



**EHESP**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

---

**Organisation de l'offre publique de  
psychiatrie sur le territoire Littoral du  
Nord-Pas-de-Calais**

**Etat des lieux et perspectives de la psychiatrie  
générale et infanto-juvénile pour les hôpitaux  
généraux de Boulogne, Calais, Montreuil, et pour  
l'institut Calmette à Camiers.**

---

**Stéphane EROUART**

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
L'EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE DEPUIS LES ANNEES 1960.....	1
LES GRANDS ENJEUX ACTUELS DE L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE .....	2
<i>La démographie médicale.....</i>	2
<i>Les alternatives à l'hospitalisation et les liens avec le médico-social.....</i>	3
<i>La valorisation à l'activité en psychiatrie .....</i>	3
L'OBJECTIF DE L'ETUDE, LES HYPOTHESES DE TRAVAIL ET LA METHODE EMPLOYEE.....	4
L'APPORT DU MEDECIN INSPECTEUR DE SANTE PUBLIQUE DANS CETTE ENQUETE : UN LIEN PARTICULIER ENTRE LES ORGANISMES DE SERVICE PUBLIC CHARGES DE LA SANTE, LES ETABLISSEMENTS ET LES USAGERS .....	6
<b>1 LA PSYCHIATRIE DANS LE TERRITOIRE LITTORAL DU NORD-PAS-DE-CALAIS : DES CONTRASTES MARQUES AVEC LES AUTRES TERRITOIRES ET ENTRE LES ETABLISSEMENTS.....</b>	<b>9</b>
1.1 PRESENTATION DE LA SITUATION REGIONALE .....	9
1.1.1 <i>Le Nord-Pas-de-Calais.....</i>	9
1.1.2 <i>Présentation des secteurs du Littoral .....</i>	11
1.2 UNE FAIBLESSE EVIDENTE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE SUR LE LITTORAL .....	13
1.2.1 <i>Des équipements moins nombreux.....</i>	13
1.2.2 <i>Une démographie médicale et paramédicale en retard sur celle des autres territoires.....</i>	14
1.2.3 <i>Une activité intense mais touchant moins de population : .....</i>	16
1.3 DES ETABLISSEMENTS CONFRONTES A DIFFERENTES PROBLEMATIQUES.....	17
1.3.1 <i>L'hôpital de Boulogne : la reconstruction du service de psychiatrie .....</i>	17
1.3.2 <i>L'hôpital de Calais : après les difficultés économiques, le renouveau.....</i>	18
1.3.3 <i>L'hôpital de l'arrondissement de Montreuil : un service isolé dans un vaste secteur.....</i>	19
1.3.4 <i>L'institut Calmette à Camiers : un petit EPSM encore mal connu.....</i>	20
1.3.5 <i>L'EPSM des Flandres à Bailleul : une antenne dunkerquoise dynamique.....</i>	21
1.3.6 <i>L'EPSM Val de Lys à Saint Venant : une réorganisation en cours sur Saint Omer et Aire sur la Lys .....</i>	22
1.4 DES INDICATEURS MEILLEURS POUR LES EPSM QUE POUR LES HOPITAUX GENERAUX .....	23
1.4.1 <i>Un personnel plus nombreux.....</i>	23
1.4.2 <i>Des budgets sans commune mesure.....</i>	24
1.4.3 <i>Un écart moins grand en termes d'équipements.....</i>	25

<b>2 LA REORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE SUR LE TERRITOIRE LITTORAL : LES RESULTATS DES ENTRETIENS .....</b>	<b>28</b>
2.1 LES DIFFERENCES DE POINT DE VUE SELON LES CATEGORIES DE PERSONNES INTERROGEEES .....	28
2.1.1 <i>Une volonté d’anticiper les difficultés prévisibles de la part des organismes chargés de la politique sanitaire régionale .....</i>	<i>28</i>
2.1.2 <i>Une demande de reconnaissance des progrès réalisés par les directions des hôpitaux généraux. ....</i>	<i>30</i>
2.1.3 <i>Un consensus quasi général au sein de la communauté médicale sur l’intérêt d’une gestion commune des secteurs de psychiatrie.....</i>	<i>34</i>
2.1.4 <i>Un rappel des besoins des patients par les associations.....</i>	<i>38</i>
2.1.5 <i>L’avis objectif d’un expert : la MNASM.....</i>	<i>40</i>
2.2 LA REPONSE AUX HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	46
2.2.1 <i>Une réorganisation de l’offre de soins en psychiatrie sur le Littoral correspond aux attentes de la plupart des professionnels de santé.....</i>	<i>46</i>
2.2.2 <i>La forme privilégiée de la réorganisation est un regroupement administratif des secteurs actuellement gérés par les hôpitaux généraux .....</i>	<i>47</i>
2.2.3 <i>Les difficultés principales à prévoir sont la réticence des directions des hôpitaux généraux face au projet et les conditions au regroupement émises par les professionnels de santé.....</i>	<i>48</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>51</b>
<b>SOURCES ET BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>53</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACQH : agent chargé des questions hospitalières  
ARH : agence régionale d'hospitalisation  
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CH : centre hospitalier  
CHAM : centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil  
CMP : centre médico-psychologique  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CRAM : caisse régionale d'assurance maladie  
CROS : comité régional de l'organisation sanitaire  
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales  
DIM : département d'information médicale  
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
EHESP : école des hautes études en santé publique  
EPSM : établissement public de santé mentale  
ETP : équivalent temps plein  
GCS : groupement de coopération sanitaire  
HAD : hospitalisation à domicile  
IASS : inspecteur des affaires sanitaires et sociales  
IDAC : institut départemental Albert Calmette  
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique  
MIG : mission d'intérêt général  
MISP : médecin inspecteur de santé publique  
MNASM : mission nationale d'appui en santé mentale  
OQOS : objectifs quantifiés de l'offre de soins  
OMS : organisation mondiale de la santé  
PH : praticien hospitalier  
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRISM : programme régional d'investissement en santé mentale  
PSPH : participant au service public hospitalier  
RIM-P : recueil d'informations médicalisées en psychiatrie  
SAAS : structure alternative d'accueil spécialisé  
SAE : statistiques annuelles des établissements  
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
STATISS : statistiques et indicateurs de la santé et du social  
T2A : tarification à l'activité  
VAP : valorisation de l'activité en psychiatrie

## **Introduction**

### **L'évolution de la psychiatrie en France depuis les années 1960**

La psychiatrie en tant que discipline médicale a connu des mutations profondes au cours du siècle dernier, accompagnant les changements de mentalités qui ont fait passer l'offre de soins du confinement de la folie à la prise en charge de la maladie mentale, et aujourd'hui à la promotion de la santé mentale. La psychiatrie fait désormais partie des préoccupations majeures de la population en matière de santé, et devient l'une des priorités des politiques de santé publique.

Deux exemples illustrent l'importance des mutations qu'a subies la psychiatrie en France après la seconde guerre mondiale : d'une part la possibilité de traitement médicamenteux efficace avec la diffusion des molécules psycho-actives (et donc la possibilité de préserver l'intégration sociale du malade), et d'autre part la création des secteurs de psychiatrie par la circulaire du 15 mars 1960. Cette circulaire mettait fin aux asiles tels qu'ils existaient depuis le XIXe siècle. En 2003, environ 817 secteurs de psychiatrie générale se répartissaient à travers France.

Après 1960, le paradigme de la prise en charge de la maladie mentale s'est déplacé de l'hôpital vers la ville. La volonté était de traiter le patient à un stade précoce, de le séparer le moins possible de sa famille et de son milieu, et d'assurer une post-cure évitant les hospitalisations multiples. Cependant, il faut attendre la loi du 25 juillet 1985 pour que le secteur psychiatrique acquière un statut juridique, et celle du 31 décembre 1985 pour qu'il intègre la carte sanitaire générale.

Le financement est simplifié en 1986, et la répartition des secteurs s'organise entre les anciens hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux (en 2007, 56% des secteurs dépendaient d'un établissement spécialisé, 36% d'un hôpital général et 8% d'un établissement privé participant au service public hospitalier – PSPH). L'accent est mis sur les alternatives à l'hospitalisation, tandis que le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue. Le centre médico-psychologique (CMP) devient le pivot du secteur, à la charnière des différents services d'hospitalisation complète ou partielle, des centres d'accueil et des centres de crise.

Au début des années 2000, de nouvelles étapes sont franchies, et la prévention prend plus d'importance. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans un rapport de 2001, montre que les troubles dépressifs sont la quatrième cause de morbidité et

d'incapacité dans le monde, en augmentation prévisible pour 2020. Elle affirme qu'un européen sur quatre sera atteint de troubles mentaux à un moment donné de sa vie. Il ne s'agit pas de traiter uniquement les pathologies mentales les plus lourdes, mais aussi d'offrir une réponse aux troubles moins lourds mais néanmoins handicapants. En France, le suicide et la dépression font l'objet d'attentions particulières, notamment au travers des 100 objectifs de la loi de santé publique de 2004 (cinq objectifs portent directement sur des pathologies psychiatriques) et du plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008. Des investissements hospitaliers sont réalisés, des actions sont menées en faveur des populations les plus fragiles (adolescents, personnes âgées, personnes incarcérées). Les dernières mesures annoncées par la ministre de la santé concernent la création de postes hospitaliers et l'amélioration des droits des malades mentaux, notamment ceux hospitalisés sous contrainte.

## **Les grands enjeux actuels de l'organisation de la psychiatrie**

Malgré les nets progrès réalisés ces cinquante dernières années en matière de prise en charge des maladies mentales, des difficultés demeurent et génèrent l'insatisfaction des patients ou des professionnels de santé. Alors que la maladie mentale reste stigmatisée, les variations prévisibles du nombre de psychiatres en France doivent être anticipées, et les alternatives à l'hospitalisation complète doivent encore être développées. Par ailleurs, l'annonce d'un financement de la psychiatrie hospitalière à l'activité, sur le modèle de la tarification à l'activité (T2A en médecine-chirurgie-obstétrique – MCO), pose de nombreuses questions. Ces enjeux font l'objet des efforts des autorités sanitaires au travers des orientations du plan santé mentale 2005 – 2008, qui constitue le véritable cadre des évolutions actuelles.

### **La démographie médicale**

La démographie des psychiatres pose un problème paradoxal : leur densité en France a atteint son plus haut niveau depuis cinquante ans (elle est l'une des densités les plus élevées d'Europe), mais les besoins de la population sont encore plus grands (les troubles mentaux font partie des trois premiers motifs de consultation en médecine libérale chez les personnes de 25 à 64 ans).

La répartition des psychiatres sur le territoire national est extrêmement déséquilibrée, avec une grande concentration sur la région parisienne et dans le sud de la France. D'importantes disparités existent au sein même des départements. Plus de la moitié des psychiatres exercent en libéral, alors que l'hôpital public manque parfois de personnel (8% des postes de praticien hospitalier étaient vacants en 2001). A cela s'ajoute une diminution inéluctable du nombre de psychiatres d'ici 2020, à cause des effets retardés du

*numerus clausus* (réduction du nombre d'étudiants pouvant entrer en médecine dans les années 1980 – 1990). La profession devrait perdre jusqu'à 40% de son effectif dans les dix prochaines années. Par ailleurs, le recrutement de psychiatres étrangers pour satisfaire les besoins de la profession est réalisé bien que cela reste controversé.

Dans ce contexte, une réorganisation est nécessaire. La formation des personnels paramédicaux a été renforcée (infirmiers, psychologues, psychomotriciens, etc), bien que leurs effectifs souffrent eux-aussi d'une insuffisance dans le secteur public. Le rôle des médecins généralistes a été souligné, et les alternatives à l'hospitalisation complète ont été développées.

Ces mesures se sont accompagnées d'une rénovation des locaux en vue de les adapter à la nouvelle offre de soins (investissements dans le cadre du plan hôpital 2007 et du PRISM).

### **Les alternatives à l'hospitalisation et les liens avec le médico-social**

La sectorisation de 1960 devait permettre à l'hôpital psychiatrique de s'ouvrir sur la ville, et aux hôpitaux généraux de s'investir pleinement dans la discipline. Néanmoins, il a fallu attendre 26 ans pour que les crédits accordés aux secteurs soient entièrement pris en charge par l'Assurance maladie (mettant fin à un cloisonnement entre activités intra et extra-hospitalières), et que l'équipement des secteurs en structures sans hébergement (CMP, hôpitaux de jour, CATTP, etc, encore appelées alternatives à l'hospitalisation) soit précisément défini. Aujourd'hui encore, ces structures sont mal connues du grand public, et restent éloignées de l'hôpital général. Ces défauts de fonctionnement interne s'accompagnent d'une mauvaise collaboration avec le secteur social, le secteur privé, le secteur associatif et les médecins généralistes. Pourtant, la demande est forte de la part des patients pour que la prise en charge se fasse de manière continue entre la ville et l'hôpital. C'est pourquoi l'effort budgétaire des ARH est maintenu afin de soutenir le développement de ces alternatives et parvenir à une offre correspondant mieux aux besoins de la population.

### **La valorisation à l'activité en psychiatrie**

Le financement des établissements de santé a grandement évolué dans les années 2000, avec l'apparition de la T2A en MCO. Ce financement a remplacé le budget global, transformant la logique de moyens en logique de résultats.

