



---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2023 - 2024**

Date du Jury : **Octobre 2024**

---

**Le maillage territorial de l'offre de  
soins en psychiatrie à l'épreuve des  
secteurs : entre structure hors les  
murs et réseaux**

**Application au CHU de Clermont-  
Ferrand**

---

**Alexis BLIN**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier la Direction Générale du CHU de Clermont-Ferrand et particulièrement Mmes Durand-Roche et Rougier, respectivement Directrice Générale et Directrice Générale Adjointe pour m'avoir proposé ce cadre de stage, pour leur accompagnement dans mon parcours et leur soutien dans la fonction de directeur délégué de pôle de psychiatrie. Merci à Mme Guibert, ma prédécesseure, de m'avoir tuilé sur la prise de poste et pour son suivi des dossiers.

Je salue vivement la qualité des relations avec le corps médical, Pr Jalenques, chef de pôle pour son accueil et son accessibilité ainsi que l'ensemble du corps médical avec qui il a été possible de piloter des projets.

Merci au Pr Barthélémy, PCME, pour son soutien et son accessibilité.

Merci à tous les directeurs adjoints qui ont su m'accueillir dans les rangs de l'institution, au sein des CODIR mais aussi sur leur temps personnel, et avec qui ce fut un plaisir de travailler.

Je pense évidemment aux professionnels soignants avec qui j'ai pu œuvrer sur le pôle et Mmes Belien-Rosseel, Directrice des soins, et Mme Berlandi, CSS, collaboratrices de proximité.

Je remercie l'ensemble des professionnels administratifs, de la Direction Générale et de la direction de Gabriel Montpied et ceux des fonctions logistiques, techniques.

Je pense évidemment aux professionnels qui ont été disponibles dans le cadre de commandes de stage : le Dr Gomez, M. Bernet, M. Philippe, M. Chouvel.

Enfin je remercie grandement Mme Chassaing, à la DRCI pour tout le travail réalisé dans le cadre de mes stages sur le CHU et M. Bijaye qui fut un maître de stage offrant des conditions de travail sécurisantes et bienveillantes.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Méthodologie.....	5
1 Pour satisfaire aux attendus des plans en santé mentale (A), le CHU développe des structures d'aller vers les besoins de la population sur le Puy-de-Dôme (B).....	7
A. Les attendus des plans et le virage ambulatoire : la place des centres médico-psychologiques et des équipes mobiles dans les parcours.....	7
1. Des constats et des objectifs qui rappellent les priorités pour le secteur.....	7
2. La place des CMP et équipe mobile dans le paysage de l'offre de soins hospitalière ; analyse de l'opportunité sur le département du Puy-de-Dôme .....	10
B. La mise en place stratégique et opérationnelle d'un CMP et d'une équipe mobile sur le secteur .....	15
1. Le CMP comme marqueur du maillage territorial et du virage ambulatoire dont l'implantation stratégique nécessite une méthodologie fine.....	15
2. La mise en œuvre d'équipe mobile comme levier de meilleure réponse à l'accessibilité à des soins par un « aller-vers » la population .....	22
2 Toutefois, le maillage territorial ne doit pas uniquement être de la responsabilité du CHU, l'incitant à développer des stratégies de collaboration avec les structures libérales et privées.....	27
A. La structuration de la filière passe par le conventionnement dans le cadre de la réforme des autorisations .....	27
B. La structuration de la filière psychiatrique passe par la prise en compte des urgences psychiques impliquant différents outils et acteurs .....	34
1. La mise en place d'une filière psychiatrique au sein du SAS63 : .....	34
2. La prise en charge la crise, pour que ce ne soit pas de l'urgence : Centre de crise et équipe mobile d'urgence, leviers de coopération.....	38
Conclusion.....	45
Bibliographie.....	47
Liste des annexes .....	I



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence régionale de santé
BJML	Besoin journalier minimum en lits
CCP	Centre de crise psychique
CdC	Cour des comptes
CFARM	Centre de formation des assistants de régulation médicale
CGLCP	Contrôleur général des lieux et privation de liberté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSM	Contrat local de santé mentale
CMP	Centre médico-psychologique
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSSM	Commission spécialisée en santé mentale
CTS	Conseil territorial de santé
DAF	Direction des affaires financières
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DRH	Direction des ressources humaines
EMIP	Équipe mobile d'intervention précoce
EMU	Équipe mobile d'urgence
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPDMS	indicateur de performance de durée moyenne de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
OSNP	Opérateur de soins non programmés
PTSM	Programme territorial de santé mentale
SAS	Service d'accès aux soins
SRS	Schéma régional de santé



## Introduction

Alors que dans son épais rapport de 2021 sur « les parcours dans l'organisation de la psychiatrie » la Cour des Comptes, CdC, formulait des recommandations relatives à l'organisation des soins sur le territoire et la nécessaire gradation des soins dans la construction de parcours, le rapport du Contrôleur Général des Lieux et Privation de Liberté, CGLPL, alerte sur l'état de ce secteur en 2024 par une « psychiatrie dévastée par le manque de soignants, l'afflux de patients et les locaux délabrés ». On peut alors comprendre les enjeux de ce champ de la santé globale de la population.

La CdC met en évidence la perte d'efficacité systémique de l'offre de soin en santé mentale en l'absence d'approche graduée. Elle pointe en effet un fonctionnement en « silo » tant entre le secteur sanitaire et la médecine de ville qu'au sein même d'un offreur de soins, entre les divers modes de prise en charge. Le rapport pointe ainsi un manque de coordination entre les différents types d'établissement et les secteurs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux lézant la juste adaptation de l'offre au besoin, c'est-à-dire à la gradation puisqu'une « part significative de la patientèle, de troubles légers ou modérés » est accueillie dans les services spécialisés. Par ailleurs, le recours aux centres médico-psychologiques, CMP, semble trop important avec des consultations relevant de la première ligne si toutefois le médecin traitant disposait de soins de psychologues.

Pourtant, la question de la coordination dans le champ de la santé mentale remonte à la circulaire du 15 mars 1960 avec la création du secteur. Ainsi la redéfinition du rôle d'établissement spécialisé pour les hôpitaux est corrélée à la volonté de désinstitutionnalisation au sein du secteur avec une même équipe médico-sociale qui devra assurer la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance post cure.

30 ans après, la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale rappelle cette question de la coordination en pointant que le secteur psychiatrique doit se centrer sur les centres médico-psychologiques afin d'offrir des soins de santé primaires de la population. L'idée majeure de cette circulaire est de faire contrepoids à l'hospitalocentrisme par le développement de liens avec les autres professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux et la population. L'approche par la proximité et la coopération est affirmée sur toute le territoire.

La notion de parcours de soins coordonné est apparue avec la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 et vise à confier au médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif double de rationalisation et d'efficience des soins. Et c'est ainsi que l'ambition de la circulaire de 1990

reste d'acuité ! Car la problématique de l'accès à des soins de santé gradués et de qualité, rappelée dans la loi de modernisation du système de santé du 24 janvier 2016. Ainsi, « la politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». Cette politique s'appuie sur de nouveaux dispositifs que sont le projet territorial de santé mentale, les contrats territoriaux de santé mentale. Ces outils essentiels mettent en relation les différents acteurs du champ de la santé mentale dans toutes les composantes, sanitaire, sociale et médico-sociale, et les services déconcentrés et décentralisés de l'État, Agence Régionale de santé, ARS et Conseil départemental.

Malgré cela, l'état de santé de santé mentale de la population se dégrade. En effet, si pour l'OMS une personne sur trois sera touchée par un problème de santé mentale dans sa vie, le baromètre de la santé en 2021 repris dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 5 février 2024, fait état d'une santé mentale des jeunes Français qui se détériore depuis 2021. Il semble délicat d'adapter l'offre à la demande avec des moyens inadaptés ; ce que rappelle la CGLPL.

La politique de santé publique fait face à des disparités géographiques récurrentes importantes, tant au sein de la métropole que dans un département ou un secteur même. Répondre aux enjeux de santé mentale sur le territoire se confronte à différents points :

- La logique de coordination holistique bouleverse les pratiques et les cultures des professionnels mais aussi des usagers ; avec une offre en silo et peu lisible,
- La question de démographie médicale notamment via la notion de désert médical qui entrave le principe de parcours coordonné de soins

Sur ce dernier point, une récente étude de l'IRDES, l'institut de recherche et de développement en économie de la santé, propose une définition élargie du désert médical (Figure 1). Ainsi selon l'équipe de chercheurs, un désert médical ne se définit pas uniquement par le manque de praticiens sur un territoire donné, mais également par la rareté des collaborateurs réguliers qui interviennent en support aux activités du médecin, tels que les infirmiers, les physiothérapeutes ou encore les pharmaciens. Ce désert médical est aussi caractérisé par une offre limitée de « services de soutien au diagnostic ».

## TYPLOGIE COMMUNALE DE L'ACCESSIBILITE AUX SOINS DE PREMIER RECOURS EN FRANCE

### Accessibilité moindre tous services confondus

- 1 Communes avec la moins bonne accessibilité aux soins tous services confondus
- 2 Communes avec une faible accessibilité aux soins, en désertification médicale et avec de forts besoins

### Accessibilité meilleure pour certains services seulement

- 3 Communes avec une faible accessibilité aux soins de proximité et favorisées aux plans socio-économique et sanitaire
- 4 Communes maintenant une bonne accessibilité aux médecins généralistes mais avec une faible accessibilité aux autres soins

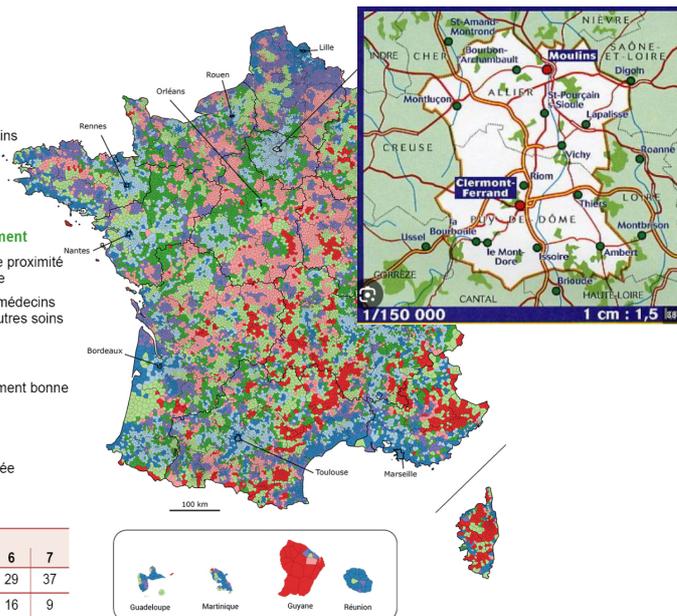
### Accessibilité meilleure pour tous les services

- 5 Communes avec une accessibilité aux soins relativement bonne qui se raréfie et avec de forts besoins
- 6 Communes favorisées sur le plan socio-sanitaire avec une bonne accessibilité aux soins
- 7 Communes avec l'accessibilité aux soins la plus élevée pour tous les types de soins

	Classes						
	1	2	3	4	5	6	7
Part de la population (%)	1	4	7	6	16	29	37
Part des communes (%)	6	17	18	16	18	16	9

Source : Insee, RP 2019.

Figure 1 : source IRDES juillet 2024



Modèle cartographique : UAR-RIATE, 2022. Fond de carte : IGN, 2022. © Irdes 2024

Sur le territoire d'intérêt, celui regroupant le Puy de dôme et Allier, ex-région Auvergne, les disparités sont importantes au sein de chacun des départements. Si elles semblent réduites par la qualité de desserte des communes par voie routière et ferroviaire, les zones en périphérie des départements souffrent le plus d'accessibilité tous services confondus et en zone montagneuse. Mais les communes en zone 5, en proximité des grandes villes, sont à considérer du fait d'une forte demande en soins.

Enfin la Fédération Hospitalière de France, FHF, a édité un livre blanc pour la psychiatrie en avril 2024 « répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie ». Ce document reprend les principales difficultés rencontrées en termes d'accès à des soins gradués par une meilleure couverture de l'offre et des collaborations renouvelées sur chaque territoire et propose des recommandations à l'attention des établissements de santé publique autorisés.

Parallèlement, depuis l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds, la réforme des autorisations en psychiatrie offre un nouveau levier de meilleure coopération interprofessionnelle. Les établissements demandant doivent en effet :

- Faire partie d'un réseau des urgences,
- Conventionner avec d'autres établissements dès lors que les modèles d'offre de soins dans une mention n'y sont pas tous proposés.

Ainsi, un établissement demandant l'autorisation en psychiatrie adulte mais n'assurant qu'un accueil en hospitalisation temps plein et en ambulatoire, doit conventionner avec un autre établissement proposant l'hospitalisation à temps partiel.

A la fois levier et contrainte, ces éléments visent la responsabilisation des établissements et acteurs dans les parcours de soins mais aussi de vie par un meilleur maillage et une articulation plus fine sur un territoire et selon les types de prise en soins. « Afin de s'adapter à ce nouveau cadre, les services de psychiatrie du CHU de Clermont-Ferrand continuent leur mue en poursuivant des objectifs de prévention et de soins comprenant en particulier les prises en charge des troubles aigus et de crise et les soins complexes, articulés au suivi à domicile, et à la réinsertion » (projet médical du pôle de psychiatrie, 2021-2026).

Aussi est-il question de s'intéresser aux leviers existants pour le CHU pour répondre tant à la demande, notamment des institutions, qu'aux besoins : en quoi le CHU dispose-t-il de ressorts stratégiques et opérationnels pour répondre aux attendus de meilleure égalité d'accès aux soins et de gradation en psychiatrie sur le territoire du GHT Territoires d'Auvergne ?

Le présent rapport traitera dans sa 1<sup>ère</sup> partie des dispositifs et actions d'aller-vers la population en lien avec les exigences des différents plans stratégiques de territoire et les ambitions du projet médical (1). Les ressources hospitalières seules ne répondant pas aux injonctions des politiques publiques, les dispositifs possibles de meilleure coopération entre professionnels de ville et établissements publics et privés pour répondre au besoin de maillage pluriel sont présentés en seconde partie (2). La conclusion s'intéressera aux perspectives dans un contexte de réforme de financement de la psychiatrie et de fonds d'innovation organisationnelle.

## Méthodologie

Le présent rapport s'appuie sur un exercice *in concreto* en direction déléguée de pôle de psychiatrie sur le CHU de Clermont-Ferrand, s'étendant sur 8 mois calendaires du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2024. Le thème de ce mémoire a pris naissance dans l'exercice plein de directeur délégué de pôle, prenant conscience des enjeux sur le territoire, à l'aune du renouvellement des autorisations en psychiatrie, de la réforme de financement et des leviers d'action possibles. La mise en œuvre du projet médical de pôle, 2021-2026, copiloté par la cheffe de pôle et le directeur délégué, a constitué la ligne de conduite des actions menées en pluriprofessionnalité ; associant des professionnels administratifs, médico-soignants, techniques, logistiques. Le pilotage des actions a été voulu tant pour garantir et conduire la stratégie que pour assurer la mise en œuvre concrète et opérationnelle des actions et projets.

La matière de ce mémoire se compose et s'est nourri :

- des échanges formels et informels avec les différents acteurs hospitaliers, sociaux, élus, représentant des organismes de tutelle lors de rencontres, de temps de concertation et de réunion type staff, cadrage, visite opérationnelle.

La participation active à des groupes de travail, comités de pilotage, COPIL, comités de direction, CODIR, instances type comité social et économique, CSE, F3SCT, formation spécialité de santé, sécurité et des conditions de travail a permis d'ancrer l'activité d'élève directeur au cœur du fonctionnement institutionnel du CHU, en interne mais aussi sur son territoire.

Parallèlement, dans la lignée de la volonté de se départir de l'hospitalocentrisme et dans le cadre de constitution de réseaux des échanges semi-dirigés ont été conduits avec des directeurs et professionnels du CHU et du GHT Territoires d'Auvergne, acteurs du privé, à but lucratif et non lucratif ainsi qu'avec des personnels de l'ARS 63.

La densité et l'actualité du stage n'a pas permis de conduire des entretiens particuliers sur la base d'une trame hormis à l'occasion de la commande de stage relative au contrôle de gestion PMSI où le médecin DIM a pu être questionné sur les modalités et qualité du codage des activités sur le pôle.

- de documents nationaux et régionaux : base bibliographique essentiellement en lien avec le champ de la santé mentale tels que le schéma régional de santé, le projet territorial de santé mentale, corpus législatif et réglementaire inhérent.
- des notes techniques, documents internes et de reporting rédigées à l'occasion de cette direction déléguée.

Par ailleurs, pour répondre aux attendus du mémoire, seule la psychiatrie adulte est concernée et particulièrement les secteurs 63G08 et 63G09, sous la responsabilité du CHU. Ce dernier accueille de façon inconditionnelle toutes les urgences psychiques même si le secteur centre, incluant toute l'agglomération clermontoise est couverte par le CHSM.



# **1 Pour satisfaire aux attendus des plans en santé mentale (A), le CHU développe des structures d'aller vers les besoins de la population sur le Puy-de-Dôme (B)**

## **A. Les attendus des plans et le virage ambulatoire : la place des centres médico-psychologiques et des équipes mobiles dans les parcours**

Il s'agit ici de présenter particulièrement la politique de santé mentale à l'échelle du territoire et parfois plus finement du département 63. Les schémas, projets, conseils régionaux et locaux s'articulent pour définir, par granuloclassement, les priorités données notamment de meilleure accessibilité aux soins. Il en ressort ainsi une place particulière pour les dispositifs extra hospitaliers tels que les CMP et ceux d'« aller-vers » tels que les équipes mobiles (1). Le déploiement opérationnel de ces deux dispositifs par le CHU a nécessité une analyse stratégique et un pilotage par la direction déléguée de pôle (2).

### **1. Des constats et des objectifs qui rappellent les priorités pour le secteur**

La loi du 26 janvier 2016 introduit la notion de responsabilité populationnelle des acteurs de santé mentale et pose les missions du secteur dans la recherche de réponse aux besoins dans un bassin de vie par :

- Le recours de proximité en soins psychiques via des soins ambulatoires et à domicile dispensés par des équipes pluri professionnelles et en coopération avec les professionnels de ville dont les CPTS,
- Le parcours de soins sans rupture, notamment dans le cadre de parcours complexes en facilitant l'orientation vers des structures de soins adaptés,
- L'accessibilité territoriale et financière.

La FHF (2024) rappelle que c'est bien le secteur qui est le socle de la territorialisation, inspirant ce principe de responsabilité populationnelle et qui doit être « réaffirmé et consolidé ».

