situations « aiguës », de « crise » fréquemment citées, on repère :

- Les situations où la personne est mise en danger par un proche/ ou met en danger son entourage, doit être « canalisée ».

Dans ces situations, les professionnels indiquent la présence de troubles du comportement, d'agressivité, de violence. Il peut s'agir en particulier d'états maniaques, mais pas uniquement. Dans tous ces cas, les professionnels estiment qu'il s'agit d'une situation de crise dans laquelle il ne faut pas tarder à intervenir, même s'il ne s'agit pas d'un risque vital.

- Les situations « post traumatiques » suite aux agressions, viols, morts brutales.
- les personnes en situation « délirante », « hors de la réalité »...

Quelles que soient les situations effectivement incluses, les CMP reçoivent les patients dans un délai court de quelques jours au maximum, quitte à modifier les emplois du temps des soignants, ajouter des créneaux de consultation, ou déplacer des patients ayant des rendez-vous au préalable. Quelques CMP ont une ou plusieurs plages horaires dédiées pour accueillir ces urgences (la majorité des CMP rencontrés n'a cependant pas cette organisation, ou ne l'a plus après l'avoir expérimenté par le passé).

Deuxième niveau : les situations d' « urgence relative »

On peut ensuite relever un ensemble de situations « d'urgence relative » pour lesquelles une priorisation sera aussi effectuée dans un grand nombre de CMP par rapport à la liste d'attente, mais dans un délai un peu plus long, et généralement sans ajouter de créneau pour ces rendez-vous. Il s'agit d'une forme d'urgence, mais considérée comme beaucoup plus relative. Dans ces derniers cas, les appréciations et la rapidité de la réponse donnée sont à la fois plus variables d'un CMP à l'autre, selon les professionnels au sein du CMP, selon les particularités de la situation individuelle, les ressources existant par ailleurs dans l'environnement, et les disponibilités du CMP.

Parmi ces situations « d'urgence relative » on relève :

- des situations où la prise en charge précoce apparaît déterminante pour l'évolution future du patient.

La rapidité de la prise en charge apparaît particulièrement importante aux professionnels lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, et plus particulièrement dans le cadre de certaines pathologies, comme les troubles du spectre autistique ; Lorsqu'il existe un risque de déscolarisation, quand l'enfant provoque des troubles à l'école, ou dans son institution ; ou lorsque les disfonctionnements mère-enfant sont à l'origine des troubles.

« les enfants avant 5 ans, on ne fait pas attendre car l'évolution de l'enfant est en jeu »

« dans le cadre du refus scolaire, on est pas dans une dynamique d'urgence à la semaine, mais il faut une réponse rapide pour ne pas avoir un décrochage total... parce que c'est des situations plutôt calmes mais qui ont un risque par rapport à la scolarité de l'enfant. C'est pas le même niveau de crise, mais un risque de rupture...on essaie d'avoir une réponse assez rapide. »

« un enfant qui va être très en difficulté dans un foyer qui va présenter des gros troubles du comportement...il a été reçu de façon prioritaire par rapport à la liste d'attente. Voilà mais ça ça va être un peu au cas par cas »

- les relais de soins

Sont considérés comme relais de soins les patients suivis auparavant dans un CMP d'un autre secteur et ayant déménagé, ou les sorties d'hospitalisation (psychiatrique). Parce qu'ils présentent une certaine fragilité ou pour assurer la continuité des soins, les patients ne sont pas mis sur liste d'attente comme les autres demandeurs, ou pas sur la même liste. Un certain nombre d'entre eux, sortis d'hospitalisation, sont en programme de soins, avec des obligations les concernant qui amènent de facto à la nécessité d'une prise en charge quasi immédiate (injection retards, certificats mensuels à réaliser...)

Chez les adultes¹⁸, lorsqu'il s'agit d'une sortie d'hospitalisation, le délai moyen mesuré pour avoir un rendez-vous d'évaluation est de 10,2 jours, délai plus court que pour les autres situations (24,9 jours). Le délai moyen pour la prise en charge ne diffère pas significativement selon qu'il s'agit d'une sortie d'hospitalisation ou non. Concernant le rendez-vous avec un psychiatre, le délai est également plus court pour les sorties d'hospitalisation (45,7 jours contre 66,5 jours pour les autres situations).

- le fait d'être adressé par un partenaire du CMP

On observe peu de variations des délais selon que la personne est adressée ou non par un partenaire, et ces variations sont difficiles à interpréter. Chez les adultes, seul le délai moyen pour un rendez-vous avec un psychiatre est légèrement plus court pour les personnes adressées par un partenaire du CMP (58,6 jours contre 69,1 pour les personnes d'elles-mêmes ou adressées par leur famille).

Si le fait d'être adressé par un partenaire est susceptible d'apporter une forme de priorisation, c'est d'abord et avant tout lorsque les partenaires interpellent le CMP en déclarant/suggérant une urgence, une certaine gravité de la situation. La tendance à prendre en compte ces avis des partenaires extérieurs est d'ailleurs variable. Elle dépend d'une part de leur qualification objective : les avis médicaux seraient ainsi, selon certaines déclarations des acteurs rencontrés, plus

« S'il est adressé aussi par un médecin qui nous appelle, disant : j'ai dans mon cabinet quelqu'un qui ne va pas bien, c'est une notion aussi d'urgence pour nous, parce qu'il a déjà été plus ou moins évalué par un médecin, donc là on prend »

« sont aussi prioritaires tous les relais de collègues du réseau...par exemple psychologues scolaires. Les médecins généralistes, ...une éducatrice, ou un service AEMO qui nous alerte sur une situation critique »

¹⁸ Chez les enfants, seules 3 sorties d'hospitalisation ayant été enregistrées dans les tableaux de bord sur la quinzaine de mars 2019, il n'est pas possible de comparer ces délais avec les autres situations.

souvent pris en compte que les autres, parmi les professionnels extérieurs. D'autre part, elle dépend de la confiance relative qu'ont les professionnels du CMP envers ce partenaire. Ainsi, certains CMP accordent toujours une priorisation quand certains partenaires leur envoient, car ils sont persuadés que la demande est légitime et que l'estimation de la gravité/l'urgence est assez fiable.

De plus, le fait d'être adressé par un partenaire peut être corrélée au fait d'avoir déjà une forme d'accompagnement et de prise en charge, en dehors du CMP. Cela ne va alors pas inciter le CMP à donner un rendez-vous rapidement, surtout vis-à-vis d'autres personnes qui n'auraient aucun accompagnement, et dont la situation serait équivalente. C'est probablement la raison pour laquelle il est constaté chez les enfants un délai plus court pour les personnes venues d'elles-mêmes ou adressées par leur famille uniquement (50,7 jours contre 78,3 jours pour celles adressées par un partenaire).