Cette réforme doit se poursuivre dans les années qui viennent, en s'appliquant aux soins de suite et de réadaptation (SSR) et à la psychiatrie. Toutefois, les particularités de ces deux domaines ont été prises en compte. En psychiatrie, l'originalité de la prise en charge complique le système (la codification des actes dans le cadre du PMSI ne reflète pas correctement l'activité réelle d'un service de psychiatrie selon les psychiatres). C'est pourquoi un nouveau modèle a été proposé, la valorisation à l'activité en psychiatrie

(VAP), dont la mise en place est espérée pour 2009, après de nombreux travaux préparatoires.

La VAP devrait alors regrouper plusieurs compartiments :

- un compartiment décrivant des coûts par activité identifiable, fondé sur un recueil harmonisé, le RIM-P (recueil d'information médicalisé en psychiatrie),
- un compartiment "géo-populationnel" prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et sociodémographiques sur le plan régional, territorial et sectoriel,
- un compartiment décrivant les autres spécificités de prise en charge correspondant à des missions d'intérêt général (MIG),
- un compartiment pour les médicaments particulièrement onéreux.

La montée en charge de ce dispositif complexe demande beaucoup de travail d'information des professionnels et d'adaptation à la réalité de terrain. L'exploitation des systèmes d'information reste difficile en psychiatrie, où les ressources informatiques ne sont pas optimales. Par ailleurs les professionnels de santé nourrissent parfois une certaine méfiance vis-à-vis du dispositif, craignant une recherche de rentabilité au détriment des soins. Le dispositif doit donc encore faire ses preuves, et démontrer qu'il garantit bien l'équité et la qualité des soins dispensés à l'ensemble de la population tout en assurant un financement efficace.

## **L'objectif de l'étude, les hypothèses de travail et la méthode employée**

Au terme de cette longue introduction, il apparaît que la psychiatrie souffre de contraintes importantes qui vont se majorer ces prochaines années. Ces contraintes sont particulièrement aiguës dans le Nord-Pas-de-Calais, notamment sur un territoire comme le Littoral, où l'hétérogénéité de l'offre de soins est frappante et bien connue des services de l'Etat.

Face à ces difficultés locales prégnantes, la question qui se pose est la suivante :

*Faut-il réorganiser la psychiatrie sur le territoire Littoral du Nord-Pas-de-Calais au-delà même des mesures nationales, dans le but d'obtenir une efficacité particulièrement importante des moyens accordés, qui permettrait de combler le retard du territoire sur la région ?*

Afin de circonscrire la recherche, seul le secteur public sera étudié ci-après, la question de l'offre privée étant d'une moindre importance dans ce contexte (l'offre privée est très faible sur le Littoral).



Les sous-questions auxquelles cette étude va répondre avant d'aboutir à une conclusion sont les suivantes :

- une réorganisation de l'offre de soins correspond-elle aux attentes des professionnels de santé et des usagers du Littoral ?
- quelles formes peut prendre la réorganisation ? (l'idéal serait une forme juridique adaptable à d'autres territoires confrontés aux mêmes difficultés)
- une réorganisation serait-elle acceptée par les différents responsables de l'offre de soins en psychiatrie (établissements de santé, ARH) ?

En premier lieu, un exposé détaillé de la situation du Littoral est effectué afin de décrire les difficultés locales. Pour ce faire, des données sont recueillies dans les sources d'information administratives disponibles :

- DREES, STATISS, SAE, ARH (indicateurs de santé, équipements),
- DRASS, comptes administratifs retraités (budgets hospitaliers),
- DDASS, DRASS (projets d'établissement, CPOM, dossiers CROS).

En second lieu, une enquête de terrain est menée par entretiens enregistrés avec les différents acteurs de santé du Littoral, selon une même grille d'entretien<sup>1</sup>. Les entretiens sont analysés par catégories de personnes interrogées, afin de faire ressortir les différents points de vue :

- direction des hôpitaux,
- praticiens hospitaliers,
- usagers et familles d'usagers,
- agents administratifs.

Au terme de ce travail, une conclusion peut être donnée sur la base des difficultés mises en évidence et sur l'avis des personnes interrogées à propos d'une réorganisation de la psychiatrie sur le territoire. Une supervision par la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) est demandée, afin d'avoir un avis d'expert objectif sur le travail réalisé.

---

<sup>1</sup> Grille d'entretien disponible en annexes

## **L'apport du Médecin Inspecteur de Santé Publique dans cette enquête : un lien particulier entre les organismes de service public chargés de la santé, les établissements et les usagers**

Les problématiques de la psychiatrie dans la région sont bien connues du groupe technique de psychiatrie de l'ARH, composé de médecins inspecteurs de santé publique (MISP), d'inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (IASS) des DDASS du Nord et du Pas-de-Calais, de praticiens conseils et d'agents chargés des questions hospitalières (ACQH) de la CRAM Nord-Pas-de-Calais. Ils sont depuis plusieurs années les interlocuteurs privilégiés des services de psychiatrie, et connaissent les dossiers des établissements, les difficultés et les projets sur chaque département et sur chaque territoire. Ils sont également l'interface entre les administrations de service public (au sens DDASS, DRASS, ARH) et les administrations hospitalières. Ils possèdent les informations reflétant les besoins de la population (données administratives, mais aussi contact avec les usagers), et sont donc particulièrement à même de proposer des orientations pertinentes permettant à la psychiatrie de rattraper localement son retard.

Lorsqu'une réorganisation sanitaire est envisagée, et que des décisions modifiant le fonctionnement d'un ou plusieurs établissements sont évoquées, l'enquête préparant ce travail doit être menée par une personne pouvant représenter l'organisme d'Etat, sans pour autant engager celui-ci dans des choix qui relèvent uniquement de sa direction. Le MISP, de par sa connaissance du fonctionnement de l'administration, et par l'indépendance qu'il possède dans son avis technique, est capable de trouver l'équilibre entre l'exploration de voies nouvelles et la réserve de mise avant toute décision officielle. La légitimité de son action mais aussi ses limites sont aisément perçues par les interlocuteurs qu'il est amené à rencontrer.

Dans ce contexte, le groupe technique de psychiatrie de l'ARH a souhaité explorer la possibilité de modifier la gestion de la psychiatrie sur le territoire Littoral du Nord-Pas-de-Calais, espérant trouver une organisation plus efficiente pour l'utilisation des crédits alloués à la discipline. Au-delà de la vision financière du problème, il s'agissait de rendre le territoire plus attractif, étant donné qu'il souffre de la démographie médicale la plus basse de la région en psychiatrie. La piste de recherche initiale reposait sur le fait que les EPSM présentaient moins de difficultés que les hôpitaux généraux dans la région.

Les propositions d'amélioration devaient être discutées avec les administrations hospitalières, les psychiatres praticiens hospitaliers et les représentants d'usagers. Le sujet nécessitait donc à la fois une bonne connaissance de l'administration et une bonne connaissance de la psychiatrie dans sa réalité médicale. Un MISP semblait être le

professionnel capable d'interpeller à la fois des directions d'hôpital, des médecins psychiatres et des usagers.

Le groupe technique de psychiatrie ne pouvant pas consacrer un de ses MISP à cette enquête, celle-ci a été confiée à un MISP en cours de formation à Rennes. L'intérêt professionnel du sujet pour ce dernier est considérable en raison des nombreuses acquisitions de connaissance qu'il a permis :

- découverte du fonctionnement complet des secteurs de psychiatrie de la région, en particulier ceux du Littoral,
- mise en relation avec les professionnels de santé du Littoral, avec les directions des hôpitaux et avec les agents de l'ARH,
- connaissance des projets des hôpitaux du Littoral,
- exploitation de données administratives diverses, notamment des données sur les budgets hospitaliers,
- travail en partenariat avec d'autres catégories professionnelles (IASS, juriste).

Au total, c'est tout le rôle du MISP dans son action de terrain et dans la constitution de son avis technique qu'il a été permis au stagiaire de découvrir, au travers d'une discipline particulière dont il connaît maintenant les principales problématiques et les principaux acteurs à l'échelle d'une région.

# 1 La psychiatrie dans le territoire Littoral du Nord-Pas-de-Calais : des contrastes marqués avec les autres territoires et entre les établissements

## 1.1 Présentation de la situation régionale

### 1.1.1 Le Nord-Pas-de-Calais

La région Nord-Pas-de-Calais est découpée en quatre territoires de santé :

- l'Artois,
- le Littoral,
- le Hainaut,
- la Métropole.



En 2003, la région compte environ 4 008 000 habitants, ce qui en fait la quatrième région la plus peuplée de France. La répartition dans les territoires est la suivante :

- 32% dans la Métropole (1 300 000 habitants),
- 28% dans l'Artois (1 140 000 habitants),
- 20% dans le Littoral (800 000 habitants),
- 19% dans le Hainaut (760 000 habitants).

Le découpage territorial s'affranchit des frontières départementales dans l'Artois et dans le Littoral. Du point de vue de la psychiatrie, ce découpage sépare parfois les secteurs de psychiatrie de leur établissement de référence. Sur le Littoral, c'est le cas pour les zones de Dunkerque et de Saint Omer, dont les établissements de référence se trouvent respectivement dans la Métropole et dans l'Artois. Les chiffres présentés ci-après tiennent compte de la répartition de l'activité d'un établissement de référence sur deux territoires différents.

La région présente en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile une démographie médicale et un taux d'équipement en deçà des moyennes nationales. En effet, le Nord-Pas-de-Calais possède la deuxième plus faible densité de psychiatres par habitant de France (13,3 psychiatres pour 100 000 habitants, moyenne française 22,4 - *Source : DREES 2007*). Contrairement aux autres régions, l'activité libérale est très faible et ne concerne que 25% des psychiatres de la région. Par ailleurs, les taux d'équipement en hospitalisation complète et partielle sont eux-aussi inférieurs aux moyennes nationales, à la fois en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile (voir tableaux ci-dessous - *Source : Statiss 2006*). La psychiatrie sur l'ensemble de la région est donc déjà dans une situation défavorable par rapport au reste de la France.

Psychiatrie générale 2006 (public et privé)	taux de lits d'HC pour 100 000 habitants	taux de places pour 100 000 habitants
Nord Pas-de-Calais	84,4	27,2
<i>Nord</i>	84,5	27,1
<i>Pas-de-Calais</i>	84,3	27,5
France métropolitaine	94,6	33,8

Psychiatrie infanto-juvénile 2006 (public et privé)	taux de lits d'HC pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans	taux de places pour 100 000 enfants de 0 à 16 ans
Nord Pas-de-Calais	13,2	40,7
<i>Nord</i>	7,7	40,8
<i>Pas-de-Calais</i>	22,9	40,6
France métropolitaine	16,6	76,1

#### **Définitions**

Il faut distinguer trois grands types d'équipement :

- les lits d'hospitalisation complète (HC), correspondant à une prise en charge 24h/24 du patient,
- les places, qui sont des prises en charge ambulatoires ou à temps partiel. Elles se répartissent entre l'hôpital de jour (HJ) et l'hôpital de nuit (HN),
- les implantations, qui n'entrent pas dans le calcul des taux d'équipements : centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), accueils familiaux thérapeutiques (AFT), appartements thérapeutiques (APT), centre de crise et post-cure (PC). Les places d'hospitalisation à domicile (HAD) ne sont pas non plus comptées.

**Remarque** : les données utilisées dans ce rapport sont de 2006, date à laquelle le raisonnement se faisait encore en termes de lits et de places. Les données plus récentes se basent sur l'activité (file active, nombre de journées réalisées). Les deux types de données seront présentés ci-après dans la mesure du possible.

### 1.1.2 Présentation des secteurs du Littoral

Le Littoral compte 11 secteurs de psychiatrie générale, gérés par cinq établissements de santé différents (deux EPSM, trois hôpitaux généraux), répertoriés dans le tableau suivant :

Raison sociale	Commune	Code secteur	Libellé secteur	Population totale
EPSM des Flandres	Bailleul*	59G01	Rosendaël Hondshoote	52 631
		59G02	Bergues Coudekerque	62 992
		59G03	Dunkerque Wormhout Saint Pol sur Mer	72 823
		59G04	Grande Synthe Gravelines Bourbourg Watten	74 140
Centre hospitalier	Calais	62G01	Calais est	79 431
		62G02	Calais ouest	72 521
Centre hospitalier	Boulogne	62G03	Boulogne nord	95 025
		62G04	Boulogne sud	68 976
Centre hospitalier	Rang du Fliers**	62G05	Montreuil sur Mer	95 591
EPSM Val de Lys	Saint Venant*	62G06	Saint Omer	60 675
		62G07	Aire sur la Lys	62 009

\* Bailleul se trouve dans le territoire Métropole, et Saint Venant dans le territoire Artois.

\*\* Le CH de Rang du Fliers s'appelle le CH de l'arrondissement de Montreuil (CHAM), c'est pourquoi les deux noms de ville (Rang du Fliers et Montreuil) peuvent servir pour désigner le même établissement.



Le Littoral compte par ailleurs cinq secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, gérés par quatre établissements de santé différents (trois EPSM, un hôpital général), présentés dans le tableau suivant :

Raison sociale	Commune	Code secteur	Libellé secteur	Population totale
EPSM des Flandres	Bailleul*	59101	Rosendaël Bergues Dunkerque Gravelines	63 469
Centre hospitalier	Calais	62101	Calais	37 784
Institut départemental Albert Calmette	Camiers	62102	Boulogne sur mer	38 332
		62108	Montreuil sur Mer	30 320
EPSM Val de Lys	Saint Venant*	62103	Aire sur la Lys Lillers Saint Omer	60 675

\* Bailleul se trouve dans le territoire Métropole, et Saint Venant dans le territoire Artois.