Le schéma régional de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été officiellement adopté le 30 octobre 2023. Dans sa déclinaison territoriale, il présente une évaluation prospective des besoins, des indicateurs de santé de la région et des besoins de santé issus des usagers. Les perspectives et attendus d'évolution qualitative et quantitative de l'offre de soins par activité, sont précisés. Pour répondre aux besoins de santé de la population et améliorer l'offre de soins, il ressort des constats et des objectifs principaux (Tableau 1).

	Généraux			Psychiatrie		
CONSTATS	Constats : disparités importantes entre territoires Accès aux soins difficiles en zone rurales et pour les plus vulnérables Évolution des besoins avec vieillissement et incidence maladie chroniques			Constats : prévalence des troubles mentaux Des difficultés d'accès aux soins psychiatriques		
OBJECTIFS	<b>Améliorer :</b> Renforcer l'offre de soins de proximité et développer des solutions innovantes	<b>Réduire :</b> Réduire les inégalités de santé : actions ciblées	<b>Renforcer :</b> Promouvoir les actions de prévention et réduire l'incidence ; améliorer la qualité de vie	<b>Développer :</b> Augmenter le nombre de professionnels de santé mentale et développer la coordination	<b>Renforcer :</b> Mettre en place des programmes de prévention et de détection précoce	<b>Améliorer :</b> Développer les parcours de soins et renforcer les structures de soins ambulatoires
STRATEGIES	Stratégies pour améliorer l'accès aux soins : Renforcement de l'offre de soins de proximité : Développement de maisons de santé pluridisciplinaires et de centres de santé pour offrir une gamme complète de services médicaux dans les zones sous-dotées. Téléconsultations et télémédecine : Promotion de la télémédecine pour permettre aux patients d'accéder à des consultations spécialisées sans avoir à se déplacer. Incitations pour les professionnels de santé : Mise en place de mesures incitatives pour attirer et retenir les professionnels de santé dans les zones rurales, comme des aides financières et des avantages professionnels. Coordination des soins : Amélioration de la coordination entre les différents acteurs de santé pour assurer une prise en charge continue et cohérente des patients. Transport sanitaire : Renforcement des services de transport sanitaire pour faciliter l'accès aux établissements de santé pour les patients vivant dans des zones éloignées.					

Tableau 1 : le schéma régional de santé AuRA 2023-2028 ; constats, objectifs et stratégies

Ces mesures visent à répondre aux besoins spécifiques de la région et à améliorer la santé mentale de la population. La Figure 2 reprend chronologiquement cette déclinaison au niveau territorial, conduisant à la rédaction du projet médical de pôle pour 2021-2026.

Sur le territoire du GHT Territoires d'Auvergne, on peut noter une répartition inégale de l'offre de soins des structures publiques dont ESPIC et privées (Figure 3). Le contexte est ainsi favorable pour le CHU de développer des activités *hors les murs* et satisfaire les enjeux de Santé Publique sur le territoire.

Par ailleurs, la poursuite du déploiement du virage ambulatoire au CHU de Clermont-Ferrand, encouragée par l'ARS, a conduit en 2023 à la restructuration de l'offre existante par la transformation d'une unité d'hospitalisation temps plein en unités ambulatoires et d'hospitalisation temps partiel.

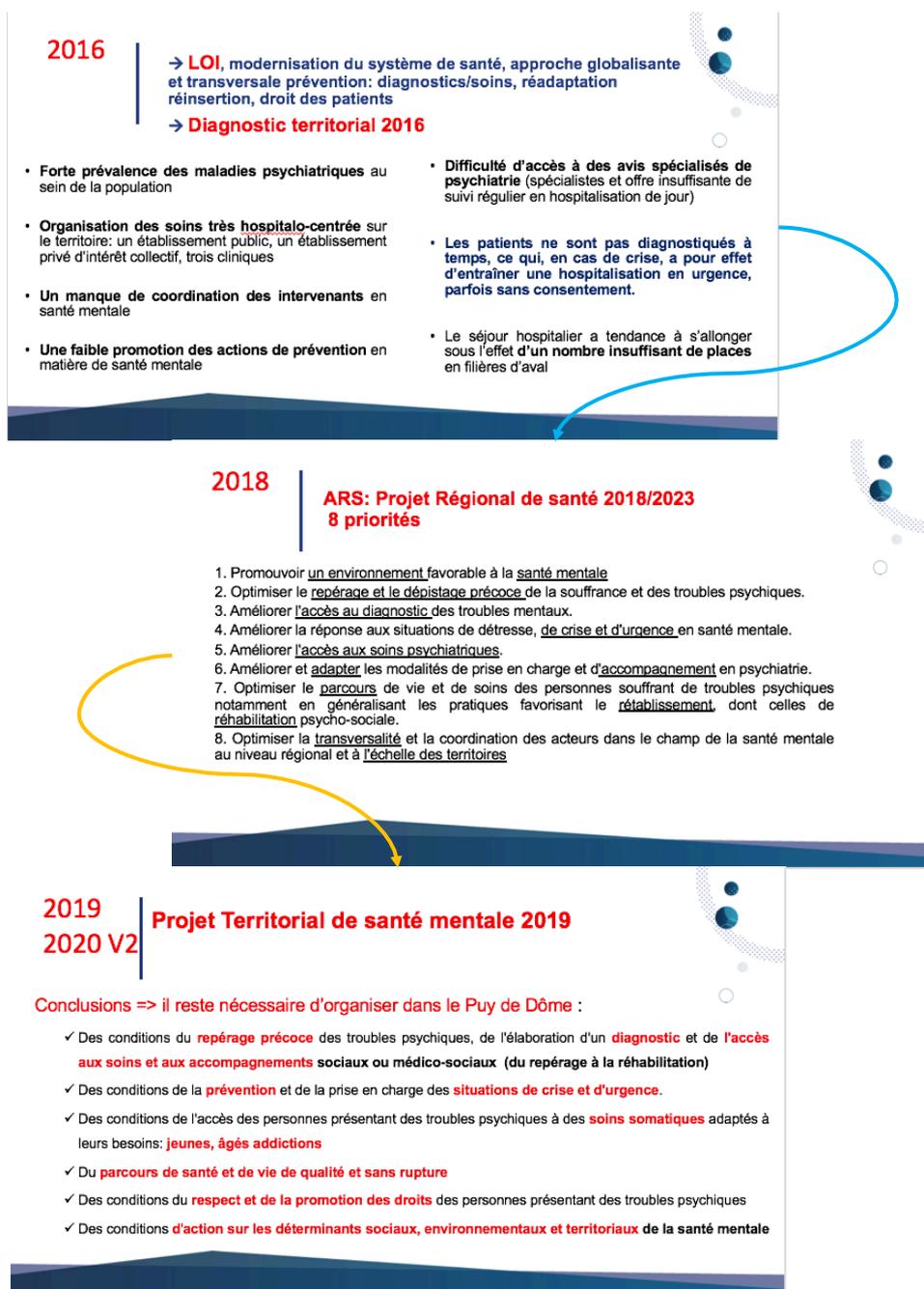


Figure 2 : déclinaison de la politique nationale au niveau régional puis territorial - source document interne CHU

Le projet médical de psychiatrie 2021-2026 veut ainsi répondre par l'affirmation d'une gouvernance de pôle à trois défis majeurs que sont la structuration de la filière des urgences psychiatriques en intra et en extrahospitalier, la mise en place de prises en charges alternatives à l'hospitalisation complète, et le développement d'une offre de soins adaptée, préventive, innovante et collaborative.

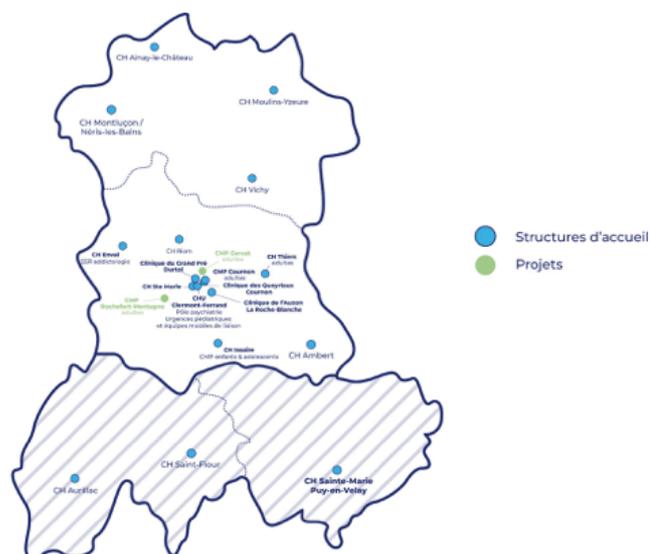


Figure 3 : cartographie de l'offre de soins en psychiatrie sur le GHT - source document interne 2023

Le recours à de nouveaux métiers dans le champ de la psychiatrie traduit l'ambition du pôle, IPA, case manager, et sont cohérents avec les objectifs attendus territoriaux relatifs au parcours de vie et de soins et à une meilleure accessibilité à des soins de qualité (libération de temps médical et coordination des parcours).

Enfin, dans le cadre du renouvellement des autorisations en psychiatrie, le dossier s'appuie nécessairement sur ces attendus ; l'objectif étant de travailler sur le regard de la santé mentale, de renforcer la prévention et d'apporter une réponse la plus coordonnée possible.

Dans le cadre de sa responsabilité populationnelle sur le secteur, la Direction du CHU a fait des choix à court terme de déployer des structures *hors les murs* ; outils dont l'intérêt sont largement décrits dans les rapports de l'IGAS (2020) et de la FHF (2024), permettant de faciliter l'accès aux soins et une meilleure coordination avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués dans le parcours des usagers.

## 2. La place des CMP et équipe mobile dans le paysage de l'offre de soins hospitalière ; analyse de l'opportunité sur le département du Puy-de-Dôme

Parallèlement, des rapports sur l'organisation des dispositifs de soins psychiatriques (IGAS 2017) rappellent le rôle essentiel des établissements publics dans les prises en charge de secteur et non sectorisées. La logique de secteur s'est traduite par le développement d'une palette d'offre de soins, déconcentrées de l'hôpital à qui il revient d'assurer et d'organiser, pour une aire populationnelle, le parcours de soins de l'utilisateur relevant :

- Tant de l'intra hospitalier avec le recours à de l'hospitalisation temps complet ou temps partiel ou de l'ambulatoire,
- Que l'extra hospitalier, « hors les murs », essentiellement constitué par les CMP, CATTP, HDJ.

**Dans un contexte politique favorable, CMP et équipes mobiles sont des outils pertinents pour répondre aux attendus des plans de santé régionaux et locaux**

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont souvent considérés comme le pivot du système de soins psychiatriques (IGAS, 2020), offrant des services de proximité pour les patients souffrant de troubles mentaux. Ils veulent répondre aux objectifs :

1. D'accès aux soins en permettant un accès facilité aux soins psychiatriques sans hospitalisation et ouvrant sur des consultations, des suivis thérapeutiques, et des interventions de crise.
2. De prévention et dépistage en jouant un rôle crucial dans la prévention et le dépistage précoce des troubles mentaux, permettant une prise en charge rapide et adaptée.
3. De coordination des soins avec d'autres structures comme les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), et les unités d'hospitalisation.

La situation en Auvergne montre des carences de couverture et les défis sont majeurs. Les CMP font face à des défis tels que l'augmentation constante des demandes et la saturation des files actives (IGAS 2020). Pour y répondre, Jean Chambry (2020), décrit des propositions d'évolution incluant la réorganisation des missions autour de deux axes : l'accueil et l'évaluation diagnostique, et les soins pour troubles complexes.

Les équipes mobiles en psychiatrie jouent également un rôle crucial en France. Elles ont été créées pour répondre aux besoins des patients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas se rendre dans les structures de soins traditionnelles, comme les CMP. Ces équipes permettent d'aller à la rencontre des personnes en souffrance psychique dans leur environnement quotidien, familial, conjugal, social et économique, ce qui favorise une prise en charge plus adaptée et réactive, couvrant un large éventail de besoins psychiatriques.

Avec des missions d'évaluation, de soutien, d'accès aux soins, ou de soins selon les équipes, elles interviennent, en s'étayant sur ses potentielles ressources mais aussi sur celles de son environnement familial et social. « Les équipes mobiles sont particulièrement indiquées dans la clinique de la non-demande (difficulté à pouvoir élaborer, exprimer, et savoir où déposer une demande d'aide explicite), notamment dans les situations de précarité sociale et/ou psychique et sont particulièrement efficaces pour éviter les hospitalisations et les passages aux urgences en offrant des soins ambulatoires et en soutenant les suivis complexes » (Tordjman et Hanon, 2023).

Le mouvement « d'aller vers » offre l'intérêt de sortir les personnes et les familles de leur isolement, de réinstaurer les liens et de mobiliser des processus psychiques figés. La mobilité/flexibilité du cadre s'adapte aux besoins, participe à la mobilisation des compétences de chacun et favorise l'alliance thérapeutique.

Ces 2 outils que sont les CMP et les équipes mobiles sont des leviers essentiels pour réduire les inégalités d'accès aux soins et de limiter les ruptures de parcours.

Dans la partie diagnostique de territoire (Figure 4), le PTSM fait état de l'activité ambulatoire dans le Puy-de-Dôme. Cela marque la demande croissante de soins en CMP et potentiellement un renforcement de l'offre à domicile ou son substitutif à assurer.

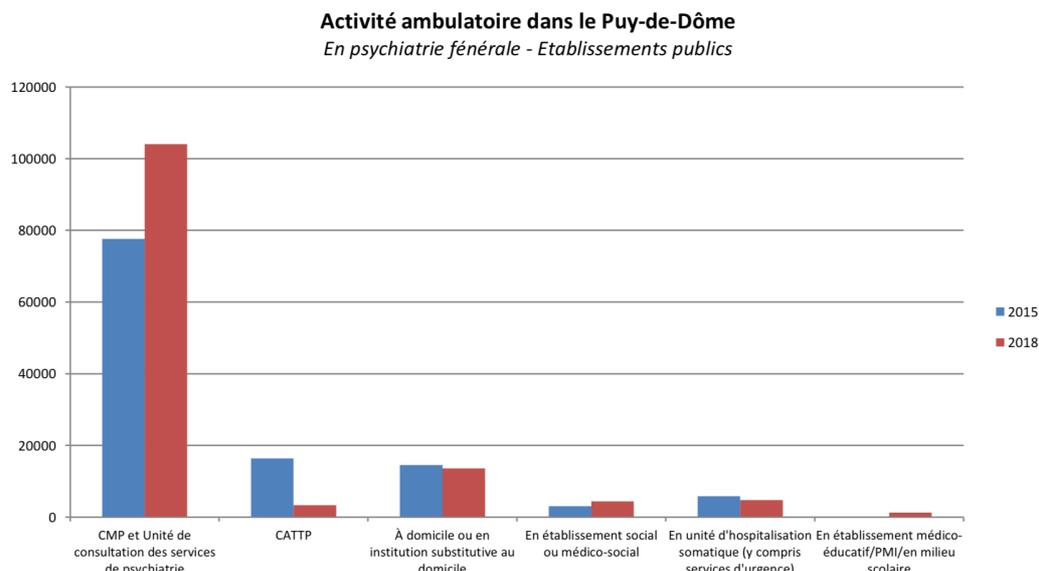


Figure 4 : Activité ambulatoire dans le 63 - PTSM V2 déc 2020

Une analyse des parts de marché, extraits du SAE 2023, sur le département du Puy-de-Dôme révèle le potentiel du CHU de capter une file active notamment par une offre de soins en ambulatoire et à temps partielle déconcentrée (Figure 5). Si l'on retient que le secteur privé lucratif ne se positionne pas sur l'offre de soins ambulatoire, il capte la plus grande part d'activité à temps partiel. Systématiquement, le secteur public, essentiellement représenté par le CHU sur le département peine à faire valoir le virage ambulatoire ; l'encourageant à développer une telle migration. Cela est d'autant plus prégnant que dans le cadre de la réforme de financement de la psychiatrie (l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021), une part dite dotation file active ou DFA est non négligeable et incitative.

Part d'activité en Psychiatrie				
Année : 2024				
Territoire de Santé : 83S0000004 - PUY-DE-DÔME				
Mode de prise en charge - Prise en charge en ambulatoire (R3A)				
Catégorie diagnostique (DP)				
Part d'activité en Psychiatrie				
Année : 2024				
Territoire de Santé : 83S0000004 - PUY-DE-DÔME				
Mode de prise en charge - Prise en charge en ambulatoire (R3A)				
Catégorie diagnostique (DP)				

secteur	Statut juridique	Nb journées des habitants de la zone		Part d'activité	
		2023	2024	2023	2024
DAF	Privé non lucratif	111 540	71 539	60,5 %	69,2 %
DAF	EBNL	111 540	71 539	60,5 %	69,2 %
DAF	Public	72 796	31 843	39,5 %	30,8 %
DAF	CH	24 232	9 989	13,1 %	9,7 %
DAF	CHR	48 355	21 841	26,2 %	21,1 %
DAF	autres public	209	13	0,1 %	0,0 %
		184 336	103 382	100,0 %	100,0 %

secteur	Statut juridique	Nb journées des habitants de la zone		Part d'activité	
		2023	2024	2023	2024
DAF	Public	13 863	7 142	27,2 %	34,2 %
DAF	CH	4 170	2 343	8,2 %	11,2 %
DAF	CHR	9 649	4 799	18,9 %	23,0 %
DAF	Privé non lucratif	19 491	5 486	38,2 %	26,3 %
DAF	EBNL	19 491	5 486	38,2 %	26,3 %
DAF	autres public	45	0	0,1 %	0,0 %
OQN	Privé lucratif	17 682	8 225	34,6 %	39,4 %
		51 036	20 852	100,0 %	100,0 %

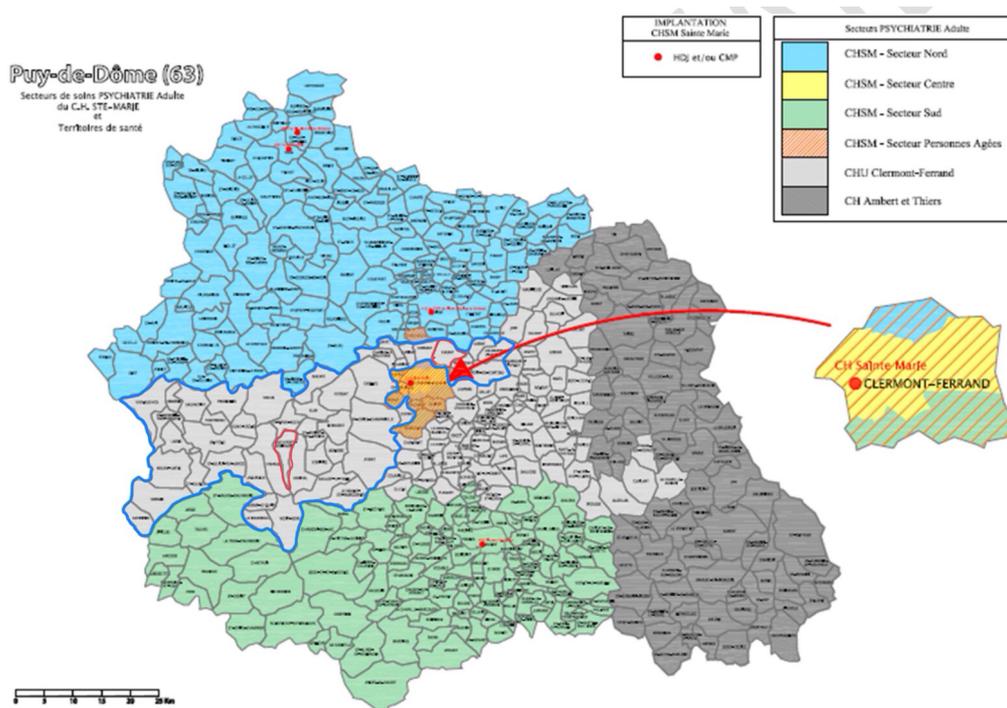
Figure 5 : part d'activité en psychiatrie en ambulatoire et à temps partiel - source SAE 2023

A noter que sur le département du Puy-de-Dôme, seuls 7 CMP sont répertoriés : Ambert (CH), Cournon (Clinique), Issoire (), Riom (CH), Thiers (CH), 2 à Clermont-Ferrand (CHSM, Clinique). Seules 2 structures appartenant au CHU (Issoire et Cournon) sont dédiées à la pédopsychiatrie.