- Lorsque la personne, un partenaire, ou l'entourage renouvelle la demande et rappelle le CMP

Cette insistance et le fait de rappeler constituerait pour certains professionnels rencontrés un indicateur de l'urgence. Il est cependant difficile de toujours discerner la légitimité de ces demandes : elle peut occasionner la prise en compte de nouveaux éléments objectifs qui alertent les professionnels du CMP, ou n'être qu'une sollicitation insistante de personnes plus mobilisées et motivées pour obtenir un rendez-vous plus rapide. Des divergences sont observées dans les discours des professionnels rencontrés, certains estimant que seuls les éléments caractérisant la situation donnent ou non une priorité, d'autres admettant que le fait de « crier le plus fort » permettra à des patients d'être pris en charge plus vite que ceux qui attendent plus passivement. Si l'on considère les tableaux de bord, quand il est indiqué que l'adresseur ou la personne elle-même a rappelé le CMP, les situations ne sont pas forcément classées comme des situations urgentes, et le délai est en moyenne plus important : il est de 32,1 jours quand il y a eu une relance, contre 19,2 jours pour ceux qui n'ont pas relancé (23,8 jours pour l'ensemble des situations) dans les CMP adultes¹⁹. Le rappel et le renouvellement de la demande apparaît alors potentiellement plus comme la conséquence de délais plus longs.

Autres facteurs susceptibles d'amener une priorisation

On peut enfin identifier quelques autres facteurs susceptibles d'amener une priorisation des CMP, bien que leur lien avec l'urgence du demandeur soit plus limité ou discutable :

- Le fait d'avoir été pris en charge par le passé au CMP ou une autre structure du secteur de psychiatrie

Certains professionnels rencontrés ont mentionné que si la personne était prise en charge par le passé au CMP, ou passée sur une autre structure de l'hôpital (CATTP, Hôpitaux de jour ou de nuit...), connue par tout ou partie de l'équipe, celle-ci pouvait être prise en charge plus rapidement que les autres patients en liste d'attente. Dans les CMP infanto-juvéniles, cela se confirme dans les tableaux de bord avec un délai moyen mesuré entre la prise de contact et le rendez-vous d'évaluation plus court pour les jeunes patients déjà connus du CMP. Dans les CMP adultes, il n'y a pas de différence significative de délai moyen mesuré pour les rendez-vous d'évaluation selon que le patient est déjà connu du CMP ou non.

¹⁹ Dans les CMP IJ, il n'existe pas de différence significative entre les délais suivant si le demandeur a effectué une demande ou non (65,3 jours pour ceux n'ayant pas fait de relance et 88,6 jours pour ceux en ayant fait une).

Délais moyens mesurés selon si la personne est connue ou non du CMP

	Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV d'évaluation		Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV de prise en charge		Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV de psychiatre	
	Personne déjà connue du CMP	Personne non connue du CMP	Personne déjà connue du CMP	Personne non connue du CMP	Personne déjà connue du CMP	Personne non connue du CMP
CMP infanto-juvéniles	41,7 j.	79,0 j.	84,8 j. (Différence non significative)	95,5 j. (Différence non significative)	83,2 j. (Différence non significative)	93,8 j. (Différence non significative)
CMP Adultes	24,5 j. (Différence non significative)	22,8 j.	32,0 j. (Différence non significative)	34,9 j.	68,6 j.	58,5 j.

- La présentation physique au CMP, plutôt que l'appel téléphonique

La présentation physique d'un patient au CMP peut lui permettre dans certaines situations de bénéficier d'un accueil rapide par un soignant disponible au moment de son passage. Cette disponibilité circonstanciée peut être liée au remplacement d'un temps de consultation (un autre patient ayant annulé/ne s'étant pas présenté), d'un temps du soignant consacrée à une autre tâche, ou encore entre deux rendez-vous, ou après les temps de présence habituels du soignant... Les professionnels accordent cependant ces rendez-vous en fonction de leurs possibilités et au cas par cas, avec une appréciation encore une fois de la situation de la personne et de l'importance de la recevoir rapidement.

Les tableaux de bord montrent que, dans les CMP infanto-juvéniles, le délai moyen mesuré entre la prise de contact et le 1^{er} rendez-vous d'évaluation est significativement plus court pour les personnes qui se sont présentées physiquement au CMP que pour ceux qui ne se sont pas présentés physiquement (contact par téléphone, courrier, mail, etc.)²⁰. Le même constat est fait pour les CMP adultes.

Délais moyens mesurés selon si la personne s'est présentée physiquement au CMP ou non

	Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV d'évaluation		Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV de prise en charge		Délais moyens mesurés 1 ^{er} RDV de psychiatre	
	Personne présentée physiquement	Personne non présentée physiquement	Personne présentée physiquement	Personne non présentée physiquement	Personne présentée physiquement	Personne non présentée physiquement
CMP infanto-juvéniles	33,1 j.	79,6 j.	59,0 j.	99,6 j.	85,7 j. (Différence non significative)	92,8 j. (Différence non significative)
CMP Adultes	11,2 j.	25,7 j.	26,0 j.	37,1 j.	62,4 j. (Différence non significative)	64,1 j. (Différence non significative)

²⁰ Cette différence est toujours constatée avec l'estimation des délais de rendez-vous d'évaluation (11,2 jours contre 30,4 jours chez les adultes et 72,2 jours contre 128,0 jours chez les enfants et adolescents).

- Patients déjà pris en charge en dehors du CMP

Le fait de savoir que le patient est déjà pris en charge en dehors du CMP, bénéficie d'un autre accompagnement, peut parfois empêcher une priorisation qui aurait pu avoir lieu si le patient n'avait pas été du tout accompagné. Dans les tableaux de bord des CMP adulte, le délai de rendez-vous d'évaluation est plus court pour les personnes non prises en charge à l'extérieur (27,1 jours contre 19,8 jours pour les personnes déjà prises en charge en dehors du CMP). On n'observe cependant aucune différence significative pour les délais de prise en charge et de psychiatre en fonction de ce critère. Dans les CMP infanto-juvéniles, il n'y a pas de différence significative pour les délais de rendez-vous d'évaluation, et de psychiatre. Par contre, le délai moyen de prise en charge est plus court pour les personnes non prises en charge par ailleurs (84,9 jours contre 126,2 jours pour les personnes déjà prises en charge en dehors du CMP).