## 1.2 Une faiblesse évidente de l'offre de soins en psychiatrie sur le Littoral

Remarques méthodologiques : les données démographiques présentées ici sont de 1999, car une source de données exploitée dans ce rapport propose des taux calculés sur cette année de recensement. Afin d'avoir des chiffres comparables, seules les données de population de 1999 ont été utilisées.

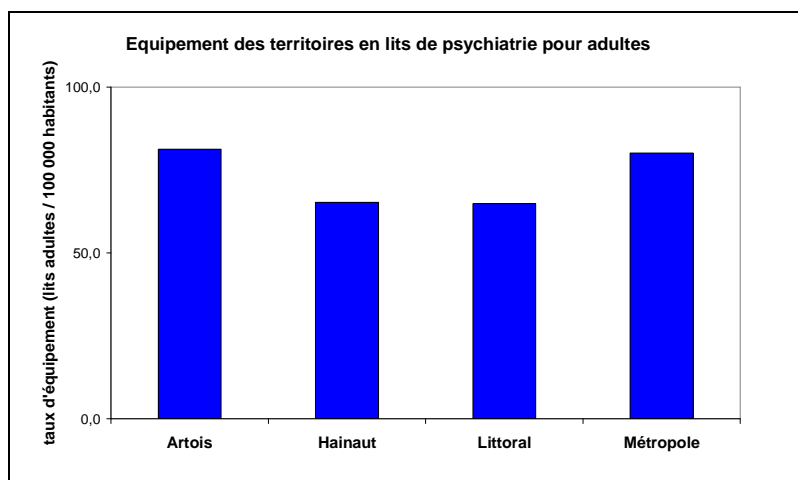
Par ailleurs, deux sources de données ont été exploitées pour les chapitres suivants : la SAE, et une enquête annuelle de la CRAM Nord-Picardie sur les établissements réalisant de la psychiatrie dans le Nord-Pas-de-Calais. Plusieurs années (de 2003 à 2006) ont été étudiées pour vérifier la cohérence interne des enquêtes. Seule l'année 2006 est présentée ici. Il existe de nombreuses différences entre les deux sources de données, qui portent pourtant sur les mêmes informations. Cela s'explique de plusieurs manières :

- il s'agit de deux enquêtes déclaratives, donc soumises aux biais de ce genre de recueil ;
- les questionnaires sont différents et peuvent donner lieu à des réponses différentes ;
- l'analyse de l'offre publique et de l'offre privée n'est pas la même selon les enquêtes.

Néanmoins, les classements issus de ces deux enquêtes sont similaires et conduisent aux mêmes conclusions. Les données SAE ont été privilégiées dans la présentation, car ce sont celles qui ont servi lors de l'élaboration du SROS.

### 1.2.1 Des équipements moins nombreux

Le Littoral présente en psychiatrie générale un déficit d'équipement par rapport au reste de la région. Il partage cette situation avec le territoire du Hainaut, et possède le plus faible taux de lits pour adultes et le plus faible taux de places pour adultes de la région. Par contre, les implantations de CMP et CATTTP sont comparables à celles des autres territoires.



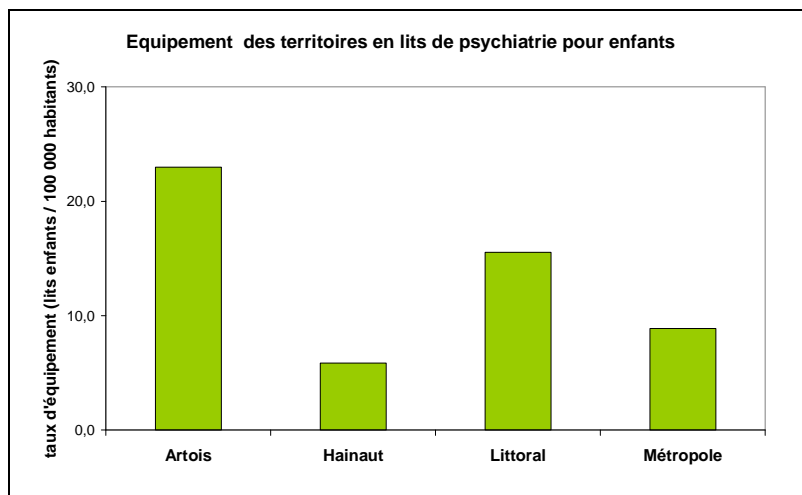
Source : SAE 2006

Territoire	Taux de places adultes*	Nombre de CMP (adultes)	Nombre de CATTTP (adultes)
Artois	22,3	19	14
Hainaut	22,0	17	13
Littoral	16,8	18	11
Métropole	21,4	25	22

\* taux / 100 000 habitants



La situation n'est pas la même en psychiatrie infanto-juvénile, car le Littoral possède, comme l'Artois, un établissement uniquement consacré à la psychiatrie pour les enfants (l'IDAC de Camiers). De ce fait, le Littoral présente une avance sur la moyenne régionale en termes d'équipements dédiés à la psychiatrie infanto-juvénile (lits, places, CATTP).



Source : SAE 2006

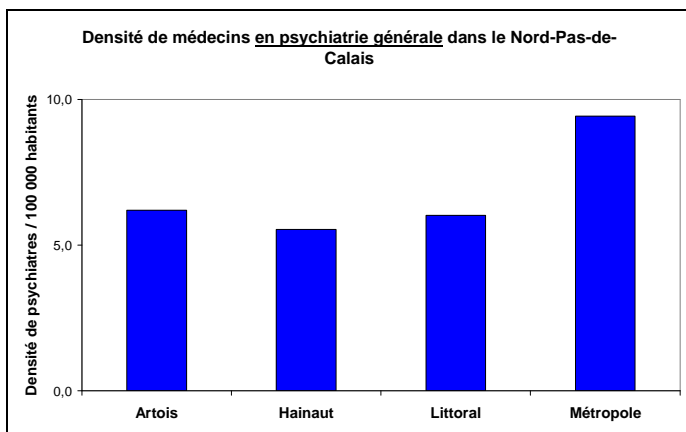
Territoire	Taux de places enfants*	Nombre de CMP (enfants)	Nombre de CATTP (enfants)
Artois	28,3	16	8
Hainaut	26,4	12	3
Littoral	44,8	12	9
Métropole	42,2	22	4

\* taux / 100 000 habitants de moins de 16 ans

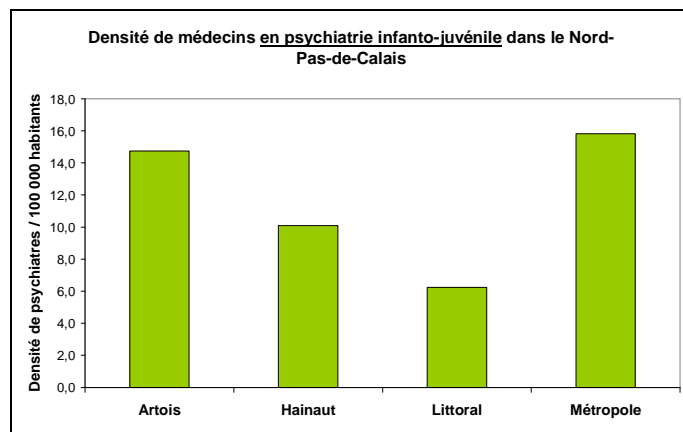
Remarque : les calculs de taux réalisés en psychiatrie générale utilisent comme dénominateur la population totale des territoires, tandis que ceux réalisés en psychiatrie infanto-juvénile utilisent uniquement la population des personnes âgées de moins de 16 ans.

### 1.2.2 Une démographie médicale et paramédicale en retard sur celle des autres territoires

Avec 8,3 médecins pour 100 000 habitants, le Littoral présente la plus faible densité régionale de médecins hospitaliers exerçant en psychiatrie, juste en dessous de celle du Hainaut (8,5 médecins pour 100 000 habitants), loin derrière la Métropole (14,1 médecins pour 100 000 habitants). Le calcul englobe à la fois les psychiatres et les médecins non psychiatres exerçant en psychiatrie, dans le public et dans le privé. Le déficit est particulièrement marqué en psychiatrie infanto-juvénile, un peu moins en psychiatrie générale où le Littoral dépasse le Hainaut. Le Littoral possède donc près de trois fois moins de psychiatres par habitant que le reste de la France. De surcroît, le retard du Littoral est encore plus grand si seuls les médecins spécialistes sont comptés (les psychiatres), laissant de côté les médecins non spécialistes exerçant en psychiatrie.

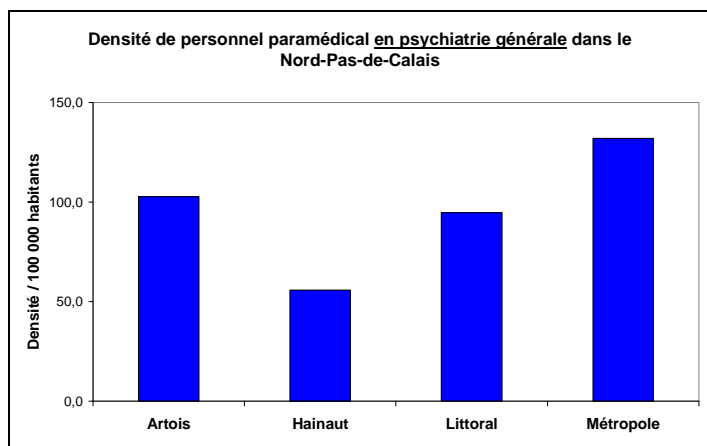


Source : CRAM 2006

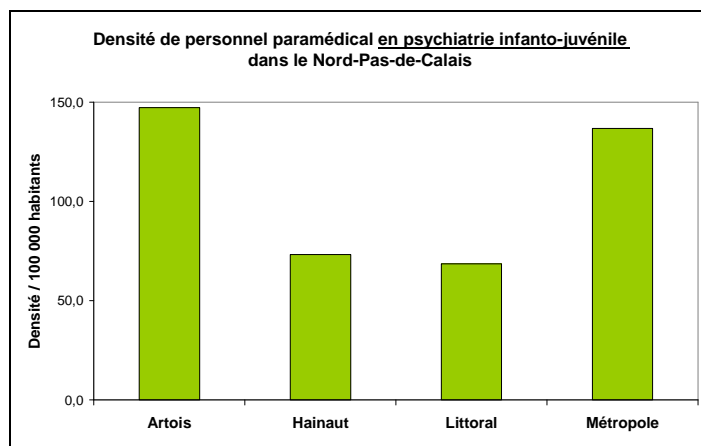


Source : CRAM 2006

La démographie paramédicale du Littoral présente le même retard, avec 108 professionnels pour 100 000 habitants. Le territoire est toutefois un peu mieux loti que le Hainaut (98 professionnels pour 100 000 habitants), mais beaucoup moins bien que la Métropole (144 professionnels pour 100 000 habitants). Parmi les professionnels recensés, se trouvent les infirmiers travaillant en secteur psychiatrique, les aides soignants, les psychologues, les personnels de rééducation (orthophonistes, psychomotriciens) et les personnels éducatifs et sociaux. Le retard du Littoral est très marqué chez les psychologues (55,5 ETP sur le territoire, trois fois moins qu'en Métropole, deux fois moins qu'en Artois). Le Littoral présente également un plus grand déficit en psychiatrie infanto-juvénile, avec la plus faible densité paramédicale de la région dans ce domaine.



Source : CRAM 2006



Source : CRAM 2006

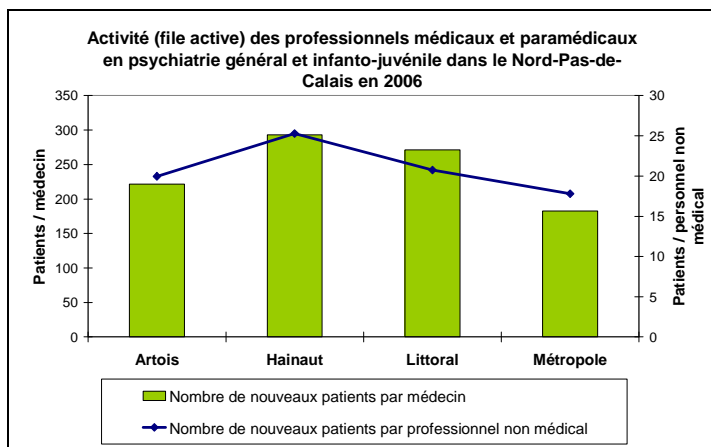
### 1.2.3 Une activité intense mais touchant moins de population :

Malgré des effectifs et des équipements moindres, le Littoral parvient à fournir une activité proche de celles des autres territoires, bien qu'elle leur reste inférieure.