L'objet de l'étude couvre le secteur 63G08 rattaché au CHU de Clermont-Ferrand (

*Figure 6*).

La présentation graphique issue du PTSM illustre la répartition des secteurs de psychiatrie adulte du département du Puy-de-Dôme entre le CHU et le Centre Hospitalier Sainte Marie, CHSM, ESPIC et les CH Ambert et Thiers. Le secteur en gris du CHU regroupe les secteurs 63G09 à l'est et le 63G08, ici délimité en bleu ; sur ce dernier sont identifiées les communes d'intérêt : Gerzat, accolée à Clermont-Ferrand pour la zone « plaine » et Rochefort-Montagne pour la « montagne ». Il est important de noter que la pertinence de la sectorisation est questionnée dans le PTSM, notamment au vu de la discordance entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie, source majeure de risque de rupture de parcours.



*Figure 6 : psychiatrie adulte sectorisation sur le Puy-de-Dôme – source PTSM 63 V2*

Par ailleurs, si l'on s'intéresse uniquement à l'activité de médecine en psychiatrie sur le département 63, il ressort de grandes inégalités et des opportunités réelles pour le CHU.

Pour le secteur ouest du secteur 63G08, seule la commune de Pontgibaud couvre la région

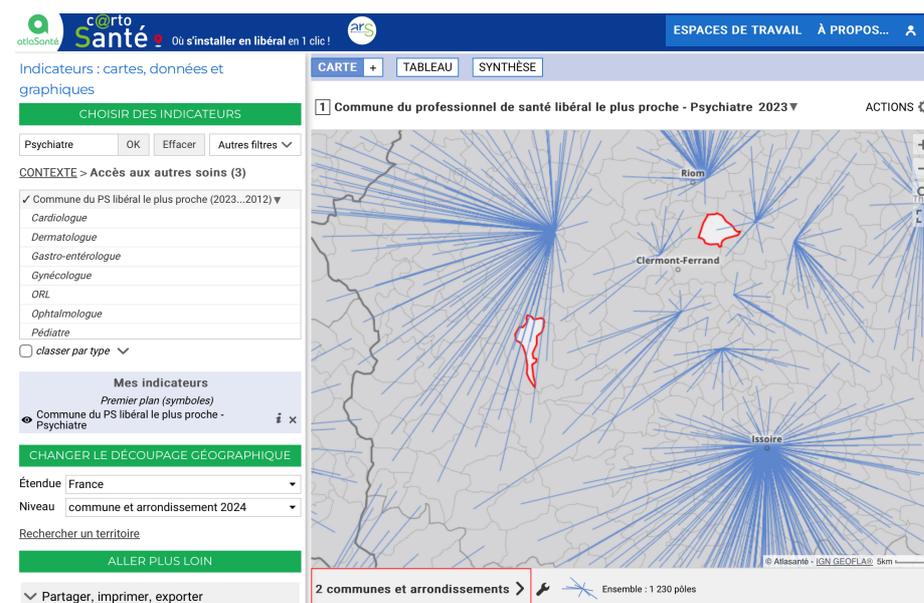


Figure 7 : offre de soins en psychiatrie sur le Puy-de-Dôme

occidentale du département. Si des psychiatres du secteur sur la commune de Lussat captent une patientèle de Gerzat, il est à noter que la commune de Pontgibaud fait partie du secteur Nord rattaché au CHSM (Figure 7).

De nouveau, il est possible d'appréhender l'opportunité pour le CHU de proposer une offre de soins *hors les murs* sur ces bassins de vie du secteur tant pour répondre à des besoins de la population que pour développer une activité conformément à la législation (décret 2022-1263 et 2022-1264) et notamment à l'arrêté du 22 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé.

Une requête auprès des services de l'ARS AuRA a permis l'obtention d'un outil de listing des professionnels doués dans le champ de la santé mentale (psychiatre, psychologue, IDEL, sage-femme) mais n'a pas permis une illustration cartographique de la répartition de ceux-ci.

Enfin, selon le Directeur de l'offre de soins et des parcours de santé de la FEHAP, Monsieur Joan-Grangé, « si c'est une question de Santé Publique, il faut y aller ». Des échanges avec des responsables médicaux et handicap de l'ARS 63, nombres de situations de cas complexes source de *bed blocker* pourraient être évités avec un recours opérant vers les CMP et équipes mobiles.

Dans sa mission de secteur, le CHU ne propose pas de structures extrahospitalières sur le 63G08. Il a été décidé de créer 2 CMP, centres médico-psychologiques, couvrant les zones « plaine » à l'est du secteur et « montagne » à l'ouest. Une analyse de ce secteur a été conduite par la Direction Générale début 2023 et s'est conclue par la volonté d'ouvrir, à court terme en 2024, 2 structures CMP sur les communes de Gerzat et de Rochefort Montagne.

Les principes d'aller-vers et de réduction des délais ont été étendus par une volonté de prendre en charge précocement l'apparition des troubles psychiques et de crise, une équipe mobile d'intervention rapide, EMIP, est installée.

## **B. La mise en place stratégique et opérationnelle d'un CMP et d'une équipe mobile sur le secteur**

### **1. Le CMP comme marqueur du maillage territorial et du virage ambulatoire dont l'implantation stratégique nécessite une méthodologie fine**

#### **Pertinence des arbitrages**

La couverture d'offre de soins psychiques sur le secteur doit prendre en compte les disparités démographiques et géographiques présentées et allier des critères de plaine / montagne et urbanité / ruralité. Ces choix antérieurs à la période de ce stage, ont été motivés par :

- « Une dynamique populationnelle et économique importante sur Gerzat » mais en zone non couverte selon la Directrice déléguée de pôle en poste à cette période. Cette dernière pointe la volonté de la mairie de créer un partenariat d'autant que le projet de créer une maison de santé sur la commune pourrait utilement compléter l'offre de soins,
- En zone rurale et considérée comme désert médical, Rochefort-Montagne se distingue par une desserte routière cohérente ; la chefferie de pôle l'envisageant comme « un poste avancé de psychiatrie » notamment pour la personne âgée mais aussi pour capitaliser avec la pédopsychiatrie pour une activité de consultation et d'ambulatoire,
- Un temps d'arbitrage avec le corps médical qui a permis d'arrêter ces 2 communes.

Il est intéressant de croiser ce choix avec les données de la figure 1. Même si cette représentation graphique est postérieure, les choix d'implantation semblent stratégiques :

- Pour Gerzat en zone 6 de bonne accessibilité, permet de desservir un bassin de population rurale en dehors de l'agglomération clermontoise ; il s'avère toutefois selon le maire, rencontré en juillet 2024, que la commune va perdre la moitié de ses effectifs en médecine générale et passer à 2 pour plus de 10000 habitants,
- Pour Rochefort-Montagne en zone 1 de moindre accessibilité, notamment lié à l'éloignement géographique et à la qualité de la desserte du bassin.

La demande de soins accessibles est possible par des axes de communications de qualité et en périphérie de l'agglomération clermontoise et permet de répondre aux objectifs de comblement d'un manque d'offre.

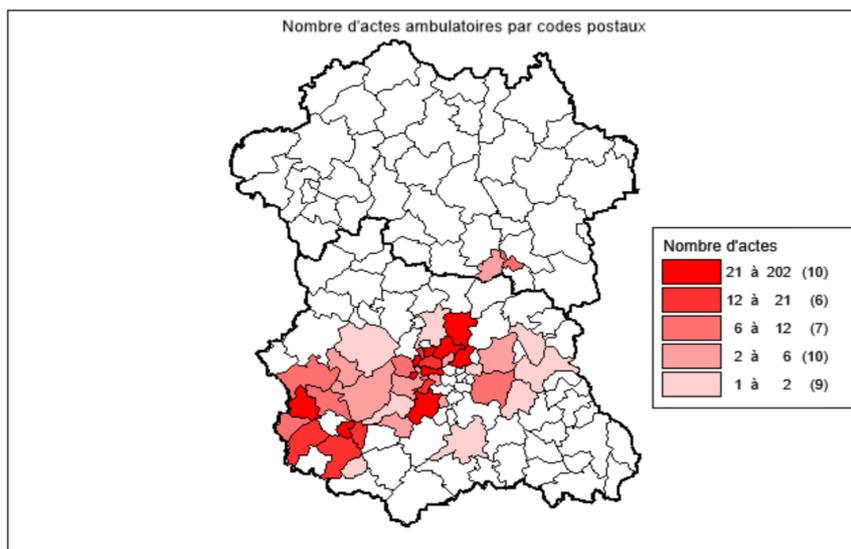


Figure 8 : Analyse quantitative 2023 sur le secteur 63G08 - source DIM CHU

Une requête quantitative au Département d'information médicale, DIM, en janvier 2024 (Figure 8) permet la représentation graphique de la file active sur le secteur 63G08 par l'équipe de secteur, en amont de l'ouverture des CMP. Elle s'appuie sur les activités du médecin psychiatre responsable de ce secteur et du seul IDE sur l'année 2023. Les zones particulièrement demandeuses en actes restent soit en périphérie de l'agglomération clermontoise soit en zone montagneuse ; renforçant la stratégie d'implantation des 2 CMP sur les sites mentionnés.

Ceci reste soumis à des biais, notamment de traçabilité et de codage mais aussi de dimensionnement d'une équipe restreinte à un psychiatre et un infirmier. Seule l'origine géographique des usagers remonte sur cette illustration mais pas le site des actes ; l'essentiel des actes médicaux ambulatoires se faisant sur le pôle de psychiatrie du CHU.

#### **Méthodologie de projet appliquée au CMP de Gerzat :**

Une réunion de cadrage en septembre 2023 a permis de définir la comitologie avec des responsables médico-soignants et administratifs et permet d'identifier les acteurs. Elle donne une suite immédiate à l'arbitrage d'implantation des CMP par la Direction Générale à l'issue des échanges avec le corps médical, la cheffe de pôle et le médecin psychiatre référent de secteur. Une approche gestion de projet type méthode des 5 M est ici proposée :

**Matière :** La recherche de locaux a été menée par la directrice déléguée du pôle en concertation étroite avec le maire de la commune de Gerzat en fonction de critères communiqués relatifs aux activités possibles sur le CMP, à la composition de l'équipe et à la file active attendus d'usagers. Ainsi, un a été proposé en centre-ville et à proximité immédiate de 2 espaces de stationnement gratuits. Une rampe permet l'accès aux personnes à mobilité réduite. La prestation de ménage est externalisée avec 1 passage hebdomadaire.

Point de vue sécurité du site, la mise aux normes de la centrale incendie et la vérification des extincteurs est déléguée aux services techniques du CHU. Par ailleurs, l'installation prochaine de 2 caméras de surveillance sur la voie publique, permet de sécuriser le lieu et de limiter les actes de malveillances alentours ; point non négligeable dans la recherche d'amélioration des conditions de travail des professionnels.

**Matériel** : le bon fonctionnement du service repose sur un ensemble de prestations, engageant des acteurs divers pour fournir :

- Un équipement informatique nécessaire et suffisant pour traiter le suivi des dossiers, gérer les plannings de consultations, la saisie des courriers,
- L'acheminement et l'installation du mobilier de travail et d'accueil des usagers,
- L'approvisionnement et le réassort de petits matériels (fourniturage, petit mobilier), dispositifs médicaux, courrier,
- La dotation et l'entretien d'un moyen de locomotion sur le secteur notamment pour les visites à domicile, en institution sociale ou médico-sociale et avec les partenaires.
- La téléphonie est un point essentiel pour garantir un accueil de l'appelant. Il a été acté la portabilité du numéro précédent afin de ne pas perdre d'usagers et de limiter le risque de perte de repères.

La question de la dématérialisation des dossiers patients reste d'actualité avec des dossiers médicaux papier qui ne permettent pas un traitement sur site notamment par volonté médicale.

**Main d'œuvre** : il s'agit de postes redéployés suite à la fermeture de lits et en complément de crédits fléchés par l'ARS dont le chu a été bénéficiaire ; la composition de l'équipe pluriprofessionnelle répond à plusieurs enjeux :

- Développer une offre de soins complète sur le site,
- Satisfaire les ambitions du projet médical tout en respectant les quotas laissés en EPV par la transformation de l'unité d'hospitalisation temps plein,
- Limiter l'errance thérapeutique et les risques de désinsertion sociale,
- Coordonner les membres de l'équipe et avec l'extérieur.

Un point essentiel repose sur la notion d'équipe. Elle doit satisfaire à l'ambition de la structure en termes d'ouverture en jours ouvrés et sur l'année. Ce point a fait l'objet d'un travail de construction des maquettes organisationnelles (

Annexe 2) et des trames pour respecter les attendus. Il est à noter que des concessions ont dû être faites de par la composition de l'équipe. En effet restreinte, son dimensionnement ne permet pas de garantir une ouverture physique du CMP tout au long de l'année : 1 seul médecin psychiatre et 2 IDE pour tout le secteur 63G08 dont 1 IDE recruté pour le CMP.

La mise en place du CMP de Gerzat a été pensée pour qu'il soit « guichet unique », proposant un panel de services de soins psychiques, de l'information au suivi (Annexe 3). Mais cette notion ne doit pas occulter le principe de subsidiarité des autres acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire ; si un temps d'accompagnement et d'ajustement des pratiques a été prévu dès l'ouverture du 1<sup>er</sup> CMP, c'est pour que ce réseau puisse fonctionner pour l'ouverture du second à Rochefort-Montagne à l'automne 2024.

Par ailleurs, la reconnaissance de l'activité et de l'intérêt de cette structure nécessite une traçabilité à visée d'évaluation. La culture de la traçabilité doit être au cœur de l'activité médico-soignante et énoncée comme incontournable. Un travail de concert avec la direction des soins et l'encadrement supérieur est conduit en ce sens en interne.

Éléments d'amélioration : Un temps de formation / information en amont de la prise de poste pourrait utilement pallier ce manque. En externe un travail sur l'intégration d'un « workflow » devra être pensé avec les autres acteurs pour garantir la continuité des parcours et de suivi du dossier patient.

Recruter les membres de façon synchrone et limiter les arrivées échelonnées au fil des semaines. Cela sera facilitant la dynamique d'équipe et l'appropriation d'un environnement de travail nouveau.

**Milieu** : l'environnement législatif et réglementaire est favorable au développement de l'ambulatoire avec un soutien local de l'ARS.

Comme il a été décrit, la zone du bassin de vie de Gerzat, couvrant d'autres communes en périphérie, est vide de toute offre de soins psychiques. Le projet d'ouverture sur ce site ne souffre donc d'aucune concurrence et vise juste à recruter sur la périphérie.

La facilité d'accès par la desserte routière constitue un atout important pour développer une file active. Cela est également un facteur d'attractivité pour les professionnels qui prennent leur poste sur le CMP ; la résidence administrative étant la même que pour le CHU.

Concernant la sécurisation des conditions de travail, le principe de travailleur isolé régit les organisations. Aussi, le CMP ne sera pas ouvert au public dès lors que 2 professionnels ne seront pas présents physiquement dans les murs. Les visites à domicile continueront comme antérieurement et des aménagements de prise en charge seront proposés aux usagers.

**Management** : le pilotage du projet est délégué au Directeur référent de pôle. Il est apparu nécessaire un coportage avec le chef de pôle. Des temps d'échange formel et informel ont permis à la direction déléguée de faire le lien avec les directions adjointes aux soins, aux ressources humaines, aux achats et logistiques et avec Direction Générale.

L'encadrement de l'équipe du CMP est réservé à un temps de cadre de santé de 0,1 ETP.

### La gestion du temps : temporalité du projet versus concordance des temps

La chronologie est reprise dans la Figure 9 pour répondre aux attendus de la Direction Générale de la mise en œuvre d'un premier CMP à court terme.

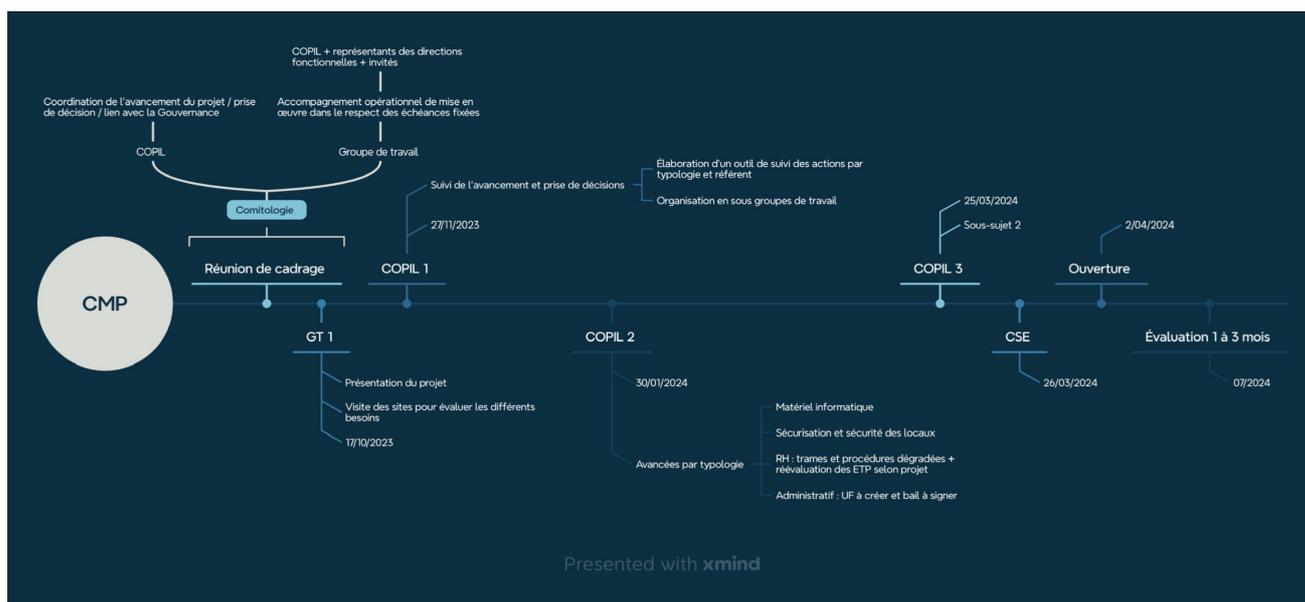


Figure 9 : mise en place chronologique du CMP Gerzat

L'objectif initial d'ouvrir une première structure CMP en moins de 6 mois a été atteint malgré un report d'ouverture lié au calendrier des instances et au recrutement des professionnels.