3ème niveau : les situations non urgentes

Dans la grande majorité des cas, toutes les situations ne relevant pas des caractéristiques d'« urgence » au sens strict ou d'« urgence relative » décrites ci-dessus sont traitées par les CMP par ordre chronologique d'arrivée.

Toutefois, il semble important pour une partie des professionnels rencontrés de réaliser une actualisation régulière des listes d'attente existantes, en contactant les patients et les familles pour connaître l'évolution de leurs situations et leurs besoins. Cela leur apparaît comme une pratique nécessaire et complémentaire aux autres adaptations du traitement des nouvelles demandes. D'une part, cette nouvelle prise de contact de la part du CMP permet d'exclure les situations où les patients ne sont plus en demande /ou ont trouvé une autre solution d'accompagnement. D'autre part, elle maintient le lien avec les patients et les familles qui constatent par cette démarche que la solution du CMP va bien avoir lieu, et donne un temps d'écoute minimal et d'intérêt pour la situation, qui améliore le vécu des personnes dans l'attente. Enfin, elle permet le cas échéant de redonner une priorité à certaines situations.

Limites à la formalisation du traitement des urgences

Si tous les CMP rencontrés font leur possible pour prendre en charge au plus tôt les cas jugés « urgents », et estiment cela indispensable, ils sont beaucoup plus partagés sur la nécessité de formaliser cette pratique dans l'organisation. En effet, certains mettent en avant plusieurs risques et difficultés à établir précisément des critères d'urgence :

- La prise en compte de toutes les situations potentielles d'urgence est difficile à conceptualiser.
- Il existe de ce fait aussi un risque à établir trop de critères d'urgence. En étant trop inclusifs, il ne sera pas possible de prendre en charge tous les patients concernés dans un délai vraiment rapide.
- La réponse reste à ajuster au cas par cas.

« c'est vrai qu'on pense tout de suite au risque suicidaire, mais y a plein de choses qui font que le patient il a besoin d'être contenu ou d'être hospitalisé, y a pas une liste.(...) Y a pas de en cas de, on peut pas faire de procédure, ça n'existe pas. »

De plus, nombre de professionnels rencontrés estiment ne pas devoir mettre en place des créneaux horaires dédiés aux urgences de façon régulière. La mise en place de créneaux d'urgence a pu être

expérimentée par le passé mais la plupart des CMP les ont abandonnés car il apparaissait difficile de maintenir ces créneaux :

- les urgences ne surviennent pas toujours dans les créneaux horaires prévus pour cela.
- des créneaux d'urgence risquent de n'être pas utilisés, alors que des patients sont en attente de soin par ailleurs.
- les médecins ont tendance à vouloir utiliser ces créneaux d'urgence pour voir des patients qu'ils suivent habituellement et qu'ils estiment devoir revoir plus rapidement, même s'il s'agit d'urgences relatives.

2.3. La réorientation d'une partie des nouvelles demandes

Une réorientation à la marge, des suggestions alternatives plus fréquentes

La réorientation d'un certain nombre de demandes adressées aux CMP constitue une possibilité de concentrer les moyens des CMP sur le cœur de leurs missions. D'un CMP à l'autre on peut observer une tendance plus ou moins forte à réorienter certaines demandes reçues par téléphone (acceptant ou non l'inscription sur liste d'attente), selon le champ des missions que le CMP accepte de remplir, les périodes, les postes pourvus, les ouvertures de filières.

« Ensemble on décide une orientation, psychologue, psychiatre de ville, psychiatre public...ou pas de suivi, ou réorientation sur des professionnels compétents en fonction de la pathologie. Genre Csapa, ou post traumatique »
« Le secrétariat propose aussi aux parents de contacter des collègues en libéral, et donnent les coordonnées du Camps-CMPP... et elle annonce aussi les lieux de soins d'urgence. Et puis elles orientent aussi vers le psychologue scolaire en fonction des situations ou le médecin généraliste. »

Dans quelques CMP ont été décidées des évolutions des organisations et des missions, amenant à ne pas prendre en charge toutes les demandes. Ces réorientations peuvent être effectuées dès la prise de contact, par le secrétariat, ou seulement après un premier entretien d'évaluation.

Ainsi, parmi les demandes adressées aux CMP susceptibles d'être réorientées, on relève :

- Les demandes relatives aux enfants qui concernent des difficultés scolaires éducatives, ou des troubles légers des apprentissages.
- Les demandes de patients ou de familles ayant les moyens financiers de s'adresser au secteur privé.
- les demandes de patients dont le profil peut être pris en charge par une autre filière spécialisée, sectorisée ou non, sur des territoires variables (filière addictologie, psychotraumatologie, maladies neurodéveloppementales, filière réservée à une classe d'âge, comme les adolescents pour le centre Oreste à Tours...).
- des situations de souffrance psychique modérée, ne relevant pas de la stricte psychiatrie.

« On reçoit des difficultés scolaires et on ne devrait pas, on devrait recevoir que les troubles des apprentissages constitués »

« c'est comme ça. Faut faire des choix. Maintenant on est décomplexé au début c'était compliqué, on peut parler d'argent avec la personne au téléphone »

« tiens untel est plus spécialisé dans ça, ce qui évite de laisser nos patients orientés vers le psychiatre dans notre secteur, si c'est un psychotrauma vaut mieux l'adresser à un psychotrauma, si c'est addicto, ...si y a une clause pénale...parce qu'on a fait intervenir beaucoup d'acteurs extérieurs travaillant au niveau du CHU(...). Sur ça on a gagné du temps. »

Cette pratique de réorientation est encore peu mise en œuvre dans les CMP rencontrés : la plupart des CMP rencontrés, reçoivent et intègrent toutes les demandes. En revanche, certains informent les demandeurs des autres possibilités qui se présentent à eux, en plus de la demande du CMP, ils proposent des solutions « dans l'attente » et/ou en alternative.

« On ne peut pas prendre tout le monde, donc on a fait des choix, avec lesquels on est un peu...moi je suis un peu le mauvais...parce qu'il faut quelqu'un qui tranche. Moi ça me frustre parce que les choix que je leur demande de faire c'est pas en accord avec mon éthique... »

Cette pratique suscite des interrogations et réflexions des acteurs rencontrés. D'un côté, ils ont conscience de ne pouvoir répondre à toutes les demandes des patients dans un délai convenable, de l'autre, dans leurs représentations, il est dans les missions de service public d'accueillir toutes les demandes, et ils savent pertinemment que les acteurs et ressources extérieurs aux CMP ne sont pas nécessairement plus disponibles. Certains CMP indiquent ainsi réaliser beaucoup d'évaluation des nouvelles demandes, mais n'ont pas de possibilité de proposer les soins nécessaires suite à celles-ci, que les bilans, soins, soient du ressort du CMP ou d'autres acteurs.