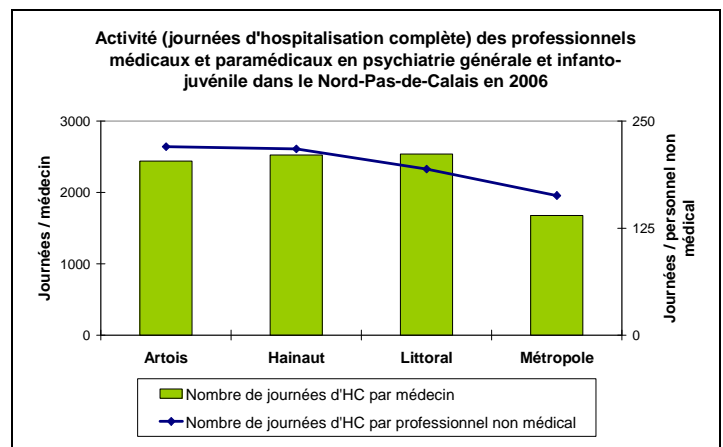
Ainsi, la file active totale (adultes et enfants) prise en charge en 2006 dans le Littoral correspond à 2,2% de la population du territoire, alors qu'elle correspond à 2,3% de la population dans l'Artois, 2,5% dans le Hainaut et 2,6% en Métropole.

Si la faiblesse de l'activité par rapport à la population est moins perceptible en psychiatrie générale (selon les sources SAE ou CRAM, le Littoral dépasse parfois le Hainaut ou l'Artois), elle est en revanche incontestable en psychiatrie infanto-juvénile, où le Littoral présente dans la région la plus petite file active rapportée à la population mineure (elle représente 1,8% des enfants du Littoral en 2006, contre 2,3% dans le Hainaut, 3% en Métropole et 3,8% dans l'Artois).

Si l'activité du Littoral reste malgré tout assez proche de celle des autres territoires, cela s'explique par la quantité de travail plus importante réalisée par ses professionnels de santé. En effet, la file active rapportée au nombre de médecins psychiatres est plus importante dans le Hainaut et dans le Littoral (respectivement 293 et 271 nouveaux patients par médecin en 2006) que dans l'Artois et en Métropole (221 et 183 nouveaux patients par médecin en 2006). Cette activité plus soutenue se retrouve également chez les professionnels paramédicaux, et se constate à la fois en psychiatrie générale et en psychiatrie infanto-juvénile.



Source : SAE 2006



Source : SAE 2006

### **1.3 Des établissements confrontés à différentes problématiques**

Le Littoral présente six établissements réalisant de la psychiatrie sur son territoire :

- trois hôpitaux généraux (à Boulogne, Calais et Montreuil – Rang du Fliers),
- trois EPSM (à Bailleul, Camiers et Saint Venant).

Ces établissements sont confrontés à des réalités contrastées, qui sont détaillées dans les paragraphes suivants.

#### **1.3.1 L'hôpital de Boulogne : la reconstruction du service de psychiatrie**

Le CH de Boulogne sur mer est un établissement public qui réalise de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, des soins de suite, des soins de longue durée et de la psychiatrie. Situé à la périphérie de la ville, il est rendu facilement accessible par la proximité de deux grands axes routiers (l'A16 et la N42).

Le bâtiment réservé à la psychiatrie est séparé du reste de l'hôpital. Deux secteurs de psychiatrie générale y sont rattachés : Boulogne nord (plus de 95 000 habitants) et Boulogne sud (69 000 habitants). En 2006, l'établissement possédait pour les deux secteurs 90 lits et 4 CMP. Il y avait 6,50 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie dans l'établissement, ce qui laissait 5 postes de psychiatre vacants. Les dépenses pour la psychiatrie représentaient cette même année 9,4% des dépenses de l'établissement pour les activités de soins. Les comptes de l'hôpital étaient en équilibre en 2005 et 2006.

Dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du CH de Boulogne, une orientation stratégique est consacrée à la psychiatrie. Son intitulé est le suivant :

*« Finaliser le projet médical de fonctionnement du nouveau centre de psychothérapie à construire et la collaboration avec l'IDAC pour le fonctionnement de la SAAS (structure alternative d'accueil spécialisé) ».*

Les deux grands projets de l'établissement s'y retrouvent :

- d'une part reconstruire à neuf les locaux du service de psychiatrie, pour en faire un lieu mieux adapté à la population prise en charge,
- d'autre part trouver une structure d'accueil pour des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie, qui ne relèvent plus d'un service d'hôpital général (il s'agit de patients chroniques dont la lourdeur de la pathologie empêche toute sortie ; il s'agit d'une inadéquation entre ces patients et leur structure d'accueil).

Un accord a donc été passé avec l'IDAC de Camiers, qui va construire une SAAS (pour 2009) et accueillir des patients chroniques actuellement hébergés dans les services de

psychiatrie de Boulogne, Calais et Montreuil. Les lits libérés dans ces services permettront une augmentation de l'activité à moyens constants. Le CH de Boulogne fournira en outre un temps partiel de praticien hospitalier pour participer au fonctionnement de la SAAS.

L'autre projet du CH, la reconstruction du service de psychiatrie, doit idéalement être précédée d'un renfort du personnel, à la fois médical et non médical. La limite de ce projet réside bien sûr dans la difficulté à recruter des psychiatres.

### **1.3.2 L'hôpital de Calais : après les difficultés économiques, le renouveau**

Le CH de Calais est un établissement public qui réalise de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, des soins de suite, des soins de longue durée et de la psychiatrie. Son accès est assez peu aisé hormis pour les Calaisiens : l'hôpital se trouve au milieu de la ville, qui est bien desservie par les autoroutes A16 et A26.

Les locaux consacrés à la psychiatrie sont dispersés et pour certains assez anciens. Y sont rattachés deux secteurs de psychiatrie générale (Calais est, 79 500 habitants, et Calais ouest, 72 500 habitants) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (38 000 habitants de moins de 16 ans). Les deux secteurs de psychiatrie générale disposaient en 2006 de 76 lits, 26 places, 2 CMP et 1 CATTP. Le secteur de pédopsychiatrie ne disposait d'aucun lit, mais d'un CMP.

La psychiatrie générale était pourvue de 5,40 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie, ce qui laissait 3,5 postes de psychiatre vacants. La psychiatrie infanto-juvénile possédait quant à elle 2 ETP de psychiatres, et 1,5 postes vacants.

L'établissement a consacré 13,4% de ses dépenses en activités de soins à la psychiatrie en 2006. Les comptes de l'hôpital étaient en déficit en 2005 et 2006. Un plan de rigueur économique a permis de redresser la situation financière de l'établissement ces dernières années.

Dans le CPOM du CH de Calais, l'orientation stratégique de première importance, qui ne concerne qu'indirectement la psychiatrie, est la suivante :

*« Poursuivre le projet de reconstruction de l'hôpital dans le respect des équilibres économiques et financiers ».*

Ce projet, inscrit dans le cadre du plan hôpital 2012, permettra au CH d'intégrer des locaux entièrement neufs d'ici quatre ans.

Parmi les autres orientations stratégiques, l'une d'elles concerne la psychiatrie :

*« Restructurer et développer l'offre de psychiatrie sur le Calais ».*

Beaucoup de projets sont envisagés par cette orientation. En psychiatrie générale, il s'agit principalement de développer une offre intersectorielle permettant de mutualiser les

moyens (partage du CATTP par exemple), de construire un hôpital de jour et un nouveau CMP, de rénover les locaux d'hospitalisation complète et éventuellement d'ouvrir un deuxième CMP à distance de Calais. En psychiatrie infanto-juvénile, il s'agit de renforcer les liens avec la pédiatrie (consultations, création de 3 lits mère – enfant), de créer un service d'HAD et de réimplanter l'ensemble du service de pédopsychiatrie dans des locaux neufs. Tous ces projets sont avant tout immobiliers, mais ils nécessitent pour certains des renforts en personnel qui risquent d'être problématiques. Par ailleurs, un bon nombre sont encore en cours d'évaluation et doivent être négociés avec l'ARH.

### **1.3.3 L'hôpital de l'arrondissement de Montreuil : un service isolé dans un vaste secteur**

Le CH de l'arrondissement de Montreuil est un établissement public qui réalise de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique, des soins de suite, des soins de longue durée et de la psychiatrie. L'établissement, récent, est situé sur la route de Berck en pleine campagne, dans une position en retrait au sud-ouest du département.

Le bâtiment d'hospitalisation complète en psychiatrie est distinct du reste de l'hôpital. Il couvre un secteur de psychiatrie générale de 96 000 habitants (le secteur le plus habité de la région, devant celui de Boulogne nord). Ce secteur, bien que très peuplé, est très vaste, et couvre une population dispersée dans des petites villes. L'établissement possédait en 2006 45 lits de psychiatrie, 45 places, 4 CMP répartis sur le secteur et 1 CATTP. Le secteur disposait de 4 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie (dont un seul psychiatre praticien hospitalier), ce qui laissait 1,5 postes de psychiatre vacants. L'établissement a consacré 11,4% de ses dépenses en activités de soins à la psychiatrie cette année-là. Ses comptes étaient globalement équilibrés en 2005 et 2006.

Dans le CPOM du CHAM, deux orientations stratégiques concernent la psychiatrie :

*« Poursuivre le développement de l'activité du secteur et l'amélioration de la prise en charge en urgence »*,

*« Mise en œuvre de la collaboration public/privé pour la continuité des soins »*.

Pour la première orientation, l'hôpital souhaite organiser une présence infirmière en psychiatrie au service d'accueil d'urgences. Il souhaite également créer un hôpital de jour à Fruges, pour mieux couvrir les besoins de cette population située en périphérie nord-est du secteur. Les moyens envisagés requièrent surtout du personnel paramédical, qui est plus facile à recruter que du personnel médical spécialisé.

L'autre orientation stratégique fait référence à la proximité immédiate d'une clinique privée de psychiatrie à côté du CHAM (environ 200 mètres les séparent). Lors de l'implantation

de cette clinique au début des années 2000, un accord de principe a été pris sur la constitution d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) public/privé. Les psychiatres privés s'engageaient à aider le seul PH du CHAM pour les gardes et astreintes psychiatriques, tandis que le CHAM s'engageait à aider la clinique pour la prise en charge des soins somatiques de ses patients. L'ARH souhaitait ce GCS pour sécuriser le dispositif de gardes, qui reposait alors sur un seul PH. Une certaine coopération s'est développée entre le CHAM et la clinique, mais le GCS n'est pas encore signé et la situation reste précaire.

#### **1.3.4 L'institut Calmette à Camiers : un petit EPSM encore mal connu**

L'institut départemental Albert Calmette est un établissement public de santé mentale qui ne réalise que de la psychiatrie infanto-juvénile. Il est situé à la périphérie de Camiers, une petite ville au nord d'Étaples assez éloignée des grands axes routiers. La disposition de l'institut en pavillons au milieu d'un parc, non loin du bord de mer, rappelle son ancienne fonction de prise en charge de la tuberculose. Cet ancien changement de spécialité fait que l'IDAC n'est pas encore reconnu dans la région comme un EPSM. Sa taille modeste et sa spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile ne contribuent pas à le mettre au même plan que les quatre autres EPSM de la région.

L'IDAC couvre deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : celui de Boulogne sur mer (38 300 enfants) et celui de Montreuil sur mer (30 000 enfants). Le secteur de Montreuil est très vaste et dépasse les frontières territoriales du Littoral pour se prolonger sur l'Artois. Il regroupe une population dispersée et peu dense. En 2006, l'établissement disposait pour ses deux secteurs de 20 lits, 30 places<sup>2</sup>, 7 CMP et 7 CATTP. Il comptait 6,25 ETP de psychiatres et aucun poste vacant. Toutes ses dépenses de soins sont consacrées à la psychiatrie. Du point de vue financier, l'IDAC a présenté des comptes en équilibre en 2005 et 2006.

Dans le CPOM de l'IDAC, trois orientations stratégiques sont développées :

1. « *Mettre en œuvre le fonctionnement de la SAAS en partenariat avec le CH de Boulogne sur mer* ».

L'ouverture de la structure est prévue pour 2009. Il s'agit d'un projet de territoire qui verra le regroupement de patients chroniques issus des CH de Calais, Boulogne et Montreuil, afin d'y libérer des lits de court séjour. Le CH de Boulogne soutient par ailleurs le fonctionnement de la SAAS en mettant du personnel à disposition. L'IDAC de Camiers fait ainsi son entrée dans le domaine de la psychiatrie générale.

---

<sup>2</sup> Cette répartition entre lits et places a changé depuis 2006 (10 lits en moins, 16 places en plus).

2. « *Création d'un centre de crise pour adolescents de 10 à 16 ans à vocation intersectorielle* ».

Des lits d'hospitalisation complète vont être convertis en places, et du personnel médical et paramédical doit être recruté en sus d'un redéploiement interne.

3. « *Développement d'alternatives à l'hospitalisation et du travail en réseau par la création de postes médicaux* ».

Cette orientation recouvre la création de places d'hôpital de jour et d'accueil familial thérapeutique, ainsi que le développement du travail en réseau avec différents partenaires (dont le réseau périnatalité de Berck et Boulogne).

L'IDAC cherche ainsi à accroître son efficacité et à resserrer les liens avec ses partenaires. Comme les autres établissements déjà présentés, il souhaite recruter des psychiatres PH pour soutenir ses projets.