**Points de vigilance** : La question de la gestion de la temporalité est une des clés de la réussite du projet ; la fixation d'objectifs et de jalons (étapes bloquantes du processus) soutenables dans les délais sont essentiels mais il est également question de s'inscrire dans la vie d'une institution. En effet, la présentation en instance est une étape jalon dans un échéancier ; ici le passage en CSE, conseil social et économique prévu fin mars a, de fait, fixé une ouverture au plus tôt début avril.

Par ailleurs, la concordance des temps dont il est souvent question d'un point de vue médico-soignant est d'acuité concernant l'ensemble des services et directions adjointes afin que la publication des postes puisse se faire bien en amont de l'ouverture. Ce jalon est nécessaire à la convocation et à l'entretien de tous les professionnels et elle nécessite en amont que l'ensemble des profils de poste soit en adéquation avec les attendus organisationnels définis en COPIL. *In fine*, un échelonnement dans le processus de publication des postes n'a pas permis le recrutement synchrone de tous les professionnels.

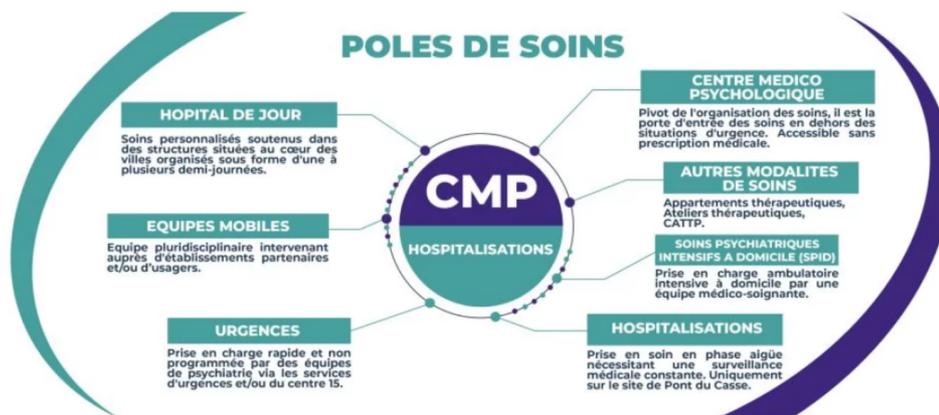
La place du Directeur délégué est essentielle dans ce pilotage nécessitant de faire le lien entre la stratégie globale du projet, veillant à la bonne imbrication dans le paysage du bassin d'emploi, et la finesse organisationnelle pour que l'outil puisse servir ce pour quoi il a été pensé : ouverture en semaine ouvrée vs fermetures partielles ? Amplitude horaire ? Permanence d'accueil ? Actes et activités en routine ? Ou programmés à la demande ?

Sur ce dernier point, au-delà des profils de poste, les maquettes organisationnelles ont demandé un temps de navette important entre les directions adjointes et les professionnels responsables pour satisfaire aux obligations de travail, de sécurité et aux conditions d'activité. En effet un arbitrage a conduit à renforcer le temps d'assistant médico-administratif (AMA) au détriment d'un temps d'éducateur spécialisé ; justifié par le souhait d'être en capacité d'accueillir du public tous les jours de semaine ouvrée, hors période de fermeture partielle pour congés des professionnels.

Par ailleurs, une réflexion sur l'attractivité des emplois sur les CMP serait à poser car comme il est suggéré dans le rapport de l'IGAS (2020), le manque de moyens humains peut rendre caduque un projet. En ce sens, un travail de concert avec la direction en charge des ressources humaines semble incontournable pour attirer et fidéliser les professionnels ; d'autant que l'éloignement géographique du site de Rochefort-Montagne et la volonté de mutualiser les équipes des CMP peuvent se révéler comme frein. Le recours à des psychologues cliniciens et ressources psychiatriques privées pourraient, selon l'IGAS comme la FHF, être une solution à envisager. La FHF aborde cette problématique avec essentiellement des propositions pour le corps médical via la prime de solidarité territoriale ou le recours à des IPA.

A noter que l'ouverture concrète du CMP n'est qu'une étape jalon du projet. Le rôle de pivot sur son territoire est à construire pour chaque CMP. En effet, un enjeu majeur de lien avec les parties prenantes lui incombe. C'est en ce sens que dès l'ouverture du 1<sup>er</sup> CMP sur Gerzat, les quotités d'emploi normalement répartis sur les 2 ont été recrutés, le temps de tisser les coopérations et de former les acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne qu'ils soient du secteur social (assistant de service social, associations), médico-social (handicap, personnes âgées...) et libéral. Le Centre hospitalier départemental la Candélie (47480) Figure 10 propose justement une illustration de ce rôle de pivot qui pourrait être inspirant.

## Les pôles de soins



### Santé mentale et psychiatrie : une organisation sectorielle

Figure 10 : le CMP dans l'organisation sectorielle - source CH la Candélie

La question de la réalité et de la créativité pour ces structures est à affiner au fil de l'eau pour répondre à « comment développer une offre de soins inédite sur le terrain en répondant aux besoins de la population » ? L'enjeu du Directeur délégué est ici de faire le lien entre prospective et réalité de terrain pour ajuster les profils et les missions des équipes.

Comme le rappelle la Cour des Comptes dans son rapport de février 2021, – la mission de secteur, évoquée ci-avant, est également confiée à des établissements désignés à cet effet, mais sans qu'ils soient tenus de présenter au préalable un projet de déploiement territorial des soins : ainsi la responsabilité de construire la cohérence et la gradation dans les soins est accordée sans aucun engagement des établissements ni suivi de la part des agences régionales de santé (ARS).

Rendre obligatoire la définition d'un projet ad hoc permettrait de clarifier le rôle des divers intervenants, ce qui servirait à construire des partenariats indispensables entre les établissements désignés et d'autres établissements, ou même avec des équipes de soins primaires.

#### Le principe d'aller-vers pour le directeur d'hôpital délégué :

Une rencontre avec le maire s'est faite à l'occasion des vœux fin janvier. Événement important la vie d'une municipalité, elle a permis de prendre connaissance des projets et de la politique de la ville pour nourrir celui du CMP. Des éléments de dynamisme, d'opportunité mais aussi de faiblesse peuvent être évoqués, et viennent parfaire la connaissance du secteur.

C'est à cette occasion qu'une mise en relation avec les services de sûreté, responsables de la Police municipale et du groupement de gendarmerie, et d'incendie a eu lieu. Des

réunions ultérieures sur site ont permis de clarifier les missions du CMP, les attendus envers ces autorités et les modalités communes de relation.

Une rencontre avec l'équipe en place le lendemain de l'ouverture a également facilité le recueil des ressentis et la qualité de réponse aux questions. Il est à ce niveau suggéré que la prochaine équipe pour le CMP de Rochefort-Montagne puisse participer aux visites de secteur pour se projeter sur leur lieu d'exercice.

La valeur de l'activité : ouvrir une structure dans le cadre d'intérêt de santé publique et du projet médical ne peut se soustraire à une évaluation de l'activité à des fins médico-économique et de pertinence. En cela, une requête DIM a été faite à 3 mois pour évaluer l'état de la file active ; mais elle s'est révélée infructueuse du fait d'un manque de codage. Ce point avait été pointé par la médecin responsable DIM du CHU. Pour cela il convient d'engager la « révolution numérique » au service du parcours et de la coordination des acteurs pour disposer d'un dossier médical partagé effectif entre la ville et l'hôpital ; cela est illustré dans le mémoire de M. Lallot (2021, p40 et suivantes).

L'outil proposé par l'ANAP relatif au CMP sera à déployer ; toutefois, sous la forme d'un tableur, il propose des axes d'amélioration sur la base de recueil d'indicateurs à 12 mois. En cela est-il essentiel pour la poursuite de l'activité de densifier la qualité de codage des actes et de débiter la transcription des données sur l'outil.

## **2. La mise en œuvre d'équipe mobile comme levier de meilleure réponse à l'accessibilité à des soins par un « aller-vers » la population**

### **Contexte :**

La transposition de la politique publique dans le projet médical se traduit également avec la création d'équipes mobiles et s'inscrit dans la transformation de l'unité d'hospitalisation temps complet à EPV constant. Le corps médical a souhaité, dans le cadre du projet médical de pôle, développer une équipe mobile visant le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoce de troubles psychiques chez le jeune adulte. Ce projet s'articule avec les recommandations des rapports IGAS, FHF, PTSM. Elle vise à compléter une offre de soins existante d'hospitalisation temps complet et temps partiel, notamment à destination du jeune public, 16-30 ans, nécessitant une prise en charge intensive de courte durée. Dans la recherche de gradation des soins et de parcours patient, cette équipe mobile vise la prise en charge de plus longue durée, couvrant le territoire, à destination des usagers présentant les premiers épisodes psychotiques.

Le PTSM de 2017 fixe six grandes priorités nationales dont, « 1. Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles ; 2. Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment

pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ». Il est décliné au niveau local dans la feuille de route. Ainsi, la fiche de route de 2020 du PTSM du Puy de Dôme définit dans ses priorités « le suivi de l'implantation de l'équipe d'intervention précoce au sein du CHU » et le développement des pratiques de réhabilitation (action 2.10.2 - Fiche ARS objectif n° 2.10). « Agir le plus précocement possible relève donc d'une véritable nécessité » (PTSM, p 80).

Si l'intérêt populationnel est ici explicite, celui économique se base sur des données internationales. En effet, le manuel traitant du case management dans la psychose débutante annonce une réduction par 7 des coûts des soins lorsqu'une équipe d'intervention précoce est installée. Par ailleurs, le parangonnage avec un dispositif similaire « PEPs » (APM du 22/03/2024) sur le centre hospitalier du Vinatier au Bron (69) montre un intérêt dans la réduction notable de la durée moyenne de séjour d'hospitalisation à 19j et un moindre recours à l'isolement. Ce dernier point est essentiel compte tenu du rapport annuel de la CGLPL incitant à rechercher des modalités de réduction du recours aux soins sous contraintes, dans le respect des droits des personnes.

L'opportunité se traduit également par une concurrence faible sur le territoire pour cette activité. En effet, seule une EIPP, équipe d'intervention précoce dans les troubles psychotiques, rattachée au CHSM œuvre sur cette cible. L'EMIP se veut complémentaire

Figure 11 : EMIP articulation de la filière des 16-30

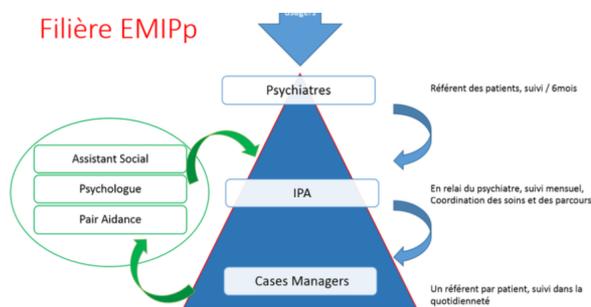
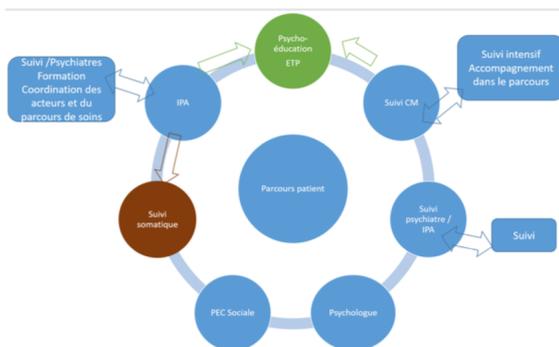


Figure 3 : Fonctionnement filière patients EMIPp



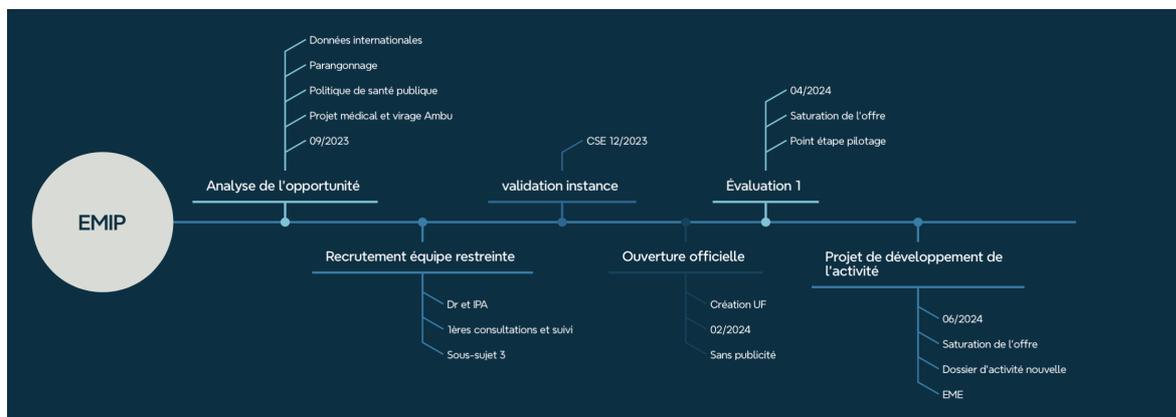
à cette offre de soins avec pour objectif de travailler en collaboration avec les structures et partenaires déjà implantés. Des projets de conventionnement avec les cliniques faciliteront les modalités d'intervention auprès de la cible concernée, notamment dans l'accompagnement dans le parcours de soins.

Cela s'est traduit par la création de l'EMIP, équipe mobile d'intervention précoce, en février 2024 dont l'organisation est reprise Figure 11.

## Méthodologie appliquée à l'EMIP

Une recherche de légitimité du projet : Une analyse des bénéfices a permis d'étayer le projet et s'appuie sur des données internationales et régionales. Ainsi, selon les recommandations PIPEP, l'incidence de troubles psychotiques serait de 45 / 100 000 hab / an sachant que le département du Puy-de-Dôme compte plus de 660 000 habitants en 2020 selon l'INSEE. Les secteurs du CHU, 63G08 et 63G09 incluent près de 175 000 habitants selon l'ARS (2017).

Ainsi, une première approche ciblée sur ces 2 secteurs vise une file active de 60 jeunes. L'orientation est pensée sur 2 versants : la demande médicale via les consultations spécialisées hospitalières et la médecine libérale et par sollicitation des familles et patients mêmes.



L'idée d'une telle équipe mobile naît de la volonté de proposer une offre de soins diversifiée mais complémentaire entre prise en charge intensive en hospitalisation temps plein et en hospitalisation temps partielle et en ambulatoire dès les 1ers signes et s'inscrivant dans la durée.

Dès le projet d'équipe, des éléments de soutenabilité du projet ont été avancés avec des indicateurs et des moyens que les membres de l'équipe s'engagent de suivre.

Concernant les indicateurs d'évaluation du projet :

- Nombre de patients inclus dans le dispositif
- nombre de réhospitalisation
- Nombre de transition (psychose ou schizophrénie) - mesure de la satisfaction
- Mesure de la qualité de vie avant / après prise en charge.

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet médical de pôle, un amorçage de l'activité de l'EMIP s'est fait en équipe restreinte avec 0,5 ETP psychiatre, réparti entre 2 praticiens et 1 ETP IPA, infirmière en pratiques avancées dès septembre 2023. L'ouverture de cette unité fonctionnelle en février 2024 est accompagnée d'une montée en charge rapide par le recrutement de jeunes patients issus de consultations sur le CHU qui a rapidement saturé les capacités de traitement des demandes de l'IPA ; cette dernière assurant une double mission liant son rôle propre et de case-manager.

Le recrutement d'un professionnel « case manager », s'il semble une nécessité pour la poursuite de l'activité de l'équipe, est rappelé dans le PTSM pour faciliter l'alliance thérapeutique et limiter les craintes à l'égard des traitements et de l'institution psychiatrique, de la stigmatisation importante des troubles dont ils souffrent, et d'un mode d'organisation des soins leur étant peu adapté... ». Afin de favoriser cette alliance, le rétablissement et l'amélioration du pronostic, une prise en charge personnalisée de ces jeunes est essentielle.

Le «case management» est en effet un outil incontournable pour l'appréhension de ces pathologies. Un infirmier case manager prend en charge le jeune pendant les trois premières années de sa maladie, ce qui permet une continuité du parcours de soins et une coordination des intervenants » (PTSM, p80).

**Recommandations** dans le pilotage de cette activité, la Direction fait face à une activité empêchée du fait d'une équipe trop restreinte. La nécessité de recrutement voulue par le corps médical doit toutefois être croisée avec les réalités économiques. En ce sens une étude médico-économique a été faite dans le cadre d'un dossier d'activité nouvelle, soumis à la Direction Générale. Deux arguments sont à considérer : l'un portant du redéploiement des postes suite à la fermeture de lits, l'autre sur la sécurisation du parcours de soin pour éviter le recours à l'urgence. Le recours aux urgences psychiatriques sur le CHU reste très important avec des demandes d'hospitalisation conventionnelle insatisfaites et inadaptées.

La question de la temporalité est donc de nouveau essentielle ; la montée en charge n'ayant pas été prévue, le profil de poste n'a pas été rédigé puis soumis dès le début de l'année.

Un échancier de montée en puissance de l'équipe aurait été facilitant dans la mise en œuvre opérationnelle et effective de l'équipe, s'appuyant sur le projet médical de l'équipe. L'identification de jalons bloquants pour tout projet apparaît essentiel dans la conduite de projet que ce soit au niveau macro (institution), méso (pôle) que micro (service).

Par ailleurs, la notion de performance est relative dès lors que le financement de l'activité de psychiatrie sur le pôle reste majoritairement en dotation globale. L'EME apparaît de fait déficitaire de la charge de titre 1. Dans ce contexte, l'arbitrage en vertu de l'intérêt de santé publique primerait et inciterait au recrutement d'autant que ces postes de case manager sont déployés en nombre sur le CH du Vinatier.