Une alternative à la réorientation : l'évaluation des situations par une autre structure

Dans certaines configurations, le premier accueil et évaluation des personnes peut être fait par une autre structure. C'est par exemple le cas dans un secteur infanto-juvénile d'Eure-et-Loir, où toutes les nouvelles demandes d'adolescents sont reçues et traitées par la MDA (qui est rattachée administrativement au même établissement hospitalier). Dans ce cas de figure, la MDA accepte un certain nombre de situations qu'elle traite elle-même, ou les réoriente vers le CMP, ou d'autres acteurs. Ainsi, depuis la mise en place de cette organisation, seuls 20% des nouvelles demandes sont orientées sur le CMP.

« Tout le reste est géré au niveau de la MDA, ils font des accompagnements généralement sur une période courte...ou des fois ils accompagnent en attendant un relai, mais le personnel est compétent, expérimenté en psychiatrie, pour être capable de cette évaluation. Le personnel de la MDA vient régulièrement aux synthèses pour présenter les situations quand il y a un relai du CMP...sinon le reste il le gère. Certains jeunes restent à la MDA, mais plus tard si la situation ne s'arrange pas ils peuvent toujours arriver sur le CMP »

On peut relever que cette organisation repose sur l'idée que toutes les demandes qui sont habituellement adressés au CMP ne nécessitent pas d'être médicalisées, et peuvent être prise en charge différemment. Il peut s'agir d'un accompagnement par une maison des adolescents, mais le principe est avant tout celui de réponses graduées en fonction des besoins.

« pas besoin de médicaliser, avec du personnel qui tient la route qui travaille en psychiatrie, qui a connaissance...on peut les gérer autrement en fait, sans forcément les amener à être psychiatrisé dans un service. C'est ça la logique c'est de graduer la réponse, et du coup de concentrer les moyens les plus importants pour ceux qui sont le plus en difficulté »

La disponibilité et les missions des acteurs extérieurs aux CMP (CAMSP, CMPP, libéraux...)

Il apparaît clairement que la plus ou moins grande accessibilité d'offre de soins alternative au CMP sur les territoires impacte directement le volume de demandes auxquelles les CMP ont à répondre. Non seulement cette disponibilité affecte le volume mais également la nature des demandes. Par exemple certains CMPP gardent une orientation généraliste comparable aux CMP présents sur leur territoire et tous répondent aux demandes concernant l'ensemble des enfants. Ailleurs, « les files actives des CMP et des CMPP sont complètement différentes, les structures s'étant accordées sur le champ de compétences de chacune : les CMPP sur le versant des apprentissages et les CMP sur les troubles psychiques »²¹. L'offre de psychologues libéraux et de psychiatres libéraux ne permet pas de répondre

²¹ Mission relation à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-II) rapport établi par C.Branchu ; J.Butcher ; Dr J.Emmanueli ; F-M Robineau, IGAS, 2016

exactement aux mêmes problématiques, de même que certaines autres ressources sont plutôt spécialisées sur une dimension éducative, ou sociale.

La tendance des partenaires d'un territoire à accepter des demandes ou au contraire à adresser des patients sur le CMP ne peut pas être simplement évaluée. Lorsque les partenaires extérieurs ont connaissance de difficultés à obtenir un rendez-vous sur un CMP, ou savent que certaines demandes spécifiques ne seront pas prises en charge par le CMP de leur secteur, ils orientent alors directement des patients sur d'autres professionnels. Il n'y alors pas de réorientation mesurable dans les tableaux de bord des CMP, ou seulement de façon incomplète.

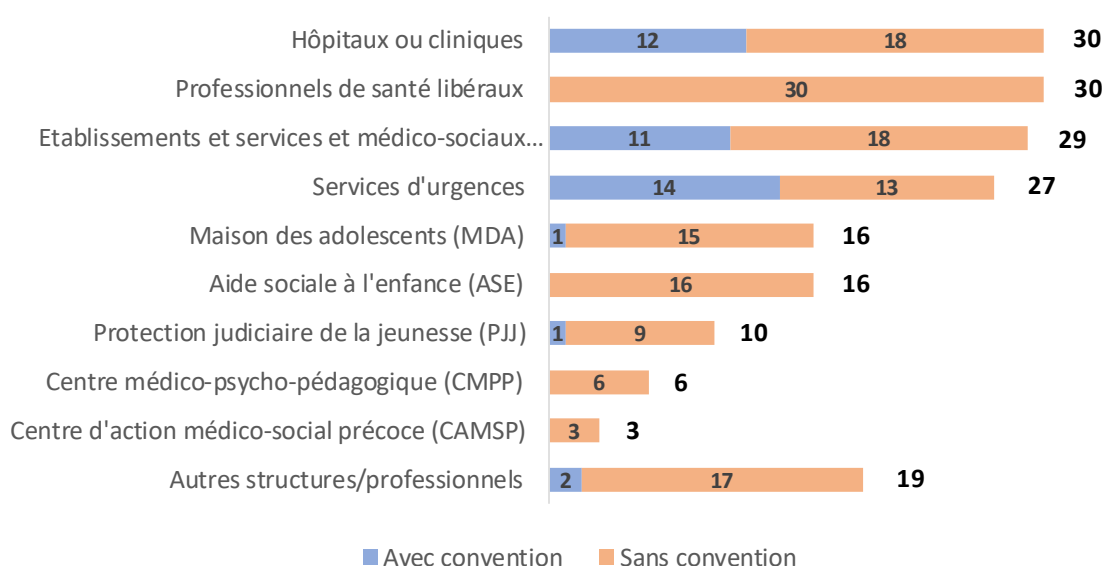
La disponibilité des partenaires et autres structures des territoires impacte aussi la potentielle sortie des prises en charge par le CMP. Lorsque la situation des patients s'améliore, et/ou lorsqu'une orientation sur une autre structure spécialisée est nécessaire, le temps pendant lequel celui-ci reste accompagné par le CMP peut varier, non seulement en fonction de l'état du patient mais aussi beaucoup en fonction de la disponibilité des autres structures où des délais importants existent aussi sur la région, par exemple en secteur médicosocial, ou en hôpital de jour.