### **1.3.5 L'EPSM des Flandres à Bailleul : une antenne dunkerquoise dynamique**

L'EPSM des Flandres est un établissement public qui réalise des soins de suite, des soins de longue durée et de la psychiatrie. C'est un ancien asile (puis hôpital psychiatrique) situé à côté de la ville de Bailleul. Ses locaux, de grands pavillons répartis dans un immense parc, témoignent de son ancienne capacité. Aujourd'hui, l'EPSM a délocalisé en partie son activité, si bien que plus de la moitié de ses lits se retrouvent sur les secteurs du Littoral (les autres, qui ne seront pas détaillés ici, sont en Métropole). L'ensemble de ces secteurs, petits en surface et urbanisés, sont desservis par un réseau routier pratique (notamment les autoroutes A25, A16 et A18).

L'EPSM des Flandres gère quatre secteurs de psychiatrie générale sur le Littoral : Rosendaël (59G01), Bergues (59G02), Dunkerque (59G03) et Grande Synthe (59G04), chaque secteur regroupant entre 52 500 et 74 000 habitants. Il gère également un secteur de psychiatrie infanto-juvénile sur le Littoral, qui correspond aux secteurs adultes et regroupe 63 500 enfants.

En psychiatrie générale sur le Littoral, l'EPSM disposait en 2006 de 130 lits, 66 places, 5 CMP et 5 CATTP. En psychiatrie infanto-juvénile, il disposait de 16 places, 5 CMP et 2 CATTP.

Étaient alors présents dans les quatre secteurs de psychiatrie générale cités 24 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie et 5 internes de psychiatrie, ce qui laissait malgré tout un poste de psychiatre vacant. En psychiatrie infanto-juvénile, il y avait 5 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie et 2 internes, et aucun poste vacant. Les dépenses en activités de soins dédiées à la psychiatrie représentaient 96% des dépenses de soins de l'établissement. Ses comptes étaient globalement équilibrés en 2005 et 2006.



Dans le CPOM de l'EPSM des Flandres, certaines orientations contiennent des projets concernant directement le Littoral. Parmi elles :

« *Développement de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population* ».

En partenariat avec le CH de Dunkerque (qui a lui aussi dans ses orientations stratégiques le renforcement de ses liens avec l'EPSM), l'établissement souhaite créer un espace pour adolescent dans le service de pédiatrie du CH. Par ailleurs, en partenariat avec la polyclinique de Grande Synthe et le CH de Dunkerque, il projette de mettre en place des lits mère – enfant avec les services de maternité et de néonatalogie.

« *Amélioration de l'offre de soins sur le Littoral et sur la Flandre intérieure* ».

L'EPSM souhaite créer un hôpital de jour sur le Littoral, tout en poursuivant la délocalisation de ses lits et en s'investissant dans la prise en charge de l'accueil et des urgences, en lien avec le CH de Dunkerque.

Ces projets, qui accordent une grande place aux partenariats avec les hôpitaux généraux, sont caractéristiques de la dynamique qui anime la plupart des EPSM.

### **1.3.6 L'EPSM Val de Lys à Saint Venant : une réorganisation en cours sur Saint Omer et Aire sur la Lys**

L'EPSM Val de Lys est un établissement public qui réalise de la psychiatrie. Ses bâtiments historiques sont situés dans la ville de Saint Venant et rappellent la forme des anciens asiles : des pavillons organisés dans un parc clos. La plupart des lits sont encore à Saint Venant, et un tiers est consacré aux secteurs du Littoral gérés par l'établissement. La circulation dans ces secteurs semi-urbains est facilitée par l'autoroute A26.

Deux secteurs de psychiatrie générale dépendent de l'EPSM Val de Lys dans le Littoral : celui de Saint Omer (60 700 habitants) et celui d'Aire sur la Lys (62 000 habitants). L'établissement gère aussi un secteur de psychiatrie infanto-juvénile sur le Littoral (42 300 enfants) ; ce secteur couvre les deux secteurs adultes et se prolonge sur l'Artois jusqu'à Lillers.

En psychiatrie générale sur le Littoral, l'EPSM disposait en 2006 de 99 lits, 46 places, 3 CMP et 4 CATTP. En psychiatrie infanto-juvénile, il disposait de 8 lits et 30 places.

Les deux secteurs de psychiatrie générale comptaient 8,50 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie et 3 internes ou faisant fonction d'interne, ce qui laissait 2,2 postes de psychiatre vacants. L'effectif médical du secteur de psychiatrie infanto-juvénile représentait 3,30 ETP de médecins psychiatres ou exerçant en psychiatrie et un interne, laissant 3,2 postes vacants. Toutes les dépenses d'activités de soins de l'établissement sont consacrées à la psychiatrie. Ses comptes étaient globalement équilibrés en 2005 et 2006.

Dans le CPOM de l'EPSM Val de Lys, trois orientations stratégiques sont détaillées :

« *Rationaliser les moyens matériels et humains* ».

« *Poursuivre la rénovation du patrimoine* ».

« *Amélioration de la prise en charge* ».

L'établissement cherche essentiellement à se moderniser et à adapter son offre de soins aux besoins de la population. De plus, la délocalisation de cette offre doit se poursuivre pour se rapprocher des patients. Dans ce contexte, de nouvelles implantations de CMP – CATTP sont à l'étude, de même que la recherche de réseaux de partenariat dans les différents secteurs. Plus proche du Littoral, une unité d'hospitalisation dédiée au secteur de Saint Omer a été reconstruite par réhabilitation, dans un souci de mise en conformité des locaux.

## **1.4 Des indicateurs meilleurs pour les EPSM que pour les hôpitaux généraux**

La présentation des établissements montre la variété des situations auxquelles ils sont confrontés. Néanmoins, ils peuvent facilement être scindés en deux groupes : d'un côté les EPSM, de l'autre les hôpitaux généraux. En effet, les établissements spécialisés en psychiatrie présentent une offre de soins meilleure que celle des hôpitaux généraux en termes de nombre de personnel, budget consacré aux patients et nombre d'équipements pour la psychiatrie. L'analyse qui suit compare les secteurs de Boulogne, Calais et Montreuil avec les secteurs de Camiers, Bailleul (Littoral) et Saint Venant (Littoral).

### **1.4.1 Un personnel plus nombreux**

Le personnel médical et paramédical est plus nombreux dans les EPSM que dans les hôpitaux généraux. En psychiatrie générale, la densité de médecins psychiatres est deux fois plus importante dans les secteurs gérés par un EPSM que dans ceux gérés par un hôpital général (8,2 médecins pour 100 000 habitants, contre 3,9 /100 000 habitants). L'avance des EPSM en psychiatrie infanto-juvénile est elle aussi marquée (8,5 médecins pour 100 000 enfants, contre 5,3 /100 000 enfants). Les mêmes constatations se font pour le personnel paramédical (voir tableau ci-dessous). De l'avis des psychiatres, les EPSM sont plus attractifs que les hôpitaux généraux et recrutent plus facilement des médecins spécialisés, surtout dans les secteurs apparaissant isolés. Cela se confirme sur le Littoral, où les EPSM ont seulement entre 0 et 2,2 postes de PH vacants, tandis que les hôpitaux généraux en ont entre 1,5 et 5. De ce fait, l'offre de soins en psychiatrie touche plus de population dans les secteurs gérés par un EPSM (la file active y représente 3,9%

de la population tous âges confondus) que dans les secteurs gérés par un hôpital général (la file active y représente 2,2% de la population tous âges confondus).

	Hôpital général	EPSM
Densité de personnel paramédical en psychiatrie générale	72 /100 000 habitants	108 /100 000 habitants
Densité de personnel paramédical en psychiatrie infanto-juvénile	32 /100 000 enfants	97 /100 000 enfants

Source : CRAM 2006

#### 1.4.2 Des budgets sans commune mesure

Le budget dépensé en activités de soins de psychiatrie par les EPSM est 2,4 fois plus élevé que celui dépensé par les hôpitaux généraux. Les dépenses en personnel représentant la grande majorité des dépenses de soins en psychiatrie, il est logique que les EPSM, ayant une démographie médicale et paramédicale supérieure à celle des hôpitaux généraux, doivent y consacrer un budget plus important. La population bénéficie directement de ces moyens au travers d'une offre de soins plus importante. En 2006, la dépense en psychiatrie hospitalière publique (générale et infanto-juvénile confondues) a été de 133 euros par habitant dans les secteurs gérés par les EPSM, contre 52 euros par habitant dans les secteurs gérés par des hôpitaux généraux<sup>3</sup>. Les mêmes écarts se retrouvent tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

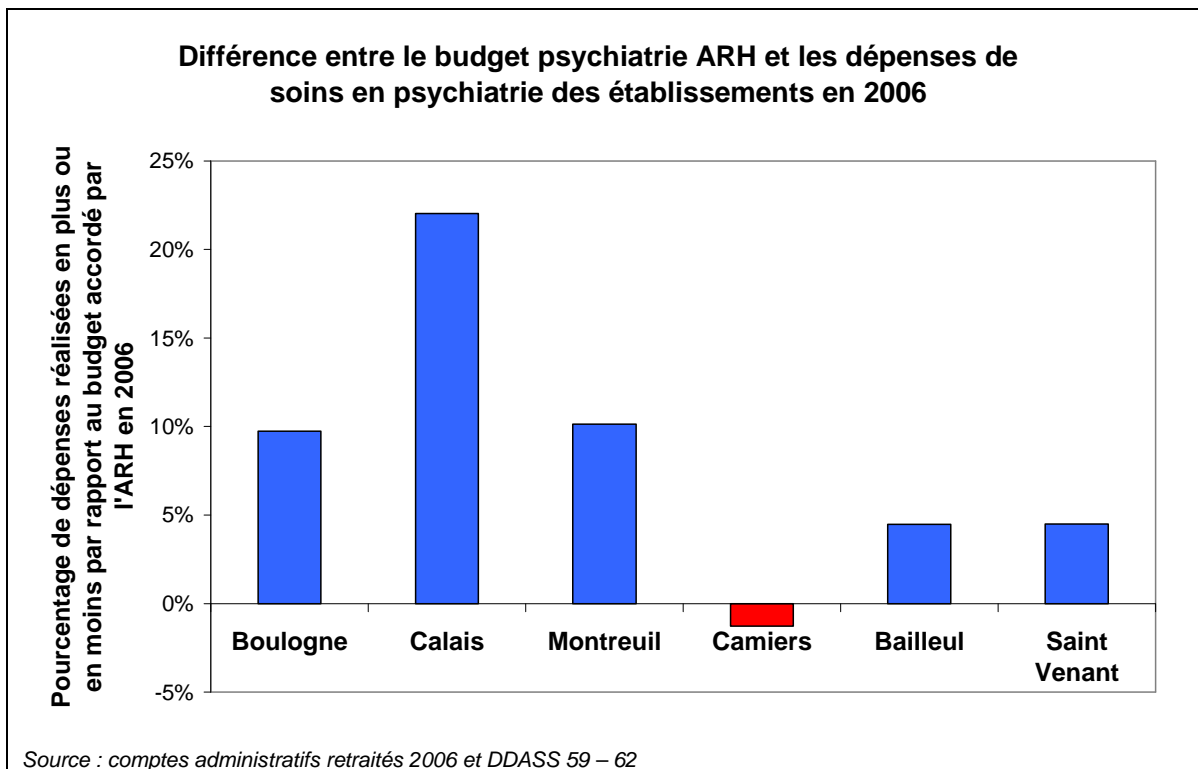
	Hôpital général	EPSM
Budget rapporté au nombre d'habitants en psychiatrie générale en 2006	49 euros /habitant	108 euros /habitant
Budget rapporté au nombre d'enfants en psychiatrie infanto-juvénile en 2006	31 euros /enfant	75 euros /enfant

Source : comptes administratifs retraités 2006

Par ailleurs, l'ARH donne chaque année aux établissements un budget dans lequel il est possible d'identifier ce qui est donné pour le fonctionnement de la psychiatrie. Quand le budget ARH 2006 pour la psychiatrie est comparé avec les dépenses de soins en psychiatrie des établissements du Littoral cette même année (CAR 2006), il ressort que les hôpitaux généraux dépassent plus largement l'enveloppe qui leur est accordée que les EPSM. Le budget ARH pour la psychiatrie a donc moins bien couvert les besoins des hôpitaux généraux que ceux des EPSM en 2006.

<sup>3</sup> Ces chiffres sont issus d'un ratio effectué entre les dépenses pour la psychiatrie exposées dans les comptes administratifs retraités de 2006, et la population des secteurs de psychiatrie du Littoral (Insee 1999).

Note : l'activité des EPSM (file active, journées réalisées) n'est pas, comme leur budget, deux fois supérieure à celle des hôpitaux généraux. Un principe économique démontre en effet que les résultats liés à une augmentation des dépenses (de soins en l'occurrence) ne sont pas proportionnels à cette augmentation (notion de rendement marginal décroissant).



### 1.4.3 Un écart moins grand en termes d'équipements

Les EPSM du Littoral présentent un taux d'équipements (lits et places) supérieur à celui des hôpitaux généraux, toutefois l'écart entre ces taux est proportionnellement moins grand que les écarts retrouvés au niveau du personnel et des budgets. Il est sans doute plus facile pour un hôpital de créer une structure que de recruter le personnel pour y exercer. Il y a donc plus de professionnels de santé par structure dans les EPSM que dans les hôpitaux généraux. En terme d'implantations de CMP – CATTP cependant, il existe un net retard du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Calais par rapport aux secteurs de Camiers – Boulogne et de Dunkerque.