À l'instar du projet de CMP sur le secteur 63G08, le dimensionnement de l'équipe est à réinterroger. En effet, elle est constituée d'un nombre restreint de professionnels qui a pour écueil de fragiliser la continuité de service en cas d'absence d'un des membres. Une réflexion relative à la mutualisation de professionnels sur le pôle est à conduire. Elle pourrait ainsi porter sur la pertinence d'une équipe de secteur, toutes activités confondues, dont

chaque membre serait doué des mêmes compétences socles ; chaque particularité venant compléter sur les différentes unités l'offre de soins de base.

L'intervention d'une équipe mobile spécialisée dans le dépistage précoce de troubles et le suivi à moyen terme des patients constitue un outil complémentaire au CMP dans la recherche de réponse graduée et coordonnée. Le plein exercice de l'EMIP, en cours de déploiement, tient nécessairement à la qualité du tissu territorial avec les autres acteurs de santé mentale, de 1<sup>ère</sup> ligne (service des urgences) et de 1<sup>er</sup> recours (médecine et professions de santé libérales).

La place du CMP dans l'offre de soins doit être adaptée à ses missions tel que le décrit l'IGAS dans son rapport en 2020. Ainsi, si ce type de structure doit s'articuler justement dans un parcours de soins, il ne peut pas prétendre à réguler les soins non programmés et répondre aux urgences. La cour des comptes recommande de s'inspirer de l'expérience acquise dans d'autres secteurs de soins pour déployer des dispositifs juridiques rendant obligatoire des modalités de coordination intersectoriel public/privé et pluridisciplinaire dans le parcours patient. Elle rappelle par ailleurs la place fondamentale de l'ARS dans la construction, l'accompagnement et le suivi de ces dispositifs qui gagnerait, par ailleurs l'engagement des établissements parties à ces outils à réellement œuvrer dans cette logique vertueuse de parcours décloisonné et gradué

En effet, le maillage de l'offre de soins sur le territoire du GHT Territoires d'Auvergne ne peut pas uniquement se faire via les équipes mobiles ou l'implantation de CMP et n'engager que la responsabilité populationnelle du CHU, d'autant que si l'on considère les missions sectorisées sur le territoire (

*Figure 6*), le CHU n'en couvre qu'une bande. Il convient alors d'envisager le déploiement d'autres outils et d'associer plus largement les offreurs de soins ; cela vaudra affiner la qualité de réponse aux attendus du PTSM dans la réponse graduée et l'organisation de parcours de soins en santé mentale.

## **2 Toutefois, le maillage territorial ne doit pas uniquement être de la responsabilité du CHU, l'incitant à développer des stratégies de collaboration avec les structures libérales et privées**

Dès la rédaction du projet médical partagé de territoire en 2018, reprises dans le projet médical de pôle, des modalités de meilleure coordination avec les partenaires étaient prévues mais dont la mise en place n'a pas eu lieu. Le conventionnement avec des structures privées et publiques autorisées en psychiatrie constitue un premier élément de réponse (A) que le déploiement d'un partenariat visant à coporter des dispositifs limitant le recours aux urgences (B).

### **A. La structuration de la filière passe par le conventionnement dans le cadre de la réforme des autorisations**

Dans le rapport portant organisation territoriale du 18 septembre 2018, « l'objectif est d'organiser la *coopétition* (coopération et compétition) entre les acteurs sanitaires de l'offre de soins publics et privés à la maille de ces territoires. Des accords de partenariats sont établis entre acteurs publics et privés sur les filières prioritaires et les situations qui le nécessitent sur la base d'un programme de travail alimenté, entre autres, par des appels à projets ou saisines de l'ARS. A partir des besoins du territoire, les établissements partenaires contractualisent pour chacune des situations où leur offre est complémentaire. L'ARS valide cet accord de partenariat après avis de la CSOS et, le cas échéant, demande à ce que des thématiques non ou insuffisamment couvertes par l'accord de coopération soient intégrées ».

Récemment, la Chambre régionale des comptes formulait des recommandations à la Direction du Centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse (2024) pour renforcer la coopération avec le CHU concernant particulièrement la gestion des urgences. Il est notamment question de la mise en œuvre d'une fédération médicale inter-hospitalière de psychiatres.

Dans le Droit français, une convention se définit par un accord conclu entre deux ou plusieurs parties en vue de produire certains effets juridiques : créer des obligations, modifier ou éteindre des obligations préexistantes ; en l'occurrence ici, participer à la structuration d'un réseau / filière de psychiatrie sur le territoire du GHT.

Dans le formulaire relatif à l'activité de la demande initiale d'autorisation d'activité en psychiatrie, il est par ailleurs demandé de « préciser l'état d'avancement du conventionnement de partenariat avec l'établissement désigné pour assurer la mission de psychiatrie de secteur ». Une coopération est d'abord un projet de territoire construit autour

de la volonté de plusieurs acteurs. L’outil juridique en est la déclinaison opérationnelle ; chaque forme juridique présentant des caractéristiques propres (coopérations obligatoire ou facultative, acteurs concernés, gouvernance, personnalité morale, statut...) en fonction des besoins auxquels elle répond.

Ainsi, deux formes juridiques de coopérations coexistent dans le paysage de la santé, fonctionnelle et organique, qu’il convient de distinguer :

- La première, fonctionnelle, consiste en la signature d’un contrat *intuitu personae* s’imposant aux parties qui l’ont adopté et n’entraîne pas la création d’une nouvelle entité juridique. Conclue de gré à gré, elle offre aux parties une certaine liberté dans la rédaction des clauses conventionnelles (sous réserve de respecter les règles découlant des textes législatifs, réglementaires ou de la jurisprudence). L’absence de personnalité morale emporte certaines limites : il n’est ainsi pas possible de recruter du personnel en propre ou détenir du patrimoine,
- La coopération organique conduit à la création d’une structure juridique dotée d’une personnalité morale. Contrairement à celle fonctionnelle, cette forme juridique permet de recruter du personnel, d’avoir un budget autonome, ou de détenir du patrimoine (lequel est liquidé en cas de dissolution). Les GCS et GCS-MS, les GIP et GIE font partie, entre autres, des formes organiques de coopération.

**Les coopérations fonctionnelles sont des véhicules juridiques souples, laissant une marge significative à la volonté des acteurs**

Coopérations	Objectif	Caractéristiques	Limites
<b>GHT</b>	Permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d’activités entre établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout établissement public de santé est partie à un GHT sur la base d’un projet médical partagé</li> <li>• Tout GHT est associé à un CHU</li> <li>• Possibilité d’associer des établissements psychiatrique ou de HAD ainsi que des hôpitaux des armées et de conclure des partenariats avec des établissements privés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de personnalité juridique</li> </ul>
<b>Convention de Coopération *</b>	La convention de coopération peut porter sur tout type d’objectif. La loi ne précise pas d’objectif particulier pour les coopérations.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un outil souple et accessible ;</li> <li>• Une mise en place rapide et une forme bien connue de tous les acteurs ;</li> <li>• Ouvert à tous types d’acteurs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forme juridique n’engageant pas de façon ferme sur le long terme.</li> </ul>
<b>FMIH *</b>	Organiser un rapprochement d’activités médicales entre établissements publics de santé (coopération conventionnelle).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation des coopérations entre équipes médicales inter établissements, en offrant gestion plus souple que les formes plus intégrées de coopération, telles que les GCS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comme toutes les coopérations fonctionnelles, impossibilité de constituer du capital social.</li> </ul>

\* L’approbation des instances des ES concernés suffit – l’approbation du DG ARS n’est pas nécessaire

Tableau 2 : les formes juridiques de convention – source <https://sante.gouv.fr/>

Compte tenu de la volonté commune des établissements et praticiens du GHT Allier-Puy-de-Dôme de renforcer les collaborations et la coordination entre les sites, les établissements se sont engagés dans la constitution d’une Fédération Médicale Inter-hospitalière de Psychiatrie en 2018. Cette volonté commune découle des travaux relatifs à la rédaction du projet médical partagé du GHT (2018), qui a mis en valeur les complémentarités existantes entre les sites, mais aussi le relatif déficit de coordination entre les structures de prise en charge. Il s’agit d’améliorer la gouvernance de la filière, en développant la concertation entre les sites et la confiance entre les praticiens, notamment :

- aborder la question de la mobilité des séniors, sur la base du volontariat et sur des projets spécifiques et précis, entre les sites du groupement.
- articuler son activité en lien avec le projet de filière en addictologie, mais aussi avec la filière de gériatrie afin de répondre à l'enjeu du vieillissement de la population.

En quoi la FMIH peut-elle améliorer le maillage territorial de l'offre de soins en psychiatrie ? la réponse est double puisqu'elle vise l'amélioration de l'offre par une meilleure lisibilité et continuité et également par la conduite d'une politique RH relative au personnel médical comme paramédical. Ainsi, la fédération inter hospitalière de psychiatrie est abordée dans le projet médical de pôle avec des objectifs pour les usagers et pour les professionnels (p44).

Pour l'utilisateur, l'ambition est de :

- Organiser des parcours patients gradués dans le cadre d'une stratégie basée sur la préférence publique ;
- Développer la complémentarité entre Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Psychiatrie d'Adultes en favorisant l'articulation des dispositifs de soins ;
- Favoriser la complémentarité entre les dispositifs sanitaires et médico-sociaux sur le territoire du GHT dans le domaine de la Santé Mentale ;
- Faciliter la gestion des « cas complexes » par une meilleure collaboration médicale via des réunions pluridisciplinaires "cas complexes" ;

Pour les professionnels, il s'agit de :

- Optimiser la gestion des ressources humaines médicales et non médicales (formation initiale et continue, attractivité des jeunes praticiens ou soignants, recours à l'intérim) et renforcer l'adéquation entre les profils de postes et les besoins régionaux ;
- Favoriser le maintien de compétences et la formation continue de tous les personnels de santé mentale du GHT ;

La FMIH veut rendre plus lisible l'offre de soins en psychiatrie sur le territoire tant pas la clarification et l'harmonisation des pratiques que dans son interaction régulière avec le COSTRAT, Comité stratégique, du GHT. Bien que n'ayant pas d'identité juridique comme expliqué supra, il est question ici de représentation stratégique dans le paysage institutionnel et de tutelle. Enfin est-il question de Travailler sur une vision prospective des besoins du territoire en Psychiatrie par parcours patient et par discipline, ainsi que sur les débouchés professionnels par surspécialité.

**Un contexte favorable** : l'idée de fédération médicale inter-hospitalière en psychiatrie a été actualisée à l'occasion du COSTRAT du 5 mars 2024 dans le cadre du dépôt des dossiers d'autorisation en psychiatrie. Cette initiative vise à structurer l'offre de soins d'une filière en santé mentale au vu :

- Des difficultés de certains établissements. En effet, le PTSM en décrit les principales caractéristiques avec une densité médicale en psychiatre préoccupante notamment en pédopsychiatrie et dans l'Allier. Si la participation à des visioconférences relatives à l'organisation de télé-expertise sur le territoire du GHT, cela reste insuffisant au vu des besoins,
- De la nécessité, pour les établissements membres du GHT Territoires d'Auvergne, de participer à un réseau des urgences psychiatriques tel que mentionné dans le dossier d'autorisation et défini à l'art. R. 6123-179 du CSP (demande initiale - formulaire relatif à l'activité p5).

Fruit d'une collaboration étroite entre des établissements de santé, une Fédération Médicale Inter-Hospitalière est un mode de coopération conventionnelle ayant pour objet d'organiser un rapprochement d'activités médicales entre centres hospitaliers. Si à l'instar de celle relative à la médecine d'urgence sur le GHT, la FMIH constitue un dispositif précieux de gestion des ressources humaines médicales au sein d'un territoire de santé, elle permet également d'harmoniser les protocoles de prise en charge, de développer des formations partagées, d'instaurer une politique d'achat cohérente et d'intensifier les coopérations inter-hospitalières dans le domaine de la recherche clinique. La coordination et le pilotage de la FMIH sont assurés par un médecin coordonnateur élu par les praticiens des services et unités membres de la FMIH. Pour chacune des disciplines est également désigné un coordonnateur adjoint référent.

Les 3 filières essentielles sur le territoire sont une priorité à organiser : urgences, gérontologie et psychiatrie. La filière psychiatrique est la 2<sup>ème</sup> à être mise en place après les urgences.

#### **Mise en œuvre opérationnelle :**

La création d'une FMIH de psychiatrie sur le territoire est inédite mais est complémentaire d'un précédent de FMIH de médecine d'urgence. Il a été opportun de se saisir de cela pour construire un document initial répondant à la demande des professionnels et des établissements et impliquant les professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne.

En effet, des échanges à l'occasion d'un groupe restreint de travail en février avec des professeurs du pôle et la direction déléguée ont permis d'identifier les agents cibles, les moyens à allouer et les missions à définir. Une proposition d'action a été soumise à la Direction Générale de l'établissement support du GHT début mars avec un projet de formation de ces professionnels de 1<sup>ère</sup> ligne (IOA, IDE, psychologue, travailleur social, urgentiste) sur les principaux motifs de décompensation psychique amenant les usagers à se rendre aux urgences : crise suicidaire, crise psycho-sociale, troubles des conduites alimentaires, premiers épisodes psychotiques.

Si la volonté du corps médical du pôle du CHU est univoque, il leur était nécessaire que le CHU se positionne en pivot pour mobiliser les directions des établissements parties à la fois en termes de participation active des acteurs du soin qu'éventuellement la mobilisation de ressources collectives telles que pour de la coordination.

Aussi, lors de la rédaction martyre de ce « contrat », autant les structures hospitalières autorisées en psychiatrie du territoire que celles disposant d'un service d'accueil des urgences ont été intégrées. Pour se faire, 3 réunions ont été nécessaires avec les affaires générales du CHU pour identifier les attendus de cette convention ; étant entendu que l'ensemble des structures concernées sont informées de la démarche puisqu'annoncée lors du COSTRAT et rappelée dans le compte rendu qui leur a été transmis.

Ce premier travail a permis d'envisager une comitologie avec des attendus des établissements parties à la fédération. Ainsi, la Figure 12 illustre-t-elle les modalités d'organisation. Toutefois, une analyse de territoire menée dans le cadre de l'actualisation du projet de territoire montre des tensions en ressources médicales inégales sur les départements 03 et 63. Avec des manques de psychiatres sur l'Allier, notamment en pédopsychiatries, l'identification de médecins référents par site est une gageure. En cela, si la recherche de consensus dans l'établissement de la convention, elle ne doit pas masquer les faiblesses et menaces de chaque établissement à porter la chose.

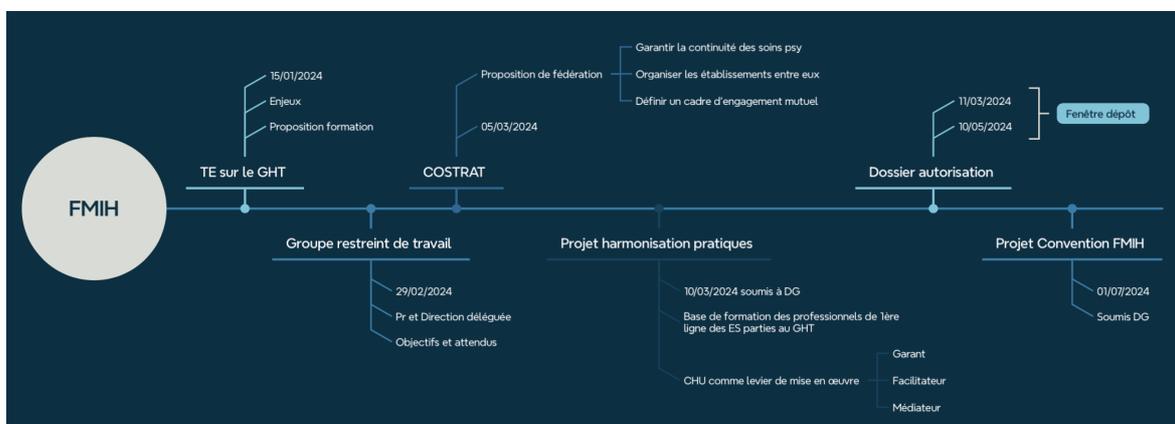


Figure 12 : FMIH de psychiatrie, chronologie

La question de la temporalité est de nouveau à poser d'autant qu'une initiative date de 2018. L'actualisation du projet d'établissement du CHU adossé au prochain PMSP semble être un levier de mise en œuvre de cette fédération. Ceci d'autant que des projets d'accompagnement par téléexpertise et formation des 1<sup>ère</sup> lignes a déjà été soumis par le CHU aux établissements parties mais sans mise en œuvre du fait d'un manque de coordination.

Il semble également utile de s'appuyer sur les recommandations du rapport de la CRC à Toulouse pour envisager la définition et le suivi d'indicateurs communs de tension aux

urgences et en capacitaire, opposables à tous les établissements et à l'origine de déclenchement de procédures sur l'ensemble du territoire, associant les cliniques.

Parallèlement, le contexte de l'autorisation en psychiatrie pour les établissements publics ou privés oblige les structures à conventionner avec un établissement disposant des mentions adultes, infantojuvéniles, périnatalité et soins sous contraintes avec les modalités d'hospitalisation temps complet, temps partiel et ambulatoire. En cela, le CHU se positionne comme établissement support et de recours avec qui il convient de lier un partenariat. La FHF (2024) dans son rapport p26 rappelle également que la « réforme des autorisations [...] est une opportunité pour instaurer un partage plus équitable des contraintes dans le domaine médical » et abordant une répartition plus équilibrée des responsabilités, allant jusqu'à la mise en place d'une permanence des soins mutualisée.

Il a été nécessaire de travailler sur un projet de convention nouveau liant le CHU avec les 3 cliniques privées du bassin clermontois. Il engage les acteurs à tenir des engagements d'orientation, d'adressage mais aussi de reprise de patients et cela dans la réactivité. Le CHU accueille de façon inconditionnelle et extrasectorielle des patients qu'il est souvent difficile de réorienter. Ceci a pour effet une embolisation des lits et une incapacité tenir des durées moyennes de séjour dans les normes. En effet, un suivi hebdomadaire sur 4 mois d'une unité révèle qu'entre 40 et 55% des lits sont occupés par des patients relevant d'un autre secteur. Il reste essentiel d'avoir une lisibilité partagée du capacitaire en lits et places pour optimiser les orientations.

La bonne collaboration étant visée, un délai de réponse acceptable de 48h est attendu pour chacune des parties et « assurer la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont le parcours de soins est particulièrement complexe » (document de convention interne). De nouveau, l'ambition du conventionnement est de rendre plus lisible la nature de l'offre de soins disponible sur le territoire, de rendre plus facile le relationnel entre établissement et évidemment de poser un cadre de coopération (ou coopération comme abordé infra).

Cette démarche a été soutenue par l'ARS et les représentants de l'offre de soins et du champ de la Santé mentale pour que la responsabilité populationnelle des offreurs soit assumée. Ainsi, la demande de lisibilité quotidienne en lits et places disponibles ne doit pas être vue comme contraignante mais comme levier de dialogue avec l'Agence en cas de non tenue des indicateurs qualité tels que l'IPDMS ou le manque de structure d'aval.