Si l'on considère les partenariats cités dans les questionnaires adressés aux CMP, on constate que ceux-ci sont nombreux. La plupart des établissements disposent en effet de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales mais aussi avec des établissements sanitaires (pour des soins spécialisés ou somatiques). Ces partenariats reposent parfois sur des conventions mais l'existence de celles-ci ne suffit pas à décrire la nature et la qualité des relations, les limites de leurs interventions respectives, la mobilisation du CMP par les partenaires et inversement. On peut toutefois présenter globalement les principaux partenariats noués pour rendre compte de l'articulation des CMP avec les autres structures de leur environnement.

« Si le patient va mieux, tant mieux... on essaie de faire un point en synthèse pour les situations, au bout d'un certain temps...est-ce que la PEC est pertinente ou pas. Et si y a une PEC qui nécessite une orientation vers un Sessad ou un IME...on monte un dossier avec la MDPH les parents, l'école, pour faire un relai vers une structure médicosociale »

« c'est vrai que y a des enfants qui ont des soins au long cours y a des orientations vers des structures par la MDPH, ITEP, IME, SESSAD, après y a des longs délais d'attente aussi de l'autre côté donc on assure le suivi dans l'intervalle... »

Partenariats des CMP Adultes avec des structures ou professionnels externes (N=31)

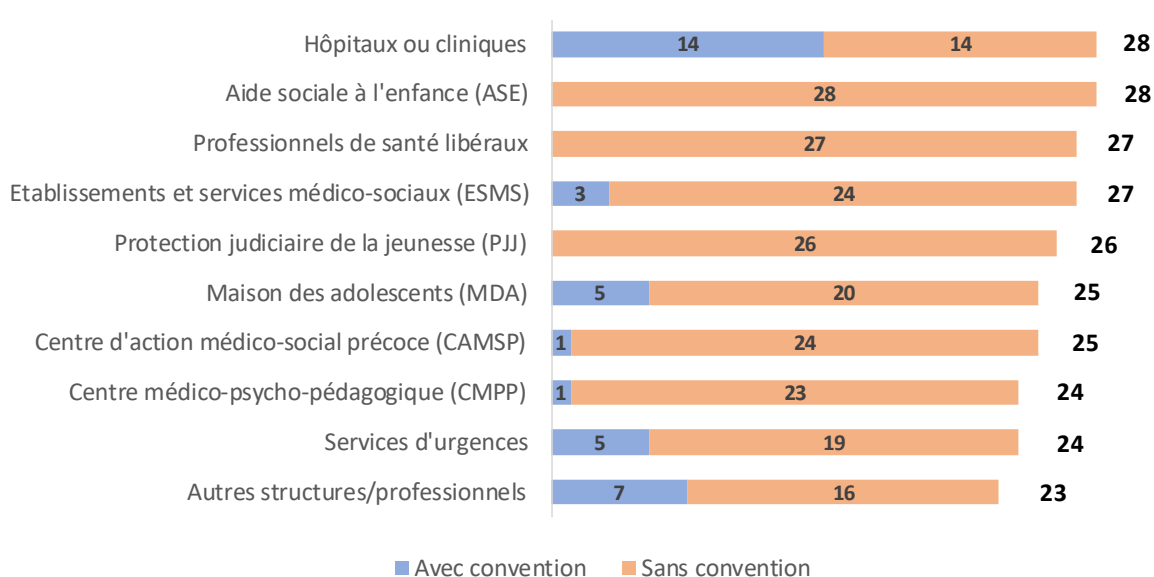


Parmi les partenariats avec les autres structures, on retrouve : l'Apleat, les CCAS, les SPIP, les MAIA, l'Education nationale, les Missions locales, Pôle Emploi, les CADA, les SAVS – SAMSAH

Certains CMP Adultes réalisent des consultations de suivi hors les murs :

- 30 CMP sur 31 font des consultations de suivi à domicile. 6 d'entre eux ont une équipe dédiée à ces déplacements ;
- 23 CMP sur 31 en réalisent en établissement médico-social dont 7 ont une équipe dédiée à ces déplacements ;
- 2 CMP réalisent des suivis en établissements pénitentiaires avec une équipe dédiée pour ces déplacements ;
- 11 CMP réalisent des suivis dans d'autres lieux notamment dans d'autres services des hôpitaux.

Partenariats des CMP infanto-juvéniles avec des structures ou professionnels externes (N=28)



Parmi les partenariats avec les autres structures, on trouve notamment : les services d'AEMO, l'Education nationale, les PMI, les MECS, les DAPAD, les MDD, la MDPH.

Certains CMP Enfants/Ados réalisent des consultations de suivi hors les murs :

- 12 CMP sur 28 font des consultations de suivi à domicile. Aucun d'entre eux ont une équipe dédiée à ces déplacements ;
- 2 CMP sur 28 en réalisent en établissement médico-social. Aucun n'a une équipe dédiée à ces déplacements ;
- Aucun CMP réalise des suivis en établissements pénitentiaires ;
- 15 CMP réalisent des suivis dans d'autres lieux notamment dans d'autres services des hôpitaux et établissements scolaires. 4 de ces CMP ont une équipe dédiée à ces déplacements.

3. Facteurs relatifs aux modalités de soins et aux pratiques professionnelles au cours des prises en charge

L'ensemble des modes de travail des CMP impacte aussi les durées des prises en charge, la disponibilité des soignants, et au final leur capacité à répondre au besoin de soins d'un certain nombre de patients dans un délai déterminé. Agir sur ces facteurs n'est pas toujours possible, ou engage des modifications des pratiques qui peuvent être profondes, des adaptations éventuelles des autres structures de psychiatrie (HJ, intra...). Ces facteurs n'ont pas été fortement développés dans l'enquête, mais ils constituent également des leviers potentiellement intéressants pour les délais d'attente dans quelques cas de figure. Nous les évoquons ici, même si un travail plus approfondi sur ces pratiques serait nécessaire pour connaître non seulement leur impact réel sur les délais d'attente, mais aussi leur pertinence clinique, et toutes les conséquences secondaires, en termes de qualité de prise en charge, et d'autres aspects encore.

3.1. L'existence et le volume des prises en charge de groupe

Même si la tendance des demandes des patients et des familles semble s'orienter vers des prises en charge individuelle, pour certains professionnels, le développement des prises en charge de groupe, de CATTP constitue un levier pour prendre en charge une partie des patients, et ainsi retrouver plus de disponibilités pour les consultations individuelles.