	Hôpital général	EPSM
Taux de lits et de places en psychiatrie générale	68,5 /100 000 habitants	88,5 /100 000 habitants
Taux de lits et de places en psychiatrie infanto-juvénile	53 /100 000 enfants*	50 /100 000 enfants

Source : CRAM 2006

\* taux de places autorisées. Dans la réalité, ces places n'existent pas encore.

Hôpital général	EPSM
-----------------	------

Nombre d'implantations (CMP et CATTP) en psychiatrie générale	2,4 par secteur	2,8 par secteur
Nombre d'implantations (CMP et CATTP) en psychiatrie infanto-juvénile	1 par secteur	7 par secteur

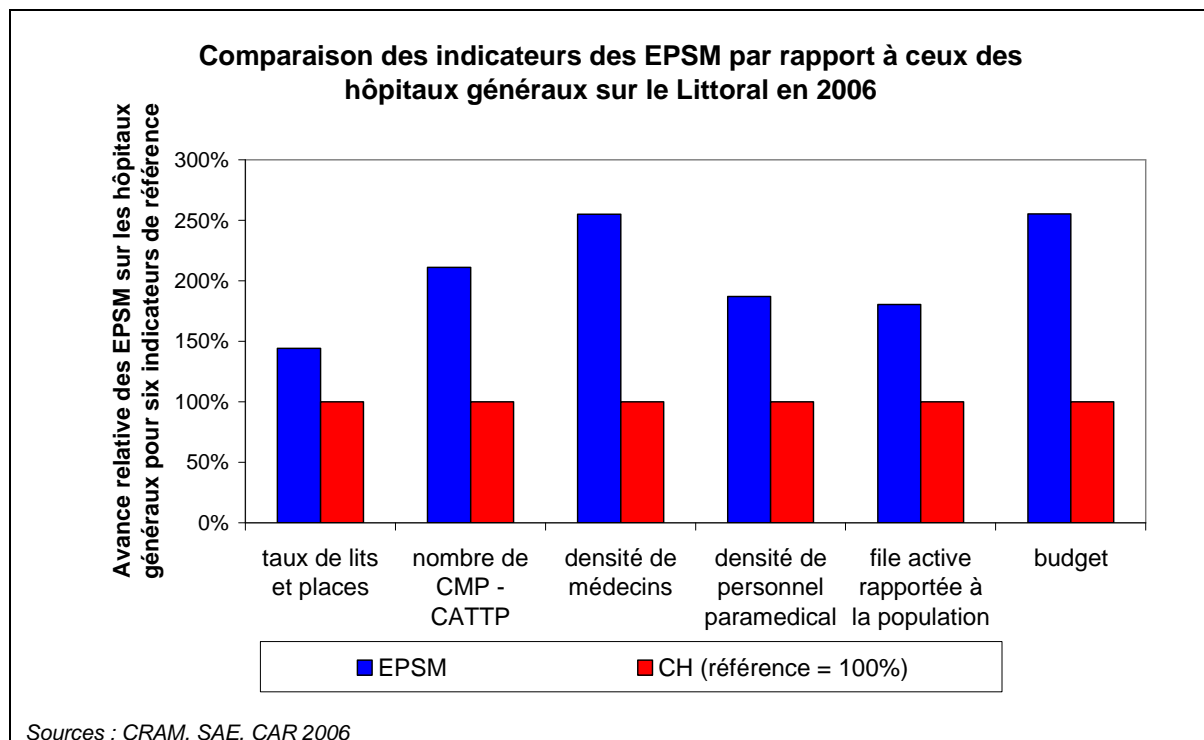
Source : CRAM 2006

En synthèse de cette première partie, les différents handicaps de la psychiatrie publique sur le territoire Littoral du Nord-Pas-de-Calais apparaissent maintenant de manière objective.

Ainsi, en psychiatrie, le Nord-Pas-de-Calais présente un déficit marqué en personnel médical et en équipements par rapport au reste de la France.

Sur ces mêmes critères au sein de la région, le Littoral paraît nettement défavorisé par rapport aux deux territoires les mieux dotés que sont la Métropole et l'Artois. Sa situation est particulièrement critique au niveau du personnel médical sur certains secteurs.

Enfin, des différences existent également entre les secteurs du Littoral selon que l'établissement de référence du secteur est un hôpital général ou un EPSM. En effet, l'offre de soins en psychiatrie est moindre dans les secteurs gérés par les hôpitaux généraux, malgré les efforts de ces derniers pour combler leur retard (dépassement du budget ARH accordé à la psychiatrie, activité plus grande du personnel médical et paramédical). La situation est résumée dans le graphique suivant, où, pour les principaux indicateurs étudiés précédemment, l'hôpital général a été mis en référence à 100. A chaque fois l'avance des EPSM est retrouvée sur chaque critère.



La seconde partie de ce rapport expose les solutions envisagées par les différents acteurs de santé pour remédier à ces déséquilibres. Au travers des entretiens réalisés, ce sont les avis des directions d'établissement, des psychiatres publics, des usagers, des organismes chargés de la politique de santé régionale et des experts de la psychiatrie qui ont été recueillis et analysés, afin d'aboutir à des recommandations acceptables et efficaces.

## **2 La réorganisation de la psychiatrie sur le territoire Littoral : les résultats des entretiens**

### **2.1 Les différences de point de vue selon les catégories de personnes interrogées**

Les avis recueillis lors des entretiens divergent souvent en fonction des situations personnelles et des enjeux locaux. Néanmoins, il est possible de regrouper les avis par catégorie de personnes interrogées, car une certaine similitude d'opinion existe entre personnes d'une même origine professionnelle.

#### **2.1.1 Une volonté d'anticiper les difficultés prévisibles de la part des organismes chargés de la politique sanitaire régionale**

Les autorités sanitaires connaissent les difficultés rencontrées par la psychiatrie dans le Nord-Pas-de-Calais ; elles ont déjà dû gérer sur certains secteurs des situations urgentes (manque de praticiens hospitaliers pour assurer les gardes et les astreintes par exemple). Elles souhaitent prévenir la répétition de ces situations, mais alors que les besoins sont importants, les dépenses doivent être maîtrisées et réalisées avec la meilleure efficacité possible. C'est pourquoi l'ARH recherche une organisation de la psychiatrie qui permettra aux territoires sinon de rattraper leur retard, du moins de ne pas le creuser dans l'avenir.

Dans un contexte de moyens contraints, la mutualisation des ressources est la première piste qui vient à l'esprit pour améliorer le système, et le cadre du territoire semble être le périmètre adéquat pour ce faire. Sur le Littoral, les représentants des autorités sanitaires souhaitent a minima plus de coopération entre les hôpitaux généraux dans le domaine de la psychiatrie. Cette solidarité n'apporterait pas de moyens supplémentaires, mais favoriserait la mise en commun de certaines problématiques intersectorielles. Ainsi, la SAAS de Camiers est une bonne illustration de la coopération voulue entre les établissements. Néanmoins, l'un des supports juridiques possibles, le groupement de coopération sanitaire (GCS), reste assez rigide et ne permet pas un pilotage commun des activités et des moyens. Un autre support juridique, les conventions entre établissements, est très dépendant de la bonne volonté de chacun, ce qui peut poser problème en période de restrictions.

Une deuxième piste de réflexion prend en considération l'avance historique des EPSM en terme de budget. Ces établissements spécialisés, encore sous dotation annuelle de

financement, ont plus de moyens que les hôpitaux généraux et pourraient venir en aide aux secteurs gérés par ces derniers. Concrètement, cela pourrait passer par un transfert de crédits ARH des EPSM vers les hôpitaux généraux. Plus acceptable, ce pourrait être aussi l'intervention des EPSM sur certaines missions hors secteur pour le compte des hôpitaux généraux.

Mais ces deux pistes de réflexion ne permettent pas de développer les avantages d'une organisation de type EPSM, notamment sur le plan du recrutement du personnel. Du point de vue des autorités sanitaires, une institution comme l'EPSM est naturellement appréciée pour gérer la psychiatrie. Le suivi des crédits accordés est facile, il n'y a pas de risque qu'ils soient utilisés dans d'autres disciplines (en MCO par exemple). Les projets de l'établissement sont tournés vers un même but, les avancées sont visibles. Du point de vue des psychiatres, l'EPSM est attractif car il empêche l'isolement médical, et garantit des moyens ainsi qu'une administration hospitalière entièrement tournée vers la discipline. La taille de l'établissement prévient le risque d'un manque localisé de professionnels de santé par une mutualisation naturelle des moyens.

Considérant ces avantages, la troisième piste de réorganisation envisagée par les représentants des autorités sanitaires sur le territoire consiste à favoriser une gestion administrative commune des secteurs de psychiatrie rattachés aux hôpitaux généraux. Deux options existent : soit transférer les secteurs à un EPSM déjà existant, soit créer une structure nouvelle de type EPSM, avec l'accord des collectivités territoriales. Dans les deux cas, il faut veiller à ce que des liens soient rapidement tissés entre l'EPSM et l'hôpital général pour maintenir les interventions de psychiatrie dans les services de médecine somatique. La deuxième option (création de novo) est beaucoup plus complexe que la première (transfert vers un EPSM déjà existant) et nécessite une réflexion politique, juridique et économique approfondie. La première option est plus facile et ne peut se heurter qu'à la réticence des hôpitaux généraux et de leur personnel. Cependant, des transferts de secteur d'un hôpital général vers un EPSM ont déjà eu lieu dans la région sans problème particulier (exemple du secteur de Seclin repris par l'EPSM d'Armentières en 2008), et ont pu être l'occasion pour le CH de se recentrer sur ses activités MCO en abandonnant un patrimoine psychiatrique en difficulté. En ce qui concerne le Littoral, il existe un EPSM, celui de Camiers, qui pourrait assurer la gestion commune des secteurs rattachés à un hôpital général.

La quatrième piste de réflexion, indépendante des trois premières, consiste à maintenir l'équilibre entre l'offre publique et l'offre privée par la voie des OQOS et des autorisations d'implantation. L'offre privée peut utilement compléter l'offre publique, mais les autorités



sanitaires doivent veiller à ce qu'il n'y ait pas de concurrence entre elles, notamment sur le plan du recrutement des psychiatres. Au contraire, les demandes de développement de l'offre privée qui ont le plus de chances d'être acceptées sont celles qui prévoient une complémentarité de l'offre de soins, voire une coopération entre le public et le privé.

### **2.1.2 Une demande de reconnaissance des progrès réalisés par les directions des hôpitaux généraux**

Les points de vue retranscrits ci-après sont avant tout ceux des directions des hôpitaux généraux de Calais, Boulogne et Montreuil. Quelques points propres à la direction de l'IDAC de Camiers sont repris à la fin du chapitre.

La réflexion des directions d'établissement public sur l'organisation de la psychiatrie du Littoral s'organise autour des idées principales suivantes :

- les moyens des CH pour la psychiatrie doivent être augmentés ;
- le recrutement du personnel médical et paramédical doit être amélioré ;
- les effets de la VAP doivent être anticipés ;
- les relations avec les établissements privés doivent être définies ;
- les relations entre les établissements publics réalisant de la psychiatrie sur le Littoral doivent être renforcées ;
- les apports des CH à la psychiatrie doivent être reconnus, notamment si ces établissements sont comparés aux EPSM ;
- si une gestion commune des secteurs de psychiatrie du Littoral est envisagée, elle doit être portée par les psychiatres et par l'ARH, en ayant conscience des problèmes qui seront rencontrés.

La première idée qui ressort des entretiens avec les directions des CH concerne donc l'insuffisance des moyens accordés par l'ARH. Ce manque est ressenti d'autant plus fortement que les moyens accordés aux EPSM paraissent plus importants. Il s'agit à la fois d'un manque de moyens financiers qui permettraient d'améliorer les locaux, mais aussi d'une dotation insuffisante en moyens humains, notamment paramédicaux pour l'hospitalisation complète (les moyens sont principalement accordés pour les alternatives à l'hospitalisation). Les directions des CH souhaiteraient une rééquilibrage des moyens accordés entre les CH et les EPSM.

L'autre problème crucial pour les CH porte sur le recrutement du personnel médical. La demande de soins en psychiatrie dans les secteurs a augmenté plus vite que le nombre de psychiatres, et maintenant que la démographie médicale est en baisse, les perspectives de recrutement à court terme sont quasiment nulles. La difficulté consiste

même à retenir les médecins déjà en place, car ces derniers pourraient être tentés de fuir l'isolement qu'ils rencontrent sur le Littoral pour aller dans des endroits mieux pourvus, comme la région parisienne, la région lilloise et les EPSM, où les confrères sont plus nombreux et les astreintes plus espacées. Les solutions envisagées pour pallier à ce manque de psychiatres sont limitées :

- attirer les internes de psychiatrie sur le Littoral pendant qu'ils effectuent leur internat dans la région est une solution à la fois pour le court terme (les internes soutiennent par leur présence l'activité du service) et le moyen terme (un interne en fin de formation peut souhaiter prendre un poste sur l'un de ses lieux de stage). Cependant, bien que les services de psychiatrie du Littoral soient agréés et offrent de nombreux avantages, presque aucun interne n'y vient, et les directions des CH demandent le soutien des autorités sanitaires pour qu'il y ait une meilleure répartition des internes entre la Métropole lilloise et les autres territoires.
- Le rôle du personnel non psychiatre (médecins généralistes, psychologues, infirmiers) pourrait être réévalué pour prendre en charge une partie de l'activité sous la responsabilité du médecin psychiatre.
- Le recrutement de psychiatres étrangers est possible, mais se heurte à la barrière de la langue, dans une discipline où l'origine culturelle est importante.