Par ailleurs, lors d'échange avec des directeurs des cliniques du bassin, il est remonté la difficulté pour ces établissements d'orienter des usagers vers des services MCO et plateau technique, obérant ainsi la notion de parcours gradué de soins. Le projet de convention a justement cette ambition de faciliter les adressages en services somatiques mais en

cadre la réadmission. Selon l'article 4 de la convention, « le CHU et la clinique X ont en effet un objectif partagé : celui de favoriser les soins programmés des patients et ainsi éviter les prises en charge d'urgence qui peuvent l'être. Pour faciliter le parcours patient, la coordination et la coopération entre le CHU et la clinique X constituent un prérequis important ».

L'intérêt de la convention doit être mesuré. Ainsi, une évaluation trimestrielle des dispositifs de la convention est prévue, notamment dans le cadre des soins non programmés en axant le parcours du patient. Les parties étant incitées à participer à des réunions pluridisciplinaires dans l'éventualité de cas complexes, le conventionnement répond à un objectif de limiter les parcours sans rupture en associant les partenaires et dispositifs sociaux et médico-sociaux.

**Méthodologie appliquée** : un travail conjoint entre la direction déléguée de pôle, la direction en charge des affaires juridiques et des coopérations et la direction générale a permis d'élaborer le document de convention pour début mars afin de le proposer dès l'ouverture de la fenêtre de dépôt des dossiers d'autorisation. Si le document semble contraignant à l'égard des établissements privés demandeurs, c'est pour ancrer le partage de la « contrainte » comme l'a soulignée la FHF.

Il était possible en amont de convenir d'une lettre d'engagement visant à conventionner à joindre au dossier. La Direction déléguée de pôle s'est située en intermédiaire et médiateur dans le processus, notamment pour répondre aux questions et valoriser l'intérêt de la convention.

Enfin, la place de l'ARS est essentielle. Les référents médicaux et de l'offre de soins ont pu soutenir la démarche à l'occasion d'une visioconférence plénière regroupant tous les effecteurs du Puy-de-Dôme et d'aborder la question de la participation à la permanence des soins pour les établissements privés.

Si une procédure existe quant au recueil quotidien des lits et places disponibles pour chaque établissement du département 63, à renseigner deux fois par jour, il est rare que les données soient transmises et actuelles. Cela a pourtant des conséquences sur l'afflux de patients aux urgences du CHU et leur engorgement et limitant la tenue du BJML en psychiatrie, besoin journalier minimum en lits ; ce dernier étant estimé entre 5 et 7 lits sur le pôle par le médecin responsable de l'unité des urgences psychiatriques et psycho-trauma, UPP, des urgences et un professeur chef de service. Une réflexion sur la construction d'une filière des urgences psychiques sur le territoire du GHT s'appuie sur la mise en place récente du dispositif de système d'accès aux soins et du concours de l'Agence pour déployer des lieux d'orientation sans recourir aux services des urgences des établissements sanitaires.

## **B. La structuration de la filière psychiatrique passe par la prise en compte des urgences psychiques impliquant différents outils et acteurs**

La recherche d'une réponse graduée à la demande passe par la mise en œuvre d'outils visant la limitation du recours aux services d'accueil des urgences et une orientation adaptée vers des effecteurs et par le traitement de crises. La qualité de relation avec le CHSM, effecteur important du bassin de vie clermontois fait que des projets d'envergure peuvent être initiés. Le constat partagé fait état d'engorgement récurrent des urgences, de l'UPP et de la Zone d'attente de transfert par un flux de patients en augmentation limite les capacités de réponse en psychiatrie. Contraints de réduire le capacitaire en lits d'hospitalisation temps plein les 2 établissements ne peuvent pas absorber les flux, d'autant que les « unités surspécialisées » ne peuvent pas répondre aux pathologies psychiques générales comme il a été soulevé lors des échanges. Des réunions essentielles relatives à la filière d'urgences psychiatriques ont permis d'aboutir en juin 2024 à une volonté de coportage de 3 projets : un SAS PSY15 sur le territoire (1), un centre d'accueil de crise ou centre de crise psychique CCP et une équipe mobile d'urgence (2).

### **1. La mise en place d'une filière psychiatrique au sein du SAS63 :**

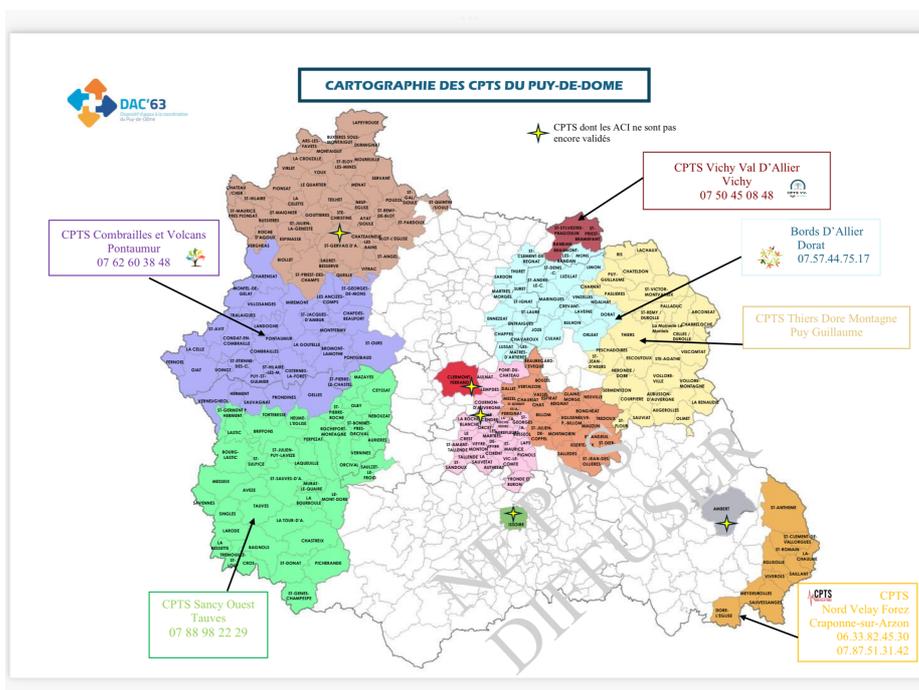
Mesure phare du pacte de "refondation" des urgences présenté fin 2019, le SAS propose aux usagers d'obtenir une orientation de leurs demandes de soins non programmés par une structure de régulation médicale commune entre les Services d'Aide médicale urgente, SAMU et la médecine de ville. Si le médecin traitant reste le pivot de la prise en charge, du suivi comme des soins non programmés, les communautés territoriales des professionnels de santé apportent également des réponses locales complémentaires, y compris pour aider à retrouver un médecin traitant pour les patients qui en sont dépourvus ou dans le cadre d'errance. Le SAS intervient si et seulement si l'accès au médecin traitant n'est pas possible et que le patient n'a pas trouvé d'autre solution sur son bassin de vie ou territoire. Il constitue alors un dispositif « simple » pour obtenir, par un appel au 15, une réponse immédiate en cas d'urgence et une orientation dans le système de santé quand il n'arrive pas à trouver de solution face à un problème de santé.

Réaffirmé lors du Ségur de la santé en 2020, l'épidémie de COVID n'a pas permis sa mise en place immédiate. Les acteurs concernés et volontaires pour s'engager dans la construction de ce dispositif se sont alors réunis en septembre 2022 autour de la Direction Territoriale de l'ARS63 et de la Caisse primaire d'assurance maladie avec l'ambition de proposer un SAS au cours du dernier trimestre 2023.

Le territoire de Santé et les acteurs qui le font vivre ont déjà une tradition de travail en commun : la plate-forme SAMU CODIS 63 date de 1990. Elle a permis très rapidement aux

acteurs de travailler en collaboration à la prise en charge de l'appelant et réunissant l'aide médicale urgente, la médecine générale libérale et les moyens du service départemental d'incendie et de secours. Ce premier maillon a été contributif pour évoluer rapidement vers un SAS.

La crise Covid a joué le rôle d'un accélérateur entre le CHU et les partenaires libéraux (ordre des médecins, CPTS...) permettant d'élargir le champ d'intervention des acteurs. Construire ensemble le maillage du territoire traduit la volonté des partenaires de réguler l'accès aux soins, de façon la plus appropriée au regard des complémentarités, avec comme objectif de répondre aux besoins de la population, quelles que soient les zones du territoire.



Une mise à jour des listes des CPTS, avec leur responsable, sur le territoire facilite l'identification des effecteurs et des zones de fragilité sous denses en offre de soins (Figure 13).

Figure 13 : Cartographie des CPTS du Puy-de-Dôme

Si le territoire du Puy-de Dôme semble bien couvert par les CPTS, des requêtes relatives à la répartition des professionnels de 1<sup>er</sup> recours tels que psychiatre (Figure 7), sage-femme montrent des zones sous denses avec les risques d'errance diagnostique ou thérapeutique en lien. Seule la densité en infirmier libéral semble satisfaisante (Figure 14).

Tel qu'il est proposé, le SAS est amené à évoluer au regard des données démographiques, des déterminants de santé de la population. Selon la FHF (2024, p25), « il est important de considérer où et comment ces filières sont déployées », insistant sur la qualité et la nature des ressources humaines allouées tant pour répondre à l'appelant que pour sa prise en charge par les effecteurs.

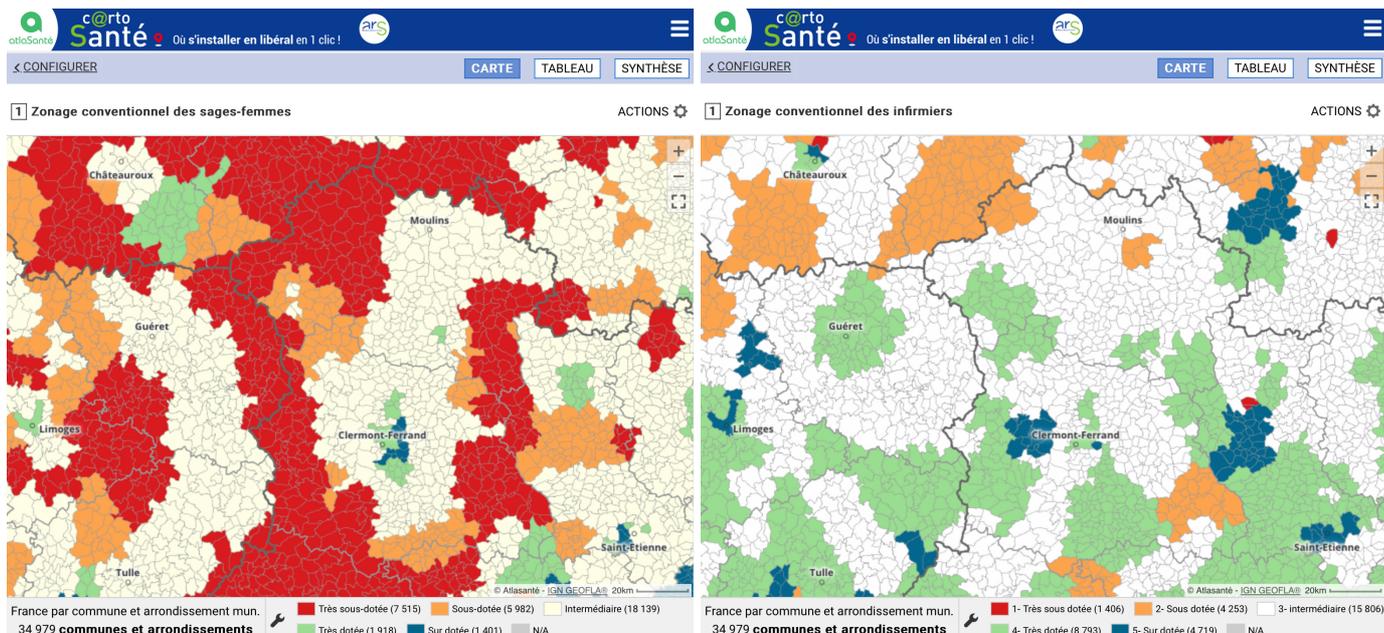


Figure 14 : zonage conventionnel des sages-femmes et des infirmiers sur le Puy-de-Dôme

Huit SAS pilotes ont initialement expérimenté une filière spécialisée en psychiatrie dans le cadre de leur montée en charge. Récemment, en janvier 2024, la DGOS (2024) a dévoilé un retour d'expérience de ces pilotes, révélant que la psychiatrie constitue la filière spécialisée la plus couramment déployée dans les SAS. Bien que le plus souvent cette filière s'appuie sur les organisations existantes, il est montré qu'elles sont renforcées à l'occasion de leur intégration aux SAS.

Ce retour d'expérience national veut "offrir aux acteurs une grille d'analyse et d'aide à la décision partagée pour la mise en place ou le renforcement d'un SAS, sur quatre chantiers prioritaires", a expliqué la DGOS, en mentionnant "les statuts juridiques et la gouvernance", "l'organisation de la régulation", l'organisation territoriale et plus particulièrement de l'effectif" et "la plate-forme numérique SAS" (APM 30/01/2024). Le retour d'expérience démontre également que 75% des SAS lancés se sont dotés d'un statut juridique ou sont en passe de le faire : 50% ont choisi une convention, 25% un groupement de coopération sanitaire (GCS).

L'occasion des assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues en septembre 2021 a conforté la DGOS à soutenir les projets de filières psychiatriques dans les SAS. Selon elle, la présence de professionnels de psychiatrie sur le plateau de régulation permet plus généralement de donner une visibilité sur l'offre de soins en psychiatrie sur le territoire. Le SAS 59 a par exemple intégré sur le plateau le numéro relatif à la prévention du suicide, traduisant des stratégies d'efficience et d'optimisation des moyens par une réponse prompt adaptée et coordonnée.

La mise en place d'une filière psychiatrique au sein du SAS63 permettrait ainsi de « filtrer » les appels avec une orientation vers des effecteurs de 1<sup>ère</sup> ligne visant ainsi à réduire le flux

de patients sur les urgences ou les CMP tel que le préconise la Cour des comptes (2021). Le SRS rappelle à ce sujet que « le titulaire d'autorisation organise l'accès aux soins non programmés dans un délai adapté à l'état clinique du patient, cet accès pouvant être organisé par convention avec ou ou plusieurs autres détenteurs d'autorisation. Il répond aux demandes des médecins traitants dans des délais adaptés aux besoins des patients » (SRS 2023-2028, p 133).

L'effectivité des circuits d'adressage adaptés au contexte local requière 2 prérequis. Dans une note technique adressée à la Direction Générale en juillet 2024, l'organisation proposée est la suivante :

	Quoi	Qui	Quand	Comment
<b>Prérequis</b>	Cartographie des effecteurs (psychiatre, psychologue, IDE, S-F, ASS)	ARS	Demande faite juillet 2024	Outil de listing Représentation cartographique
	Clarification du processus décisionnel intégré au SAS63	Direction CHU Corps médical Effecteurs libéraux	A venir	Logigramme  Courrier de la Direction CHU
<b>Moyens nécessaires</b>	Articulation du SAS PSY15 dans le SAS	Direction déléguée Responsable SAS Corps médical DRH	A venir	Comitologie Définition des ressources et profil de poste Parangonnage
	Intégration des effecteurs de ville au dispositif	Direction CHU Effecteurs, ordre, CPTS	A venir	Avenant convention SAS63 ou nouvelle Réunion cadrage avec des référents des professions libérales

Un facteur majeur de réussite réside dans la capacité de la Direction Générale du CHU à mobiliser les acteurs du territoire, avec le soutien de l'ARS63, dans la mise en place de ce dispositif, adossé à la structure SAS63 du CHU en place et effective.

Pour le SAS PSY 15, il est suggéré, le recours à un IDE ou IPA avec une expérience reconnue en psychiatrie qui pourrait :

- Évaluer les symptômes et le contexte à l'origine de l'appel,
- Fournir des informations concernant les modalités de prise en charge aux médecins régulateurs
- Écouter, conseiller, orienter le patient et son entourage
- Contribuer à la mise en œuvre de la décision médicale

- Faire le lien avec les effecteurs et dispositifs du territoire
- Assurer les rappels de suivi 24h/48h/72h

Un arbitrage sera à conduire s'avoir s'il fonctionne en lien avec ou sous couvert d'un psychiatre « d'astreinte » ; cela en fonction de la comitologie et des ressources médicales.

Par ailleurs, une réflexion pourrait utilement être menée pour la bonne formation des OSNP en lien avec le CFARM qui vient récemment d'ouvrir sur le CHU. Des temps de sensibilisation / formation pourraient intégrer leur maquette de formation et ainsi faciliter la mise en place du SAS PSY 15 en leur sein.

## **2. La prise en charge la crise, pour que ce ne soit pas de l'urgence : Centre de crise et équipe mobile d'urgence, leviers de coopération.**

Ces 2 dispositifs ont été abordés à l'occasion de rencontres inter établissements et soumis aux responsables de l'offre de soins de l'ARS AuRA début juillet. Visant la prise en charge précoce des troubles, centre de crise et équipe mobile d'urgence se révèlent également être des leviers à une meilleure collaboration entre les établissements porteurs de projets.

Le SRS mentionne explicitement qu'il faut « formaliser dans chaque territoire sectorisé, le parcours de prise en charge des crises et des urgences psychiatriques entre les partenaires par une convention ». Une latitude est donc laissée aux établissements autorisés pour convenir des modalités d'organisation.

Il est noté ici de proposer une méthodologie de projet assise sur un cahier des charges inaugural aux travaux. La question de la soutenabilité de ces unités est forte dans un contexte de rationalisation des moyens, notamment liée à des baisses d'activité par manque de professionnels et des durées moyennes de séjour longues du fait de l'accueil de cas complexes. Il est important de rappeler ici les difficultés rencontrées à valoriser l'activité du CMP. Cet élément est à capitaliser à l'échelle du pôle et de ces projets pour convenir d'indicateurs fiables et factuel traduisant l'activité. Aussi, des dossiers de financement type FIOP seront déposés en ce sens.

Les centres d'accueil de crise et les équipes mobiles sont des dispositifs éprouvés, brièvement décrits ci-après. Leur inclusion dans un dossier FIOP se justifie dans le cadre de la campagne prochaine par la double modalité, nationale et régionale. En effet, outre les projets innovants, sont inclus les projets ayant faits leur preuve mais absent sur un territoire et dont la mise en place demande un soutien financier (point 2.2 Volet « déploiement des innovations en région de l'instruction N° DGOS/P3/2024/71 du 31 mai 2024).