Tous les soignants font des prises en charge individuelle ou de groupe...eux ils les voient une fois par semaine, l'éducatrice et psychomotricienne pareil, et elles font des prises en charge en groupe, l'orthophoniste fait aussi individuel et en groupe, les psychologues font des prises en charge surtout individuelles. Médecin ça dépend...

3.2. La fréquence des rendez-vous/ l'espacement entre les séances

D'après les déclarations des professionnels en entretien, on peut comprendre qu'il existe, à situation équivalente, des variations des pratiques dans l'espacement moyen entre les séances des professionnels, en serait-ce que parce que certaines prises en charge sont effectuées par plusieurs professionnels.

Si la fréquence des rendez-vous résulte en partie des besoins des patients, il existe néanmoins des leviers d'actions potentiels, par exemple sur les périodes où un suivi est amené à s'arrêter, lorsque l'état d'un patient s'améliore. L'espacement des séances avant l'arrêt du suivi peut être envisagé, et cela d'autant plus qu'il existe d'autres formes d'accompagnements, au CMP ou à l'extérieur, pour prendre un relais et assurer un suivi plus distant du patient.

« c'est des patients peut-être il y a 10 ans on les gardait de façon plus continue. On réoriente les prises en charge, alors pour certains patients c'est une bonne chose, de les remettre dans un mouvement, de pas habiter au CMP toute leur vie...et puis pour d'autre, probablement que c'est un manque »

Par exemple, la possibilité de maintenir certains patients sur des activités de groupe permet de conserver un certain suivi du patient par un professionnel, qui relaiera à nouveau un éventuel besoin de prise en charge individuelle. Le fait de disposer d'un panel de soins plus diversifié en psychiatrie permet d'autant plus facilement l'espacement des consultations individuelles. De même que pour le début d'une prise en charge, l'arrêt de la prise en charge par le CMP peut faire l'objet de différentes modalités d'organisation (décision uniquement par le médecin référent, réunion de fin de prise en charge).

3.3. La durée des rendez-vous

En fonction des organisations, du travail réalisé par le professionnel, en prenant en charge tous les aspects de la prise en charge d'un patient ou seulement une partie, la façon dont celui-ci exerce, on observe des variations des pratiques soignantes quant à la durée des rendez-vous. Ainsi, nous avons pu comprendre que certains médecins recevaient chaque patient 15 minutes, d'autres 30 minutes, d'autres jusqu'à 1 heure. Globalement la plupart des médecins ont vu leur activité clinique se réduire au fil des années, et ont désormais des prises en charge partagées avec d'autres soignants. Certains réalisent encore la première évaluation à part entière, quand d'autres utilisent en partie les renseignements pris par un soignant au préalable. Des variations existent aussi sur les temps de consultation des autres personnels, même s'il semble exister une homogénéité plus grande des pratiques au regard des entretiens menés.

3.4. Les approches thérapeutiques

La nature des approches thérapeutiques impacte aussi potentiellement les durées des prises en charge. Les palettes de soin étant très diversifiées, de même que les besoins des patients, il ne s'agit pas ici de déterminer la pertinence de leurs indications. Mais globalement, les thérapies dites « brèves » comportent naturellement un avantage par rapport à d'autres en termes de durée des prises en charge et donc de délais d'attente.

« Aujourd'hui il y a une demande de la population d'accompagnement, pas forcément de psychanalyse, mais il faut des réponses rapides, il y a une forme de consumérisme (...) il y a aussi dans la volonté des gens d'avoir de la thérapie brève. »

« Et puis on a aussi demandé aux psycho de faire des thérapies un petit peu plus brèves. Dans un premier temps ils répondent aux symptômes et puis peut être que pour les psychothérapies longues ils orientent. Ils sentent aussi le besoin de la personne de gratter un peu plus... ou soulagés par la prise en charge du moment, ils sont pas forcément dispos à aller gratter. Nos récents psychologues c'est comme ça. Ça permet d'avoir plus de disponibilités. »

Néanmoins, ces thérapies doivent correspondre aux besoins des patients, et pouvoir être mises en œuvre par les professionnels exerçant au sein du CMP. Certains acteurs rencontrés ont relevé que l'orientation vers les thérapies brèves constituait une évolution globale, d'un certain nombre de soignants dans le champ de la santé mentale, depuis quelques années. Cette orientation résulte à la fois des formations des professionnels, des demandes de la population, et parfois d'une recherche d'efficacité des CMP dans la politique de recrutement et de formation des personnels. Quelles qu'en soient les origines, le développement de thérapies brèves, a de fait une conséquence positive sur la durée des prises en charge et donc aussi sur les délais d'attente.

3.5. La montée en compétence des infirmiers

La montée en compétence des personnels infirmiers, qu'elle aboutisse ou non à terme par l'obtention du titre d'infirmiers de pratique avancée, traduit une évolution générale des pratiques en CMP. Les infirmiers, parce que plus disponibles, sont plus souvent investis dans une partie des missions qui étaient auparavant dévolues à d'autres professionnels : les entretiens d'évaluation, comme nous l'avons vu, mais aussi des entretiens de soutien en attente de la disponibilité d'un autre professionnel. Les entretiens infirmiers se sont imposés pour faire face à la montée et la diversification des demandes de consultation dans les CMP et l'augmentation en conséquence des délais de réponse médicale. Au cours de ces entretiens, les infirmiers vont identifier la nature du besoin et de la problématique à traiter, évaluer son urgence et sa dangerosité, et apporter un début de réponse à la situation : soutien émotionnel, proposition d'un autre rendez-vous avec cet infirmier (ou un autre), orientation, selon les cas, vers d'autres ressources si la demande est plus d'ordre social ou médico-social que psychiatrique ; ou passage de relais à un médecin psychiatre, un psychologue...

Ces rendez-vous constituent parfois le véritable début de la prise en charge, et seront même parfois les seuls à être réalisés auprès du patient.