Le recrutement du personnel paramédical est moins difficile, bien qu'il soit lui aussi plus attiré par les EPSM. Le faible nombre de psychiatres dans les CH limite toute tentative de développement de la discipline sur le Littoral.

En troisième point, l'arrivée de la valorisation à l'activité en psychiatrie pour les prochaines années pose question, d'autant que le passage à la T2A en MCO a été plutôt difficile dans les établissements publics. Les services de psychiatrie du Littoral codent tous leurs actes, mais ils ne sont pas prêts pour une exploitation des données dans le cadre de la VAP. Le codage est récent, il n'y a pas de recul sur son efficacité, et parfois des problèmes informatiques demeurent (les DIM ne sont pas toujours sensibilisés aux spécificités du service de psychiatrie, et inversement). Des craintes sérieuses surgissent par rapport au faible effectif médical et paramédical, qui risque d'être insuffisant pour produire une activité rentable permettant de développer l'offre de psychiatrie. Néanmoins, le tableau n'est pas totalement pessimiste. Au contraire, les CH pensent être mieux armés que les EPSM face à la VAP, étant donné que la productivité de leurs services est bien meilleure. Ils espèrent que la VAP leur permettra de rattraper leur retard de moyens par rapport aux EPSM.

En quatrième point, la question des rapports entre les établissements publics et privés est abordée de manière paradoxale. En effet, il existe de la part des directions de CH à la fois

une certaine défiance envers le privé et un réel souhait de coopération. Les avantages du privé sont montrés du doigt d'autant plus fortement que le public se sent contraint. Ainsi, la psychiatrie devenant rentable grâce à la VAP, l'offre privée se développe sur le Littoral. Mais les directions des CH craignent que le privé ne s'occupe que des pathologies les plus faciles, laissant à l'hôpital public les cas difficiles, chroniques et consommateurs en personnel. Elles craignent alors que les psychiatres ne préfèrent exercer dans le privé, aggravant les difficultés de recrutement du public. Elles se sentent contraintes par la sectorisation, qui rend les CH moins réactifs que le privé pour répondre aux demandes du SROS. Enfin, elles regrettent que les règles de financement soient plus favorables à l'offre privée qu'à l'offre publique. Malgré tout, les directions des CH affirment leur volonté de coopérer avec les établissements privés, notamment par le biais de GCS. Elles sont convaincues des bénéfices qui résulteraient d'une collaboration plutôt que d'une concurrence entre le secteur public et le secteur privé.

Cinquièmement, la collaboration entre les établissements publics du Littoral a elle aussi été abordée. Elle n'est pas ressentie de la même manière par toutes les directions. Globalement, des liens existent entre tous les établissements (mise à disposition de temps médical dans le cadre de journées d'intérêt général par exemple), mais ces liens sont souvent à l'initiative des médecins, les directions ne s'y impliquant que dans un second temps. Par ailleurs, le CH de Calais semble isolé géographiquement par rapport aux CH de Boulogne et Montreuil, ce qui limite les possibilités de collaboration.

Les directions notent que des échanges sur les projets d'établissement se font au travers de la commission psychiatrie de la conférence sanitaire de territoire (cette commission, qui réunit régulièrement psychiatres et directions des services de psychiatrie publics et privés du Littoral, est une particularité du territoire). Tous les établissements participent à cette commission, mais les directions des EPSM ne s'y font pas représenter. De fait, les partenariats avec les EPSM sont inexistantes, et les directions des CH souhaiteraient une impulsion de l'ARH pour les initier. Il existe néanmoins une exception avec l'EPSM de Camiers, qui est parvenu à instaurer un dialogue avec l'ensemble des CH du territoire.

Au terme de ces réflexions et doléances, les deux paragraphes suivants mettent en avant le ressenti des directions des CH du Littoral quand à la possibilité d'une réorganisation de la psychiatrie pour faire face aux difficultés évoquées.

Tout d'abord, bien que leurs difficultés soient réelles, les CH insistent sur l'intérêt d'une psychiatrie intégrée à l'hôpital général, en développant également les inconvénients des grands EPSM de la région. Moins de stigmatisation et proximité des soins sont les idées majeures parmi celles citées ci-après :

- les CH permettent de mélanger la psychiatrie aux autres spécialités médicales, au travers des pôles, ou de la psychiatrie de liaison par exemple. Elle devient alors une spécialité comme les autres, moins stigmatisée, mieux connue et mieux acceptée. Le CH offre ainsi une palette de soins complète et garantit l'anonymat pour les patients et les familles, ce que ne permet pas toujours un EPSM.
- Les CH sont la réponse à la demande de proximité des soins et à la sectorisation. Les EPSM ont longtemps gardé une image négative d'asile où les patients sont concentrés, et ils n'ont pas fini de délocaliser leurs activités. Les CH proposent une offre de soins proche de la population du secteur, à la fois en hospitalisation complète et au travers des alternatives à l'hospitalisation.
- Les directions des CH dénoncent une partie de leurs difficultés comme étant la résultante d'un transfert incomplet des moyens des EPSM vers les CH lors de la sectorisation. Les EPSM se retrouvent donc aujourd'hui mieux dotés qu'eux. De plus, le CH n'est pas configuré pour assumer la prise en charge des pathologies chroniques lourdes (problème de l'inadéquation entre le service et le patient), et les EPSM devraient aider les CH pour les hospitalisations de longue durée.
- Les directions des CH réfutent l'idée selon laquelle la psychiatrie est laissée pour compte par rapport aux services de MCO. Il s'agit simplement pour la psychiatrie de faire valoir sa position dans les instances représentatives de l'établissement au même titre que les autres services, ce qui est plus ou moins facile selon les personnalités locales. Sur la question du budget, la VAP permettra bientôt d'individualiser le circuit de financement de la psychiatrie. Et lorsqu'un hôpital est confronté à des difficultés, la psychiatrie participe autant à l'effort collectif, ni plus ni moins, que les autres services.

Enfin, s'exprimant sur l'idée d'une gestion commune des secteurs de psychiatrie du Littoral par un EPSM, les directions des CH réclament une ligne de conduite claire. Elles reconnaissent l'intérêt de cette organisation pour rendre le territoire plus attractif pour les médecins psychiatres. Elles pensent que le projet doit recueillir l'approbation des psychiatres concernés et le soutien ferme de l'ARH pour être viable. Mais si cette voie était choisie, elles insistent sur l'importance des moyens à dégager pour réaliser le montage. En effet, les CH ne veulent pas d'un changement à leur détriment, qui ne tiendrait pas compte des investissements qu'ils ont réalisés et des moyens logistiques qu'ils ont dégagés pour la psychiatrie en plus des moyens accordés par l'ARH. La question qu'ils posent alors est la suivante : cela vaut-il la peine d'investir dans un regroupement de secteurs, plutôt que d'investir directement dans les secteurs via les CH ?

Pour conclure, les particularités de l'entretien avec la direction de l'IDAC de Camiers doivent être évoquées. L'IDAC est un petit EPSM qui ne porte pas l'image négative des grands EPSM de la région : il rencontre un certain nombre des difficultés évoquées par les CH, mais sa direction insiste sur sa plus grande capacité à les surmonter. Celle-ci est en effet entièrement consacrée à la psychiatrie (l'IDAC comprend aussi quelques structures médico-sociales), et de fait, elle promeut plus aisément les partenariats avec les autres établissements. De nombreux liens existent entre l'IDAC et les CH de Boulogne et Montreuil, ainsi que celui de Calais dans une moindre mesure (du fait de l'éloignement géographique). De l'avis général, ce réseau fonctionne bien et aboutit à des projets communs d'ampleur territoriale. Cette bonne entente doit être préservée.

Concernant un regroupement administratif des secteurs de psychiatrie du Littoral, il a été émis l'hypothèse que l'EPSM de Camiers pourrait en être la structure support. L'adhésion des psychiatres du territoire et le soutien de l'ARH paraissent être des prérequis indispensables à la bonne marche du projet, mais pour la direction de Camiers, il faut démontrer la plus-value d'un tel dispositif, et surtout engager les moyens nécessaires au regroupement, sous peine d'obtenir plus d'inconvénients que d'avantages. Une montée en charge progressive du dispositif, commençant par un regroupement des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile avant de passer à ceux de la psychiatrie adulte, pourrait être envisagée.

### **2.1.3 Un consensus quasi général au sein de la communauté médicale sur l'intérêt d'une gestion commune des secteurs de psychiatrie**

Les psychiatres responsables de l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile du Littoral ont été interrogés. Malgré des situations locales variées, ils présentent beaucoup de points communs dans leur réflexion, qui s'articule autour des idées suivantes :

- la place de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux n'est pas encore celle que les psychiatres aimeraient qu'elle soit ;
- la difficulté majeure de la psychiatrie sur le Littoral réside dans sa très faible démographie médicale ;
- les psychiatres expriment un attachement inconditionnel au secteur, à la proximité des soins et aux liens existants avec la médecine somatique ;
- les relations avec l'offre privée restent à définir ;
- les services de psychiatrie ne sont pas prêts pour le passage à la VAP ;
- les liens entre les psychiatres des établissements publics sont d'importance variable ;
- les psychiatres sont presque tous favorables à un regroupement administratif des secteurs du Littoral.

Pour commencer, la vision des psychiatres sur la place actuelle de la psychiatrie au sein de l'hôpital général n'est pas la même que celle des directions des CH. Les psychiatres ont l'impression que leur spécialité est le « parent pauvre » du CH, qu'elle est moins bien considérée que les autres spécialités médicales dont les besoins semblent souvent prioritaires sur ses propres besoins. Ils souhaiteraient être mieux représentés dans les instances de l'établissement, étant donné l'importance du service de psychiatrie au sein du CH (le service de psychiatrie dépasse de nombreux services en termes de nombre de lits et de personnel). Ils demandent également que des moyens supplémentaires leur soient accordés, et ils aimeraient avoir une vision plus claire du devenir des crédits donnés à la psychiatrie par l'ARH, afin de lever les interrogations qu'ils pourraient avoir sur l'utilisation de ces crédits. Ils pensent qu'une gestion spécifique de la psychiatrie, comme celle qui existe dans les EPSM, ne peut être que bénéfique à la spécialité sur le plan de l'analyse des besoins et de l'attribution des moyens.

En deuxième point, les psychiatres des CH du Littoral affirment que la difficulté majeure de leurs secteurs réside dans le très faible nombre de médecins psychiatres qui y exercent. Cela pose problème pour assurer les gardes et les astreintes, et empêche le développement des activités de soins et de prévention. Les psychiatres sont extrêmement sollicités par la population (les besoins et les demandes sont élevés) et doivent se consacrer aux priorités de leur métier. De ce fait, très peu de liens existent avec les associations et le monde médico-social, lui-même peu présent sur le Littoral. Afin de palier aux manques, les psychiatres s'appuient sur une organisation multidisciplinaire et sur un personnel paramédical formé aux spécificités de la discipline. Ce personnel joue un rôle essentiel dans le fonctionnement des différentes structures des secteurs de psychiatrie. Enfin, les psychiatres sont parfois contraints de réduire leur temps de consultation pour éviter des délais d'attente trop longs. Les solutions envisagées pour remédier à ces problèmes sont peu nombreuses. Un soutien des services par des internes, dont le nombre devrait augmenter ces prochaines années, serait très apprécié, et les psychiatres espèrent un appui des autorités sanitaires pour une répartition équitable des internes sur toute la région. Par ailleurs, les psychiatres reconnaissent que les EPSM sont beaucoup plus attractifs que les CH pour recruter du personnel médical et paramédical, en raison de leurs effectifs actuels plus nombreux qui garantissent une qualité de vie professionnelle meilleure.

En troisième point, tous les psychiatres des CH ont insisté sur les avantages d'une psychiatrie intégrée à l'hôpital général et qu'ils souhaitent défendre. Parmi ces avantages, se trouvent :

- la proximité des soins,
- une réponse rapide et adaptée aux urgences.

Ces deux notions sont essentielles à l'idée de qualité des soins que se font les psychiatres des CH, et elles nécessitent des structures dispersées dans les secteurs, proches des hôpitaux généraux, telles que celles qui sont actuellement gérées par les CH.

De plus, les services de psychiatrie dans les CH ont créé des liens étroits avec les services de médecine somatique, notamment les urgences, la pédiatrie et les soins de suite grâce à la psychiatrie de liaison. La psychiatrie a été reconnue par tous au travers de ses lits appartenant à l'établissement, et elle a été mieux intégrée par le fait qu'elle devait démontrer ses résultats aux autres spécialités. Néanmoins, les locaux de psychiatrie restent souvent séparés physiquement du reste de l'hôpital, car les psychiatres admettent que les patients souffrant de pathologies somatiques et psychiatriques ne peuvent pas être mélangés.

En quatrième point se pose la question des liens entre le service public et l'offre privée. Les psychiatres publics se montrent assez circonspects sur les capacités de collaboration entre les deux secteurs. Il ne s'agit pourtant pas d'un problème de personnes, car les relations sont confraternelles, mais plutôt d'une différence d'idéologies et d'objectifs.