Les centres d'accueil de crise en psychiatrie ont été créés pour répondre aux besoins urgents en santé mentale. Leur développement a commencé dans la seconde moitié du XXe siècle, en réponse à la nécessité de fournir des soins immédiats et spécialisés aux

personnes en crise. Ainsi, les premiers dispositifs d'urgence psychiatrique ont émergé pour offrir une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, souvent longue et stigmatisant. Avec le temps, ces centres se sont diversifiés, incluant des services comme les équipes mobiles, les centres d'écoute téléphonique, et les CAC. Ces derniers ont une existence légale à partir de l'arrêté du 14 mars 1986 qui précise les structures de soins en adéquation avec la loi de 1985 encadrant le secteur de psychiatrie. Il s'agit alors d'instaurer des « centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës » (Amado, 2021).

L'émergence de ces centres CAC est l'une des actions fortes depuis quelques années (Martinez, 1992) ; qu'ils soient situés dans la cité (Paris, Lyon), ou au sein de l'hôpital général comme à Lille. Des textes législatifs, comme la circulaire Veil de 1979, ont soutenu leur développement, bien que des défis idéologiques et pratiques aient persisté.

Parmi les missions, on retrouve selon Chaltiel et Haumont (2015) :

- Réponse à l'urgence par une prise en charge immédiate des situations de crise, évitant ainsi des hospitalisations prolongées,
- Soins intensifs ambulatoires, permettant aux patients de recevoir des traitements sans être hospitalisés.
- Coordination avec d'autres services comme les hôpitaux généraux, les foyers, et les maisons de retraite,
- Permanence téléphonique pour répondre aux urgences psychiatriques et offrir des consultations sans rendez-vous.

L'intérêt d'un centre de crise sur le territoire serait un élément de réponse solide aux attendus du PTSM et des équipes des pôles urgences et psychiatrie. Par ailleurs, via un co-portage du projet, cela viserait à mieux structurer les collaborations entre établissements comme recommandé par la FHF et la Cour des Comptes mais aussi exigé dans le cadre des autorisations. Dans le cadre des parcours de soins, il sera inévitablement un pivot de flux avec les établissements privés.

#### **Les ambitions de ce CCP aux CHSM-CHU :**

Visant à réduire le recours à l'HC, sont proposées la définition et l'organisation initiale suivantes (document interne) : Le Centre de Crise Psychique (CCP) est une unité de soins ouverte, créée pour soigner le patient dès l'apparition des symptômes. Le CCP, ouvert 24h/24h, permet un accès direct aux soins (accueil sans nécessité d'une indication médicale préalable). L'évaluation clinique faite lors de l'accueil définit les justes soins adaptés. Selon les besoins et dans une recherche constante de consensus avec le patient, ils se déclinent d'une prise en charge totalement ambulatoire à des soins à temps partiel ou à temps plein. Les soins y sont dispensés par une équipe pluridisciplinaire.

Hypothèse organisationnelle et capacitaire : la prise en charge 24h/24 consisterait en une réponse soit ambulatoire (Cs), soit HDJ soit type Hospitalisation temps plein de courte durée (max 72h) sur un service de 3 lits et 7 places.

Ressources : 1 psychiatre référent de cette unité. Les RDV médicaux sont organisés selon les besoins. Équipe soignante : 1 IDE coordonnateur + 2 IDE 7h30 en décalé pour couvrir l'amplitude de jour. La nuit les 3 lits seraient sous couvert d'un service d'hospitalisation conventionnelle du CHSM.

Gouvernance : coportage CHU/CHSM dont le projet de construction serait porté par 1 binôme médico-administratif de chaque établissement (psychiatre + directeur). Elle serait également bicamérale pour l'EMU, portée par le CHSM seul.

Pour les équipes mobiles d'urgence, visant la limitation d'adressage au SAU et la prise en charge précoce au plus près de la demande, la définition et l'organisation suivantes (note interne du 17 juillet 2024) : L'équipe mobile d'urgence est une équipe pluridisciplinaire le plus souvent composée d'infirmiers, de psychologues, de psychiatres, d'éducateurs, d'infirmiers en pratique avancée, de cadres et de secrétaires. Cette équipe cherche à promouvoir l'accès aux soins et la destigmatisation d'un premier contact avec la psychiatrie, parfois vécu brutalement, dans la mesure du possible et favoriser l'autonomie du système via une alternative à l'hospitalisation.

Le temps de cette prise en charge n'est pas le temps de l'urgence en une seule rencontre. Il est question d'une temporalité nécessaire pour construire un contexte relationnel contenant au sein duquel la symptomatologie psychiatrique sera évaluée et traitée, le patient et la famille soutenus dans leurs compétences et le relais de soins mis en place.

Cette équipe serait fortement « arrimée » au SAS PSY 15, aux dispositifs d'urgence fixes, aux dispositifs de secteurs, dont les CMP et aux médecins libéraux.

L'ORS Nouvelle Aquitaine propose justement une articulation de leurs équipes mobiles dans leur environnement (Figure 15), tant sur un volet intervention que soutien aux professionnels de 1<sup>er</sup> recours (ville) et de 1<sup>ère</sup> ligne (SAU par exemple).

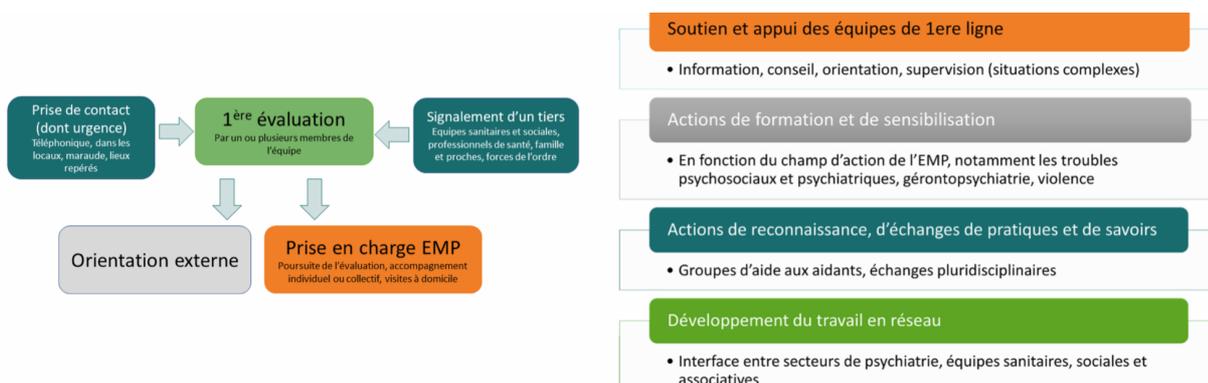


Figure 15 : l'équipe mobile dans son environnement - ORS NA, 2021

### **Méthodologie de projet proposée :**

Le pilotage de ces actions consiste à structurer les partenaires, *in fine*, aboutir à un meilleur maillage territorial de l'offre de soins. Au-delà de la définition d'une organisation, cœur du projet, la 1<sup>ère</sup> étape a consisté à identifier des médecins psychiatres porteurs, 1 référent par établissement, pour le CHSM et le CHU adjoint des directions respectives. Ce choix est stratégique pour la réussite du projet car ce sont les institutions et leurs équipes qui vont intégrer les dispositifs. Porté par la direction déléguée, cet arbitrage a abouti à la présentation du PCME du CHSM et d'un Professeur ancien responsable du versant psychiatrie aux urgences ; professionnels qui font consensus.

Au-delà de la rédaction d'un premier cahier des charges, soumis à la direction du CHU, une chronologie sensiblement identique à la création du CMP doit être définie, à commencer par les besoins et les ressources et un logigramme permettant de situer les dispositifs dans l'offre de soins. L'ANAP produit un outil relatif à la gestion de projet qui fixe les jalons ; néanmoins, la volonté de déposer un projet FIOP est une opportunité de « crantage » rapide des acteurs. En effet, la date limite de dépôt est fixée mi-octobre constitue un jalon pour la 1<sup>ère</sup> étape de définition du projet.

La gestion de la crise ne fait pas l'urgence du projet. En effet, la question de la temporalité est d'acuité dans le sens où si un financement type FIOP est nécessaire, ce projet va suivre la chronologie définie par la DGOS. Il semble toutefois nécessaire d'envisager un recours en cas de projet non retenu car la prise en charge de la crise apparaît manquante dans les organisations actuelles en dehors de tout passage aux urgences. Ces dispositifs, complémentaires du SAS PSY15, ont reçu un avis favorable initial de la part de l'ARS lors d'une visioconférence le 18 juillet. Le médecin psychiatre référent à l'ARS soulignait qu'il était nécessaire « que chacun agisse en amont avec les soins non programmés avec un avis psychiatrique sous 48h en cas de crise ».

### **Perspectives :**

Lors de la réunion institutionnelle avec l'ARS AuRA, ses représentants se sont manifestés comme facilitateurs de la mise en place d'une instance de coordination de ces dispositifs notamment en relai des informations nationales. La participation de ce 3<sup>ème</sup> acteur semble opportune en plus du CHU et du CHSM tant pour le soutien institutionnel que dans le suivi du projet sachant qu'il sera nécessairement soumis à l'Agence pour validation.

### **Points de vigilance :**

Un retour d'expérience du dispositif ERIC (Robin et al., 2001), équipe rapide d'intervention de crise, créée en 1994 sur le secteur 78G11 est à considérer avec attention. Il pointe les difficultés rencontrées dans l'organisation de cette équipe et sont de deux ordres :

- l'effet de « burn-out », notamment pour les médecins du fait de leur exposition à des situations nécessitant un engagement psychique et physique important. Les situations de crise se caractérisent par l'importance des tensions avec des relations critiques dont il leur faut percevoir très rapidement les enjeux, au risque sinon d'être malmenés. L'intensité de ce travail, associé à la mobilisation nécessairement imprévisible et chaotique imposée par les demandes, peuvent conduire à des stratégies d'évitement préjudiciables. Cela a conduit à une organisation où les plus exposés n'interviennent qu'à temps partiel. L'autre difficulté est le caractère menaçant, voire potentiellement dangereux, de certaines situations. Si les agressions réelles sont rares dans notre expérience (1/1000), elles peuvent être sérieuses et/ou traumatisantes. Des règles de fonctionnement ont donc été mises en place afin de détecter les situations à risque, de prévoir dans ce cas des modalités d'intervention spécifiques, et de soutenir ceux qui ont été victimes.

À l'instar de la question du dimensionnement des équipes pour le CMP comme levier de garantie de continuité d'activité, l'emploi des personnels des CCP et ÉMU est à interroger. En effet, aux risques psycho-sociaux importants s'ajoute la nature aléatoire de l'activité de crise et l'intensité de la prise en charge. Dans ce contexte, il est préconisé de se rapprocher d'établissements expérimentés dans ces dispositifs pour, par parangonnage et réflexivité, ajuster les besoins au niveau du territoire auvergnat. Le rapport annuel 2023 du CGLPL (2024) faisant état d'un « délabrement de la psychiatrie par un manque de personnels », il est opportun de se saisir de cette éventualité pour affiner les profils de poste et envisager un « pool » de professionnels.

Parallèlement, dans le cadre de la mise en œuvre du CCP, coporté, il sera utile de définir les champs de compétences de chaque établissement en matière de ressources, qu'elles soient matérielles, financières et humaines. En effet, si le site du CHSM semble pertinent du fait des espaces disponibles, quid de la gestion des personnels médicaux, paramédicaux ? Cela doit apparaître clairement dès le courrier de cadrage.

### **Éléments de réflexion et de pertinence.**

La question de la responsabilisation conjointe des effecteurs : les 3 projets de cette section marquent la volonté de 2 institutions de s'inscrire dans une démarche de fluidification des parcours et de réponse aux problématiques d'engorgement des services. Cette innovation organisationnelle, soutenue par l'Agence, est reprise dans le rapport de Pribile et Nabet pour « faire éclore et assurer un maillage de territoire [...] en évitant de multiplier les dispositifs redondants ou connexe au détriment de leur lisibilité et de leur efficacité. Il en va de même du recours inapproprié aux services d'urgences qui est la conséquence directe de l'absence de 2 types de prestations essentielles à développer : l'accueil des soins non programmés et l'admission aux différents services ».

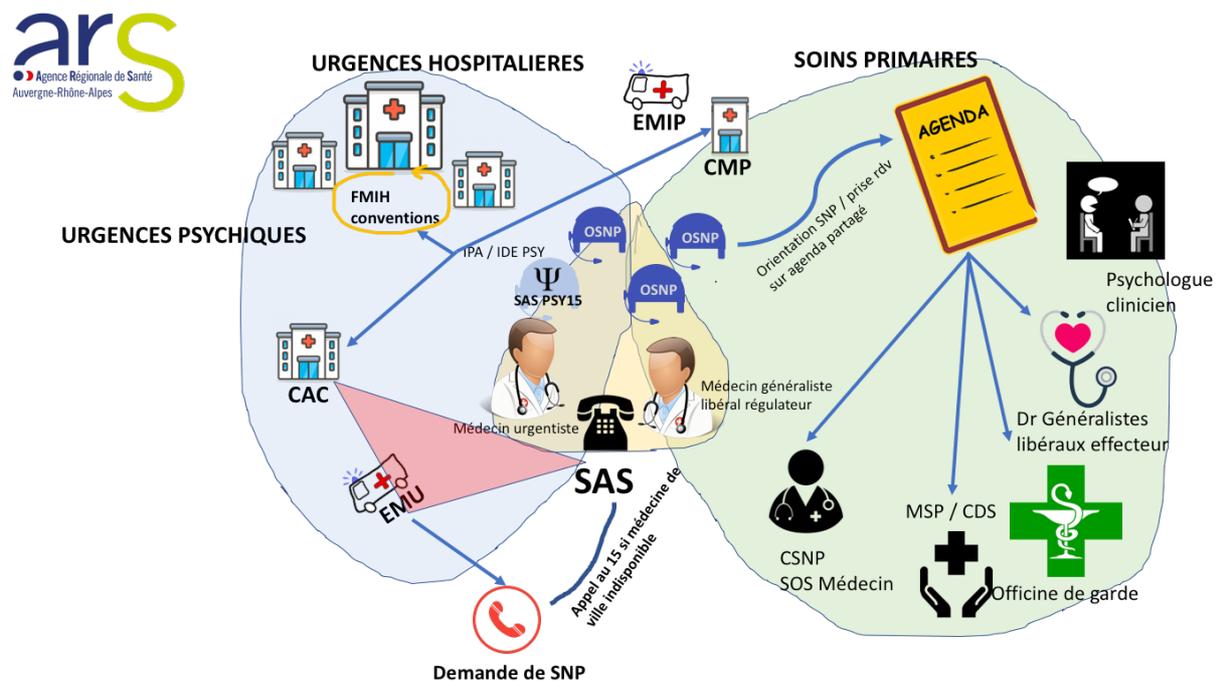
Cette volonté ambitieuse de construire une filière psychiatrique à partir des soins non programmés (SAS PSY15, CCP, ÉMU) et d'une fluidification des parcours (FMIH et convention) participe ainsi à un besoin de maillage plus fin et responsabilisé.

Également, cela participe au décloisonnement sectoriel, associant plus précisément les établissements publics, privés et professions libérales. Cela « suppose de renforcer la dimension collective du travail en intra-sectoriel » selon le rapport et à développer une « coopétition » néologisme né de coopération et compétition ; induisant pour chacun des établissements d'acter au service du parcours de soins gradué et sans ruptures sans nécessairement renoncer « à tirer parti autant que possible d'une forme de compétition et d'émulation ». En ce sens, l'ARS AuRA s'est positionnée tant en arbitre pour faire prendre conscience de cette responsabilité populationnelle qu'en orchestre, soutenant les projets après leur validation par la CSOS.

Nonobstant la pertinence des projets et d'une collaboration étroite entre établissement, il reste fondamental d'assurer une continuité du « workflow » entre les services, les équipes et les établissements afin de faire valoir la pleine utilité des dispositifs. Une alerte de 2018 sur ce point est énoncée dans le rapport de MM. Pribile et Nabet. Les stratégies de l'hôpital numérique ont suivi de nombreux programmes (Hop'EN) soutenus par des fonds dédiés issus du Ségur. Toutefois, les solutions informatiques peuvent être différentes et un travail considérable d'interopérabilité est à présager. Ceci se justifie d'autant qu'avec la notion de parcours, il semble essentiel d'y associer les établissements privés de santé, les effecteurs de ville (libéraux, maisons de santé, centres de santé...). Un point d'achoppement a justement été identifié dans le suivi des usagers par les psychologues libérales. Il apparaît en effet, suite à un échange avec le DIM, que tout acte en dehors du CHU échappe au dossier patient, qu'il soit papier ou informatisé.

La pleine amplitude d'un maillage territorial devrait donc passer par une analyse de la qualité de codage et des solutions employées ; l'ARS pourra alors être pilote notamment via la mise en œuvre du PTSM à l'issue des groupes de travail intersectoriels.

*In fine*, l'articulation de tous les dispositifs présentés pour répondre aux objectifs en santé mentale pourrait être synthétisée ci-dessous.



## Conclusion

La question du maillage de l'offre de soins en psychiatrie est d'actualité en région ex-Auvergne et interroge toujours les inégalités d'accès à des soins gradués et de qualité ; facteur de recours important en services d'accueil des urgences et d'hospitalisation. La mise en œuvre du projet médical de pôle de psychiatrie, s'appuyant sur le PMP de territoire et le PTSM, est une ligne directrice consensuelle à suivre ; visant à mieux répondre aux besoins des usagers. Le déploiement de structures extrahospitalières telles que les CMP et les équipes mobiles constitue une voie pertinente *d'aller-vers* à des fins de prévention, dépistage / diagnostic mais aussi de suivi de parcours de santé notamment en faisant du lien avec les structures sociales et médico-sociales ainsi qu'avec les administrations. En cela le CMP pourra jouer le rôle de pivot abordé dans le rapport de l'IGAS (2020). Il semble toutefois nécessaire de s'intéresser au pilotage médico-économique à l'aune de la réforme de financement de la psychiatrie. Il est important de viser une soutenabilité des dispositifs, en lien avec un accompagnement de l'Agence pour reconnaître les dotations file active et populationnelle.

La responsabilité populationnelle du CHU, si elle est à reconnaître, ne doit pas uniquement être portée en intra. En cela, il apparaît nécessaire de construire un système de coopération avec les établissements autorisés en psychiatrie mais aussi disposant d'un 1<sup>er</sup> recours, service d'accueil des urgences, pour prendre en charge les demandes. Si elle avait été envisagée dès 2018, une fédération inter hospitalière de psychiatrie est un outil pertinent pour harmoniser les pratiques et développer des actions de formation aux acteurs de 1<sup>ère</sup> ligne. Plus récemment, la nouvelle version d'autorisation en psychiatrie impose aux établissements d'un bassin de vie à conventionner ; créant un levier évident de meilleur maillage et de relation.

Mais la temporalité des projets doit nécessairement s'articuler avec celle de la réalité. A ce jour, 50 établissements relaient des services d'urgences en souffrance, saturés. Sachant que 80% des admissions en psychiatrie se font via les urgences, il est essentiel de rapidement développer les outils palliatifs décrits ici.