« Les infirmiers pallient aussi au manque de psychologues et font des entretiens de soutien notamment au début, aussi beaucoup, ça c'est la réalité. Que ce soit au CMP ou dans les antennes...ils font les entretiens de soutien en attendant d'être vus par un psycho. »

« On va aussi vers les pratiques avancées maintenant, c'est pas par hasard, c'est aussi pour pallier (...) Elles (les infirmières de pratique avancée) seront responsables sur tout un parcours patient, elles seront à même de renouveler une ordonnance »

« On offre d'autres alternatives...et de là, comme il nous manque un psychiatre, là les infirmiers font toujours les entretiens, et au lieu de les renvoyer sur les psychiatres, et quand les psycho sont embolés, les infirmiers de fait, de leur propre initiative disent au moment du débriefing, je pense que c'est pas de la psychothérapie au long cours, si on se revoit deux trois fois sur un jour de permanence ça peut le faire. Les infirmiers ont donc développé leurs entretiens, et font des entretiens de soutien... »

Annexes

Questionnaire structure

Identification du CMP

1. Nom du CMP : _____
2. Adresse du CMP : _____
3. Secteur psychiatrique : _____

Organisation du CMP

4. Le CMP a-t-il plusieurs lieux physiques de consultation (CMP pivot, antennes, annexes, permanences, etc.) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



5. Nombre de lieux physiques : __

Pour chaque lieu physique, veuillez indiquer les éléments suivants :

Lieu 1

6.1 Nom du lieu 1 : _____

7.1. Adresse du lieu 1 : _____

8.1. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du lieu 1 (hors CATTP et hôpital de jour) : __h__

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9.1. Effectifs pourvus et présence hebdomadaires des professionnels du lieu 1 (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de présence</u> cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de consultation**</u> cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h__	__h__
Psychologue(s)		__h__	__h__
Infirmier(ères)		__h__	__h__
Educateur(trices) spécialisé(es)		__h__	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h__	
Psychomotricien(nes)		__h__	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h__	
Orthophoniste(s)		__h__	
Assistant(es) social(es)		__h__	
Secrétaire(s)		__h__	
Ergothérapeute(s)		__h__	

* : Indiquer l'effectif en nombre de personnes et non en ETP.

** : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.

Lieu 2 (à remplir s'il y a deux lieux)

6.2. Nom du lieu 2 : _____

7.2. Adresse du lieu 2 : _____

8.2. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du lieu 2 (hors CATTP et hôpital de jour) : __h __

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9.2. Effectifs pourvus et présence hebdomadaires des professionnels du lieu 2 (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de présence</u> cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de consultation**</u> cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h __	__h __
Psychologue(s)		__h __	__h __
Infirmier(ères)		__h __	__h __
Educateur(trices) spécialisé(es)		__h __	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h __	
Psychomotricien(nes)		__h __	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h __	
Orthophoniste(s)		__h __	
Assistant(es) social(es)		__h __	
Secrétaire(s)		__h __	
Ergothérapeute(s)		__h __	

* : Indiquer l'effectif en nombre de personnes et non en ETP.

** : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.

Lieu 3 (à remplir s'il y a 3 lieux)

6.3. Nom du lieu 3 : _____

7.3. Adresse du lieu 3 : _____

8.3. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du lieu 3 (hors CATTP et hôpital de jour) : __h __

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9.3. Effectifs (pourvus) et présence hebdomadaires des professionnels du lieu 3 (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de présence</u> cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de consultation**</u> cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h __	__h __
Psychologue(s)		__h __	__h __
Infirmier(ères)		__h __	__h __

Educateur(trices) spécialisé(es)		__h__	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h__	
Psychomotricien(nes)		__h__	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h__	
Orthophoniste(s)		__h__	
Assistant(es) social(es)		__h__	
Secrétaire(s)		__h__	
Ergothérapeute(s)		__h__	

* : Indiquer l'effectif en nombre de personnes et non en ETP

** : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.

Lieu 4 (à remplir s'il y a 4 lieux)

6.4. Nom du lieu 4 : _____

7.4. Adresse du lieu 4 : _____

8.4. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du lieu 4 (hors CATTP et hôpital de jour) : __h__

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9.4. Effectifs pourvus et présence hebdomadaires des professionnels du lieu 4 (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires de présence cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires de consultation** cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h__	__h__
Psychologue(s)		__h__	__h__
Infirmier(ères)		__h__	__h__
Educateur(trices) spécialisé(es)		__h__	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h__	
Psychomotricien(nes)		__h__	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h__	
Orthophoniste(s)		__h__	
Assistant(es) social(es)		__h__	
Secrétaire(s)		__h__	
Ergothérapeute(s)		__h__	

* : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.

Lieu 5 (à remplir s'il y a 5 lieux)

6.5. Nom du lieu 5 : _____

7.5. Adresse du lieu 5 : _____

8.5. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du lieu 5 (hors CATTP et hôpital de jour) : __h__

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9.5. Effectifs pourvus et présence hebdomadaires des professionnels du lieu 5 (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de présence</u> cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de consultation**</u> cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h__	__h__
Psychologue(s)		__h__	__h__
Infirmier(ères)		__h__	__h__
Educateur(trices) spécialisé(es)		__h__	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h__	
Psychomotricien(nes)		__h__	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h__	
Orthophoniste(s)		__h__	
Assistant(es) social(es)		__h__	
Secrétaire(s)		__h__	
Ergothérapeute(s)		__h__	

* : Indiquer l'effectif en nombre de personnes et non en ETP

** : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.

Si non (à la q°4)



8. Nombre d'heures d'ouverture hebdomadaires du CMP (hors CATTP et hôpital de jour) : __h__

(s'il est variable selon les semaines, indiquez une valeur moyenne)

9. Effectifs pourvus et présence hebdomadaires des professionnels du CMP (hors CATTP et hôpital de jour) :

Professionnels	Effectif exerçant sur ce lieu (pourvu)*	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de présence</u> cumulé	Nombre total d'heures hebdomadaires <u>de consultation**</u> cumulé
Médecin(s) psychiatre(s)		__h__	__h__
Psychologue(s)		__h__	__h__
Infirmier(ères)		__h__	__h__
Educateur(trices) spécialisé(es)		__h__	
Educateur(trices) de jeunes enfants		__h__	
Psychomotricien(nes)		__h__	
Moniteur(s) éducateur(s)		__h__	
Orthophoniste(s)		__h__	
Assistant(es) social(es)		__h__	
Secrétaire(s)		__h__	
Ergothérapeute(s)		__h__	

* : Indiquer l'effectif en nombre de personnes et non en ETP

**** : N'indiquer que le nombre d'heures hebdomadaires de consultation, ne pas inclure le nombre d'heures d'ateliers thérapeutiques notamment pour les infirmier(ère)s.**

10. Réalisez-vous des consultations de suivi (psychiatre, psychologue, infirmier(ère)) à domicile ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



10a. Existe-t-il une équipe dédiée pour ces déplacements ?