Dans sa fonction de directeur délégué de pôle, le directeur d'hôpital doit assurer tant un pilotage stratégique avec une vision globale de mise en œuvre du projet qu'un pilotage opérationnel concret. Cet aller-retour est un art du management et est une condition à la réussite d'un projet comme le soulignait la Directrice Générale du CHU lors d'un échange. En cela, il met en mouvement les acteurs partenaires et les professionnels du service de façon coordonnée. Comme il a été vu, la gestion des temporalités est un élément clé, suggérant de définir des jalons connus de tous. En cela il importe d'être présent sur les

travaux relatifs au PTSM, autant que sur site pour mesurer la bonne articulation des professionnels

À l'aune de la réforme de financement de la psychiatrie, le pilotage de l'activité nécessite de poser la question de la valorisation de l'activité et de sa bonne traçabilité. La dotation fixe active constitue alors une source de recettes potentielle dès lors que les structures et les professionnels seront en mesure d'inclure et de suivre les usagers. Il conviendra alors, sur la base d'évaluations régulières, d'adapter le dimensionnement de la structure à la demande pour limiter les saturations et ainsi les risques de rupture de parcours, d'errance thérapeutique qui font tout l'intérêt de ces dispositifs.

Enfin, le Directeur d'hôpital doit ainsi être visionnaire pour développer de manière prospective des activités. Le recours à des IPA pourrait utilement permettre de dégager du temps médical, d'assurer des premiers entretiens pour réduire les délais d'attente et le suivi à plus long terme des usagers par un case management. La campagne de financement élargi FIOP, fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie est une opportunité dont il faut se saisir tant pour ne pas obérer les budgets que pour fédérer les professionnels et acteurs par le projet.

Selon les recommandations de la FHF dans son livre blanc (p12), et selon son engagement dans les travaux relatifs au PTSM, le directeur d'hôpital pourra utilement œuvrer à la rénovation de la sectorisation pour encore réduire les inégalités et in fine, « Trouver un équilibre entre missions de secteur et filiarisation. »

---

# Bibliographie

---

## Rapports

Bulletin épidémiologique hebdomadaire 5 février 2024, <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/magazines-revues/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-5-fevrier-2024-n-3>

Cour des Comptes, 2021, Les parcours dans l'organisation de la psychiatrie, février 2021, rapport public thématique

Chambre régionale de comptes, 2024, Rapport d'observations définitives, 11 Juillet 2024, 57p

CGLPL, 2024, rapport d'activité 2023, Éditions Lefebvre Dalloz, 258p ISBN 978-2-247-22463-0 consultable [https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2024/05/CGLPL\\_Rapport-annuel-2023\\_web.pdf](https://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2024/05/CGLPL_Rapport-annuel-2023_web.pdf)

DGOS, 2024, Retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés, 2<sup>nd</sup> semestre 2021 - 1<sup>er</sup> semestre 2022 [https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/le-retour-d-experience-des-20-sas-pilotes?var\\_mode=calcul](https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/le-retour-d-experience-des-20-sas-pilotes?var_mode=calcul)

Dupays S., Dr Emmanuelli J., 2020, les Centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. 132p consultable <https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-05/Les%20centres%20médico-psychologiques%20de%20psychiatrie%20générale%20et%20leur%20place%20dans%20le%20parcours%20du%20patient.pdf>

Fédération Hospitalière de France, 2022, Territoires de Santé – une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population, mars 2022, 26p

Fédération Hospitalière de France, 2024, Livre blanc - Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie, avril 2024, 44p.

IRDES, 2024, typologie communale de l'accessibilité aux soins de premiers recours en France, Bonal, M., Padilla C., Chevillard, G., Lucas-Gabrielli V., 9 juillet 2024

IGAS, 2017, Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

IGAS, 2020, Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours patient, Juillet 2020.

ORS Nouvelle-Aquitaine, LES ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE EN NOUVELLE-AQUITAINE, Mai 2021 n° 109, 50 p.

Ministère des Solidarités et de la santé, Pibrille P et Nabet N., 18 septembre 2018, Stratégie de transformation du système de santé – Rapport final : repenser l'organisation territoriale des soins. 22p

## Textes législatifs et réglementaires

LOi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé,

DECRET 20217-1200 du 27 juillet 2017 relatif au PTSM, Version 2 décembre 2020

ORDONNANCE n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds

ARRETE du 22 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévu à l'article R 6123-174 du CSP

DECRET 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatifs aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie

DECRET 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie

INSTRUCTION N° DGOS/P3/2024/71 du 31 mai 2024 relative à la mise en œuvre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) pour l'année 2024

Schéma régional de santé 2023-2028

### **Publications**

Amado G., « Le Centre d'accueil et de crise Ginette Amado », Pratiques en santé mentale 2021/3 pp 23-29

Chaltiel P. et Haumont M, 2015, « le centre d'accueil et de crise (CAC), L'accueil, un temps pour soigner », JLE Éditions, pp 57-61

Martinez J., 1992, « Les urgences psychiatriques à Paris » (rapport confié par le Ministère des Affaires Sociales), DDASS de Paris.

Ministère de la santé [https://sante.gouv.fr/IMG/doc/trame\\_conv\\_fmih\\_-\\_dgos\\_04\\_12.doc](https://sante.gouv.fr/IMG/doc/trame_conv_fmih_-_dgos_04_12.doc)

### **Articles**

APM 30/01/2024 <https://www.apmnews.com/story.php?uid=&objet=406172>

APM 22/03/2024 « Du terrain jusqu'au niveau national, quels outils pour la prise en charge précoce des jeunes en psychiatrie ? »

Chambry J, 2020, « Propositions d'évolution des CMP », Enfance et Psy, 2020/ n°88, pp56-65

Robin et al., 2001, « Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France », Thérapie Familiale 2001/2 vol 22 pp 153-168 <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-2-page-153.htm#s2n2>

Tordjman S et Hanon, C, 2023, « Équipes mobiles en psychiatrie : une (r)évolution créative ? », L'Information psychiatrique 2023 ; 99 (5) : 275-276

### **Mémoire**

Lallot M, 2021, Les parcours, un levier de transformation de l'hôpital ? DH, EHESP, 90p

Martin, C, 2020, La communauté psychiatrique de territoire et le projet territorial de santé mentale, des outils au service d'un management territorial stratégique et opérationnel des acteurs de la santé mentale, DH, EHESP, 56p

### **Sites web :**

<https://ceapsy-idf.org/que-faire-en-situation-durgence#sthash.B9rAhgrF.dpbs>

ANAP, <https://anap.fr/s/gestion-projet>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Les priorités du PTSM V2, décembre 2020, extrait .....	II
Annexe 2 : maquettes organisationnelles CMP Gerzat .....	IV
Annexe 3 : place du CMP dans le parcours patient au CHU .....	V
Annexe 5 : extrait de la convention type CHU - établissement privé de santé .....	VI

Le projet territorial de santé mentale, dans sa 3<sup>ème</sup> partie pose les problématiques du territoire. S'appuyant sur le diagnostic partagé des premières parties et des remontées des groupes de travail, le document cible 6 interrogations :

- 1) Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; pointant la rareté des intervenants en santé mentale même en établissement de santé conduisant à une tension croissante aux urgences, une densité en psychologue libéral plus faible qu'au national et ce, d'autant plus marqué dans les territoires ruraux. Par ailleurs, des délais très longs pour l'accès à des soins psychiatriques sont notés, particulièrement dans les CMP.

Priorité 1 (article R3224-5.1) : l'organisation des conditions de repérage précoce des troubles psychiques et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux.

- 2) Prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ; avec des problèmes de saturation des services d'urgence, principalement au CHU et ciblant la nécessité d'articuler les parcours avec le CHSM et la nécessité d'adapter les services d'urgences aux troubles.

Priorité 2 (article R3224-6.1) : l'organisation de parcours de santé et de vie et sans rupture, par une meilleure lisibilité de l'offre, avec entre autres l'accès précoce à des soins de réhabilitation

- 3) Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux ; ciblant la complexité de l'accès aux dispositifs et structures médico-sociales et l'enjeu particulier de l'accompagnement des personnes âgées dans ces structures malgré une carence de place. Il a par ailleurs été constaté que cette carence est d'autant plus marquée que les cas sont dits « complexes ».

Priorité 3 (article R3224-7) : l'organisation des conditions d'accès à des soins somatiques.

- 4) Continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements marquées par un manque de lisibilité et de coordination entre les différents acteurs, avec des points de rupture des parcours.

Priorité 4 (article R3224-8) : l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence, notamment en milieu rural ; par la promotion de l'intervention coordonnée des professionnels et structures, l'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques selon l'article L.3221-5-1 et d'un suivi post-hospitalisation visant à limiter les risques de rupture de parcours.

- 5) Accès aux soins somatiques, en médecine générale mais aussi odontologie d'autant plus difficile pour les personnes en précarité et éloignées.

Priorité 5 (article R3224-9.1) : l'organisation des conditions de respect des droits des personnes et la lutte contre la stigmatisation de ces troubles. Ceci passe par l'implication des proches et entourage.

- 6) Prévention et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques avec des enjeux spécifiques de la prévention du suicide et du cadre de vie favorable et des comportements propices à une bonne santé mentale. Enfin, cette question fait référence à la prise en compte trop faible des aidants.

Priorité 6 (article R3224-10) : l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale, notamment par la prévention de la dégradation du milieu de vie.



## MAQUETTES ORGANISATIONNELLES

Les professionnels prendront leur poste au CMP de Gerzat à 9h

IDE 9h/17h dont 30 min pause	L	M	M	J	V	S	D
Visite à domicile	1	1	1	1	1	0	0
Permanence IDE au CMP	1	1	1	1	1	0	0

-> en l'absence d'un des deux IDE du CMP, chaque journée est organisée de la façon suivante pour l'IDE présent : ½ journée dédiée à l'accueil du public / ½ journée dédiée aux visites

AMA 9h/17h dont 30 min pause	L	M	M	J	V	S	D
CMP Gerzat	1	1	1	1	1	0	0

17

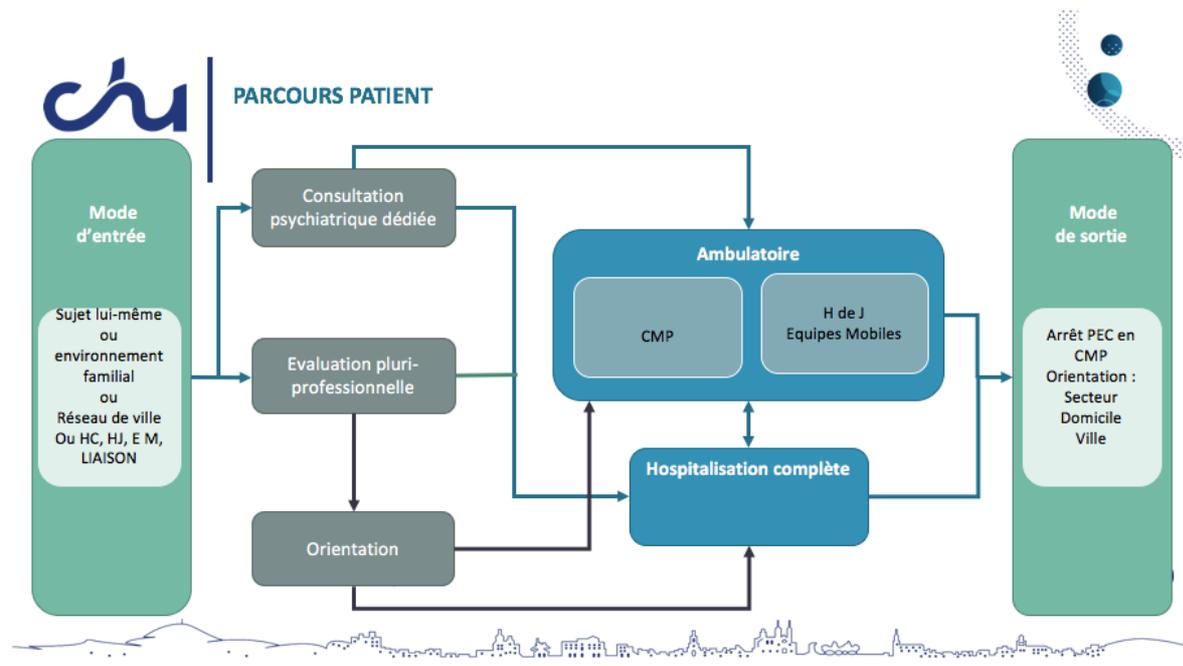


## MAQUETTES ORGANISATIONNELLES

Assistant de service social	L	M	M	J	V	S	D
CMP Gerzat et Rochefort Montagne semaine 1	0	1 (G)	0	1 (RM)	0	0	0
CMP Gerzat et Rochefort Montagne semaine 2	0	1 (G)	0	1 (RM)	1 (alternance)	0	0

Psychologue	L	M	M	J	V	S	D
CMP semaine 1	0	1	0	1	0	0	0
CMP semaine 2	0	1	0	1	1	0	0

18



---

## **CONVENTION DE COOPÉRATION**

### **ENTRE XXX ET LE CHU DE CLERMONT FERRAND**

---

#### **ENTRE LES SOUSSIGNÉS**

XXX

#### **IL EST CONVENU ET ARRÊTÉ CE QUI SUIT :**

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 6123-174 et suivants

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu l'ordonnance n° 2021-583 du 12 mai 2021 portant modification du régime des autorisations d'activités de soins et des équipements matériels lourds ;

-Vu le décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie ;

Vu le décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie ;

Vu l'arrêté du 28 septembre 2022 fixant les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé prévus à l'article R. 6123-174 du code de la santé publique ;

Vu l'instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie ;

Vu le projet régional de santé de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes 2018-2028

Le régime des autorisations en psychiatrie s'inscrit dans une logique d'organisation territoriale, intégrant l'ensemble des établissements autorisés afin de proposer des parcours de soins répondant aux besoins identifiés sur le territoire.

À cet effet, l'article R. 6123-176 du code de la santé publique prévoit que les titulaires d'autorisation ne faisant pas l'objet d'une désignation au titre de l'article L. 3221-4 du code de la santé publique contribuent à la mise en œuvre du parcours de soins des patients et exercent leur activité en partenariat avec les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur dans la zone d'intervention dans laquelle ils sont implantés. Une convention de partenariat est signée entre ces établissements. Elle est transmise à l'agence régionale de santé avant la mise en œuvre de l'autorisation.

Conformément à l'instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie, l'article R. 6123-176 du code de la santé publique fixe une obligation de partenariat réciproque entre l'établissement de secteur et les établissements non sectorisés implantés sur sa zone d'intervention, qui doit être formalisée par le biais d'une convention conclue entre eux afin d'établir ou de renforcer les coopérations pour permettre la mise en œuvre de parcours de soins les plus fluides possibles.

En l'espèce, la Clinique XX et le CHU de Clermont Ferrand sont situés à une distance de XX.

- La Clinique XX est titulaire d'une autorisation XXXXX
- Le CHU de Clermont Ferrand, établissement sectorisé, est titulaire d'une autorisation d'activité dans les domaines suivants : XXX

## Article 1 – Objet de la convention

La convention a pour objet de permettre à La Clinique XX de proposer à ses patients le recours à des prises en charge d'urgence, d'ambulatoire ou d'examen sur un plateau technique spécifique exercées par le CHU de Clermont Ferrand.

Réciproquement, la convention a pour objet de permettre au CHU de Clermont Ferrand d'orienter ses patients pour des prises en charge de Psychiatrie de l'adulte à la Clinique XX.

Plus spécifiquement sur la psychiatrie et afin de répondre aux besoins de santé mentale de la population du territoire de santé du Puy-de-Dôme, et pour que les patients de ce territoire puissent bénéficier d'un *continuum* de prise en charge spécialisée et sans rupture, la présente convention a pour objet de décrire les engagements réciproques et partagés des Parties afin de :

- Permettre à chacune des Parties de connaître l'offre de soins en psychiatrie proposée par les autres établissements parties à la présente convention afin d'identifier les difficultés

d'accès aux soins psychiatriques sur le territoire et les leviers mobilisables pour faciliter l'accès aux soins ;

- Permettre à chacune des Parties d'exercer leur activité de psychiatrie en partenariat ;
- Renforcer les coopérations pour la mise en œuvre de parcours de soins les plus fluides possibles ;
- Participer à l'organisation du parcours de soins post urgences psychiatriques en lien avec l'UPP du CHU ;
- Améliorer la qualité des prises en charge et la sécurité des soins ;
- Assurer la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont le parcours de soins est particulièrement complexe.

BLIN

Alexis

octobre 2024

**Directeur d'hôpital**

Promotion 2023-2024

## **Le maillage territorial de l'offre de soins en psychiatrie à l'épreuve des secteurs : entre structure hors les murs et réseaux**

### **Résumé :**

L'accès aux soins gradués en santé mentale fait l'objet de nombreux rapports, alertant sur les inégalités territoriales, géographiques, socio-économiques avec un manque de coopération entre les secteurs publics et privés. Le territoire du Puy-de-Dôme est particulièrement concerné avec des secteurs isolés. Aussi, le CHU de Clermont-Ferrand s'efforce de déployer des dispositifs « hors les murs » pour mieux répondre aux attendus et objectifs nationaux, régionaux et de territoire.

Récemment le projet médical de pôle vise à répondre aux objectifs du PTSM 63 par le déploiement de CMP et d'équipes mobiles ; faisant suite au redéploiement de postes dans le cadre du virage ambulatoire.

La question de la responsabilité populationnelle, rappelée par la FHF en 2024, s'applique pour tous les établissements autorisés. En cela, encouragé par l'ARS, le CHU se positionne en pivot avec les effecteurs privés et ESPIC pour proposer de nouvelles modalités de meilleur maillage territorial de l'offre de soins en psychiatrie. Le recours au conventionnement permet d'affirmer les engagements réciproques de chaque partie. Ainsi, un projet de FMIH est soumis à l'échelle du GHT tandis que des conventions nouvelles avec les offreurs privés sont signées notamment dans le cadre des autorisations en psychiatrie.

Par ailleurs, l'engorgement récurrent des services d'urgence questionne les capacités et le parcours patient. Ainsi, l'opportunité de dossiers FIOP incite le CHU et un ESPIC à coporter des projets relatifs au traitement de la crise à l'organisation des soins non programmés par la définition d'une filière psychiatrique au sein du SAS63.

Le pilotage de ces projets par le Directeur délégué de pôle nécessite des navettes entre stratégie et opérationnalité pour que les temporalités s'ajustent et que les outils soient opérants.

### **Mots clés :**

offre de soins ; psychiatrie ; réseau des urgences ; responsabilité populationnelle ; gestion de projet ; CMP ; équipe mobile ; filière ; maillage territorial

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*