- ☐ Oui
☐ Non

11. Réalisez-vous des consultations de suivi (psychiatre, psychologue, infirmier(ère)) en établissement médico-social (Ehpad, foyers handicap, CHRS...) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



11a. Existe-t-il une équipe dédiée pour ces déplacements ?

- ☐ Oui
☐ Non

12. Réalisez-vous des consultations de suivi (psychiatre, psychologue, infirmier(ère)) en établissement pénitentiaire ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



12a. Existe-t-il une équipe dédiée pour ces déplacements ?

- ☐ Oui
☐ Non

13. Réalisez-vous des consultations de suivi (psychiatre, psychologue, infirmier(ère)) dans d'autres lieux ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



Précisez dans quel(s) autre(s) lieu(x) : _____

13a. Existe-t-il une équipe dédiée pour ces déplacements ?

- ☐ Oui
☐ Non

La population couverte par le CMP

14. Quel est l'âge des personnes suivies dans votre CMP ? de __ ans à __ ans

15. Le CMP est-il spécialisé dans la prise en charge d'une ou plusieurs population(s) ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui,



16. Laquelle/Lesquelles ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Autisme
☐ Population âgée
☐ Population carcérale
☐ Population victime de violence
☐ Addictologie
☐ Population migrante
☐ Autre : _____ (préciser)
☐ Autre : _____ (préciser)

Partenariat

17. Le CMP intègre-t-il des activités d'hôpital de jour ou de CATTP ?

- ☐ Oui
☐ Non

18. Avec quel(les) structure(s)/professionnel(s) le CMP travaille-t-il ?

	Oui, avec convention de partenariat formalisée	Oui, sans convention de partenariat formalisée	Non	Préciser en quoi consiste ce partenariat ?
a) Maison des adolescents	☐	☐	☐	
b) Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	☐	☐	☐	
c) Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	☐	☐	☐	
d) Hôpital ou clinique	☐	☐	☐	
e) Service des urgences	☐	☐	☐	
f) Professionnel(s) libéral(iaux)	☐	☐	☐	
g) Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	☐	☐	☐	
h) Aide sociale à l'enfance (Ase)	☐	☐	☐	
i) Structures et services médico-sociaux : _____ (préciser)	☐	☐	☐	
j) Autre : _____ (préciser)	☐	☐	☐	

Organisation d'une première prise en charge

19. Quel est le nombre de nouvelles demandes de prise en charge en 2018 ? _____

20. Au 18 mars 2019, quel est le nombre de patients en attente d'un premier rendez-vous ? _____

21. Lors d'un appel/d'une présentation physique, quel est généralement le délai annoncé pour avoir un rendez-vous ?

22. Le rendez-vous est-il fixé dès l'appel/la présentation physique des personnes ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si non,



23. De manière générale, quel est le délai entre la prise de contact et le moment où le patient est informé de son 1^{er} rendez-vous (quel que soit le professionnel) ?

[exemple : une personne appelle le 20/03 pour demander une prise en charge. Le rendez-vous n'est pas donné tout de suite, mais vous rappelez la personne le 30/03 pour lui donner son rendez-vous le 15/06 -> le délai sera donc « Moins d'1 mois » (30/03-20/03=10 jours)]

- ☐ Moins d'1 semaine
☐ Moins d'1 mois
☐ Moins de 3 mois
☐ Plus de 3 mois

24. Par quel(s) moyen(s) ce rendez-vous est-il donné ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Par téléphone
☐ Par courrier
☐ Par mail
☐ Autre : _____ (préciser)

25. Des relances auprès des personnes sont-elles effectuées par le CMP pour savoir si elles souhaitent toujours un premier rendez-vous ?

- ☐ Oui, systématiquement
☐ Oui, parfois
☐ Non

26. Des rappels (téléphone, sms, mail, courrier) auprès des personnes sont-ils effectués par le CMP quelques jours avant un rendez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Oui, pour tous les rendez-vous quel que soit le professionnel (1^{er} rendez-vous ou les suivants)
☐ Oui, pour le premier rendez-vous d'accueil/évaluation
☐ Oui, pour le premier rendez-vous de prise en charge
☐ Oui, pour un rendez-vous avec le psychiatre
☐ Non
☐ Autre : _____ (préciser)

27. Qui est chargé du premier rendez-vous avec un patient ? (Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Infirmier(ère) du CMP seul(e)
☐ Psychologue du CMP seul(e)
☐ Psychiatre du CMP seul(e)
☐ Infirmier(ère) et psychologue (binôme)
☐ Infirmier(ère) et psychiatre (binôme)
☐ Psychologue et psychiatre (binôme)
☐ Autre : _____ (préciser)

28. De quelle(s) manière(s) le CMP répond-il aux demandes de soins urgents ? _____

29. Les nouveaux patients demandant une prise en charge sont-ils systématiquement vus par le psychiatre ?

- ☐ Oui
☐ Non

30. Existe-t-il des plages de rendez-vous dédiées pour les nouvelles demandes ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui,



31. Quelle durée hebdomadaire cela représente-t-il en moyenne ? _____

32. Existe-t-il des plages de rendez-vous dédiées pour les urgences ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui,



33. Quelle durée hebdomadaire cela représente-t-il en moyenne ? _____

34. Sur la période du 4 au 15 mars 2019, combien de rendez-vous n'ont pas été honorés sur tous les lieux de consultation du CMP (rdv d'évaluation, 1^{er} rdv de prise en charge, rdv psychiatre, etc.) ? _____

Le questionnaire est terminé. Nous vous remercions pour votre participation.

Acceptez-vous que les données renseignées soient transmises à l'ARS ? *(Si non, ces données seront traitées exclusivement par l'ORS et une analyse globale sera effectuée et transmise à l'ARS)*

☐ Oui

☐ Non

Les résultats de l'enquête vous seront communiqués au terme de l'étude et seront également accessibles sur le site de l'ORS : www.orscentre.org

Si vous avez des remarques ou des informations complémentaires, vous pouvez les indiquer ci-dessous :

Tableau de bord

période du 18 au 29 mars 2019									
1er contact									relance(s) par le demandeur ?
nom patient (à inscrire à l'annexe 1 ORS)	numéro	date de la nouvelle demande jj/mm/aaaa**	la personne est-elle adressée par... ?	moyen du premier contact?	demande urgente?***	patient pris en charge par le passé dans ce secteur psychiatrique/dans l'hôpital du secteur? ****	patient actuellement pris en charge en parallèle dans un autre cadre ?	rendez-vous donné dès le premier contact?	relance(s) par le demandeur ? *****
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								

[illegible]