Les psychiatres publics pensent que l'offre privée est bénéfique pour la population, surtout dans un territoire qui manque de psychiatres. Elle permet en effet de mieux répondre aux besoins locaux en consultations. Mais ils croient peu en l'efficacité d'un partenariat public-privé, sous la forme d'un GCS par exemple qui ne saurait concerner l'activité principale des services. Certes, ils essaient malgré tout de construire des partenariats qui sont encouragés par les autorités sanitaires. Cependant, l'hôpital général garde selon eux une véritable mission de service public, tandis que l'offre privée vise avant tout la rentabilité. Dans ce contexte, ils craignent que les établissements privés recueillent les pathologies les plus légères et que l'hôpital général ne s'occupe que des pathologies les plus lourdes. C'est pourquoi ils attendent des autorités sanitaires un soutien affiché au secteur public, et des règles de fonctionnement qui leur soient plus favorables qu'aujourd'hui.

En cinquième point, les inquiétudes et les espoirs suscités par l'arrivée de la VAP ont été abordés. Les inquiétudes sont surtout liées au manque de préparation des services et au surcroît de travail engendré par la réforme. La plupart des services de psychiatrie codent leurs actes, mais ils n'ont pas de recul sur l'efficacité de leur codage, et ils souhaiteraient être mieux formés sur le sujet. Quant aux conséquences de la VAP, malgré l'exemple difficile de la T2A en MCO, les psychiatres pensent qu'elles entraîneront à la fois une

valorisation des services de psychiatrie par rapport aux autres services de médecine somatique, mais aussi un renforcement de la psychiatrie des CH par rapport à celle des EPSM. Ils espèrent en effet que, lorsque les règles de financement seront communes, la productivité de leurs services permettra de récolter plus de moyens qui pourront ensuite être réinvestis dans le développement de leurs activités.

L'avant dernier point discuté avec les psychiatres concerne les relations qui existent entre les différents services de psychiatrie publique du Littoral. De nombreuses relations ont été tissées, qui sont plus ou moins formelles, plus ou moins importantes, et qui vont du remplacement d'un PH pendant ses vacances à la mise à disposition de temps médical pour une structure intersectorielle territoriale. Ces relations confraternelles font l'objet de différentes conventions, mais elles ne suivent pas une stratégie précise de collaboration entre établissements. Par contre, de l'avis général, un dialogue utile et instructif a été instauré entre les psychiatres du Littoral au travers de la commission psychiatrie de la conférence sanitaire de territoire, qui permet à chaque chef de service de connaître toutes les problématiques rencontrées par les secteurs de psychiatrie, ainsi que leurs projets en temps réel.

Pour conclure ce chapitre, voici maintenant la réaction des psychiatres interrogés sur la possibilité d'un regroupement administratif des secteurs de psychiatrie du Littoral, aboutissant à une gestion commune de type EPSM de ces secteurs. Cette possibilité a suscité chez eux un vif intérêt, tout en levant un certain nombre de doutes et d'interrogations. Les aspects positifs et négatifs qu'ils imaginent de cette réorganisation sont détaillés ci-dessous.

Tout d'abord, il faut rappeler qu'à plusieurs occasions, les avantages des EPSM sur les hôpitaux généraux ont été soulevés :

- les EPSM sont plus attractifs que les CH et parviennent plus facilement à recruter du personnel ;
- les besoins et les moyens financiers sont analysés au sein d'une gestion commune entièrement consacrée à la psychiatrie ;
- les instances représentatives de l'établissement se préoccupent uniquement du bon développement de la psychiatrie.

Les psychiatres des CH du Littoral aimeraient bénéficier de ces avantages au travers d'un regroupement administratif de leurs secteurs. Ils pensent de plus qu'un tel regroupement pourrait mieux les défendre face aux grands EPSM existants, leur obtenir plus facilement des avantages tels que la prime sectorielle, et attirer des internes dans leurs services. Néanmoins, ils ne veulent pas réintégrer l'un des grands EPSM de la région, à cause de l'image encore trop négative de ces derniers dans la population, et du fait du prochain



passage à la VAP. Ils sont par contre favorables à un éventuel regroupement sous la direction de l'EPSM de Camiers, car cet établissement leur est proche et travaille déjà avec eux sur certains partenariats.

Mais si les psychiatres des CH reconnaissent sur ces points l'intérêt d'un projet de gestion commune des secteurs du Littoral et apprécient la dynamique novatrice que cela provoquerait, ils posent également certaines conditions à ce projet :

- les secteurs doivent être conservés avec leurs structures existantes, afin de maintenir une offre de proximité pour la population ;
- les liens avec l'hôpital général, et notamment les activités de liaison aux urgences et dans les services de médecine somatique doivent être préservés ;
- le regroupement des secteurs, et donc la mutualisation des moyens, ne doit pas provoquer pour le personnel des déplacements extrêmement contraignants du fait de l'éloignement géographique des différents services du Littoral.

De plus, les psychiatres ne pensent pas qu'un simple regroupement puisse résoudre leurs problèmes à court terme, car il s'agit ici de regrouper des secteurs qui manquent tous de personnel médical et paramédical, or la mutualisation ne créera pas spontanément ce genre de richesses. Sans moyens supplémentaires, ce projet serait voué à l'échec.

Au total, compte tenu des avantages espérés et des inconvénients redoutés d'un tel projet, les psychiatres concernés sauf un se sont montrés favorables à un regroupement administratif des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile du Littoral, sous une administration commune qui pourrait être celle de l'EPSM de Camiers.

#### **2.1.4 Un rappel des besoins des patients par les associations**

Les avis des usagers et familles d'usagers ont été recueillis via les membres d'associations qui les représentent. Leurs opinions sont assez contrastées sur la forme que devrait prendre l'organisation de la psychiatrie sur le Littoral du Nord-Pas-de-Calais.

Ainsi, certaines personnes insistent sur l'importance d'une offre de soins de proximité, capable de répondre aux urgences, telle que celle proposée par les hôpitaux généraux. D'autres démontrent l'intérêt d'une prise en charge spécialisée, notamment des patients chroniques, qui se fait plus facilement dans un EPSM.

Par ailleurs, l'éloignement géographique des patients et de leurs familles n'est pas toujours ressenti de manière pénible, car la qualité des soins dispensés entre également en ligne de compte pour juger de la distance à parcourir pour obtenir ces soins.

Enfin, le déséquilibre de l'offre de soins en faveur de la Métropole lilloise est reconnu, mais il n'est pas forcément critiqué puisqu'il correspond la répartition de la population dans la région, et que les moyens de transport pour se rendre à Lille sont nombreux.

Au total, les avis sont partagés sur l'intérêt d'un regroupement administratif des secteurs du Littoral actuellement gérés par les CH, et qui aboutirait à une gestion de type EPSM. Ceux qui y sont favorables espèrent avant tout une amélioration de l'offre de soins grâce à un recrutement plus facile des psychiatres. Ceux qui y sont défavorables pensent pour leur part que les moyens seraient plus utilement employés directement dans les CH pour améliorer l'offre de soins. Dans ce contexte, aucune conclusion ne peut être portée sur l'intérêt des patients quant à une réorganisation de la psychiatrie sur le Littoral. Par contre, les points qui semblent essentiels aux patients pour l'organisation de la psychiatrie en général peuvent être rappelés :

- 1) Il faut faire des efforts pour que la psychiatrie soit moins stigmatisée. Les EPSM gardent encore l'image ancienne des asiles et de la folie (bien que cette image s'atténue), et l'hospitalisation sous contrainte continue de colporter une mauvaise réputation de la psychiatrie. Pour lutter contre cette stigmatisation, il faut poursuivre la délocalisation des gros établissements pour les transformer en structures locales, et développer une psychiatrie de proximité, capable de recevoir les urgences et de dialoguer avec la médecine générale. Il faut également des structures plus rares mais spécialisées, capables de prendre en charge des patients difficiles au long cours.
- 2) Les locaux de la psychiatrie doivent être adaptés aux patients. Il ne faut pas que le service de psychiatrie se retrouve au milieu d'un hôpital général. Au contraire, il faut qu'il soit dans des structures ouvertes sur des espaces agréables, et surtout il faut séparer le secteur ouvert du secteur fermé : seules les hospitalisations d'office et sous contrainte donnent lieu à un enfermement ; les autres patients sont libres d'aller et venir.
- 3) Le secteur a une importance toute relative dans l'organisation de la psychiatrie. Pour les médecins, il permet de répartir les moyens et de garantir une offre de soins proche de la population. Mais pour les patients, le choix doit être possible. En effet, certains secteurs peuvent présenter une qualité des soins meilleure que d'autres, et les patients doivent pouvoir les privilégier. La qualité des soins dispensés (dont le patient est ici le seul juge) n'est pas la même selon les secteurs, bien qu'elle le devrait, et en aucun cas le secteur ne doit servir de couverture à un établissement dont la qualité des soins serait jugée insuffisante par les patients.

- 4) La qualité des soins dispensés en psychiatrie passe par la motivation du personnel soignant, par les activités proposées aux patients et par les liens tissés avec les associations pour préparer la sortie. La médication ne fait pas tout, et les relations humaines doivent être privilégiée dans les services de psychiatrie comme dans les alternatives à l'hospitalisation (le patient ne doit pas se retrouver seul).
  
- 5) L'entourage du patient par un personnel nombreux est capital, même si cela coûte cher, car la qualité des soins prime sur la dépense du point de vue du patient. Ce personnel doit être formé à la spécialité (et dans ce sens, il est regrettable que la spécialisation des infirmiers en psychiatrie ait disparue), mais il n'a pas besoin d'être qualifié au-delà de sa tâche. Pour soutenir la démographie médicale tout en soignant efficacement les patients, un effort devrait être fait pour qu'il y ait dans les services de psychiatrie plus d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs et d'animateurs.

La conclusion de cet exposé montre que, pour les patients et leurs familles, la qualité des soins est primordiale, quelle que soit l'organisation choisie. Il n'y aurait donc pas d'opposition à une réorganisation de la psychiatrie sur le Littoral (il y aurait même pour certains adhésion), mais des points essentiels doivent être assurés, comme la proximité des soins, un personnel soignant suffisamment nombreux et l'adaptation des locaux aux besoins des patients.

#### **2.1.5 L'avis objectif d'un expert : la MNASM**

L'entretien réalisé avec la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale s'est déroulé au tout début de l'étude, avant un recueil approfondi des données, afin de dégager des axes de recherche pertinents à explorer. A ce moment-là, seule la commande du groupe technique de psychiatrie de l'ARH était disponible. Les résultats de cet entretien sont cependant placés en fin de rapport, pour que les idées alors émises soient confrontées avec les données effectivement recueillies, et que cette confrontation donne lieu à discussion, avant de répondre aux hypothèses de travail et de conclure.

**Note :**

Les données contenues dans ce rapport sont celles qui ont été exploitées jusqu'au 18 juillet 2008, date à laquelle le mémoire professionnel de formation devait être remis à l'EHESP. Après cette date, il est prévu de demander un nouvel avis de la MNASM sur les conclusions du rapport, puis une présentation de l'ensemble des données sera faite au directeur de l'ARH en septembre 2008. Les résultats de ce suivi seront exposés au jury de la soutenance du mémoire fin septembre 2008. Ils seront accompagnés des résultats d'un autre rapport, fait par une étudiante en droit stagiaire à la DRASS de Lille, qui a travaillé sur les aspects juridiques d'un regroupement des secteurs de psychiatrie gérés par des hôpitaux généraux sur un territoire donné. Enfin, ces deux rapports complémentaires seront présentés devant la commission psychiatrie de la conférence sanitaire de territoire du Littoral en octobre 2008, pour faire l'objet d'une discussion entre les acteurs concernés.

Les recommandations de la MNASM faites au début de l'étude sont les suivantes :

- faire un état des lieux et un bilan des enjeux de la psychiatrie sur le Littoral Nord-Pas-de-Calais ;
- définir quels sont les objectifs d'une réorganisation de la psychiatrie sur le territoire ;
- discuter les différentes alternatives qui s'offrent dans l'optique d'une réorganisation ;
- préciser quels sont les effets positifs attendus d'un regroupement de secteurs ;
- prévoir les effets négatifs possibles d'un regroupement de secteurs.

En premier lieu, la MNASM a demandé un état des lieux le plus complet possible de la psychiatrie dans le Nord-Pas-de-Calais en général, et sur le Littoral en particulier. Elle a insisté sur l'importance de faire ressortir des données objectives sur la démographie médicale et paramédicale, les budgets des établissements (y compris les EPSM), la capacité d'accueil des secteurs et l'activité des services. Ces données objectives constituent le socle, le consensus préalable à toute discussion. Il est en effet nécessaire d'analyser le dispositif avant de s'entretenir sur son éventuelle réorganisation, afin de dégager plusieurs alternatives dont l'une pourra être retenue en conclusion.

Les données recueillies ont été rapportées à la population afin de pouvoir faire des comparaisons entre les hôpitaux généraux et les EPSM. En pratique, ces données ont été exposées dans la première partie de ce rapport, et ont permis de dégager les forces et les faiblesses des différents établissements.

Par ailleurs, la MNASM a proposé de faire ressortir les enjeux de la psychiatrie sur le Littoral. Elle prévoyait que le problème majeur des secteurs étudiés serait une démographie médicale faible, et que les réponses apportées à ce problème seraient une promotion de l'offre ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète, ou alors un

soutien des psychiatres par un personnel non psychiatre. L'analyse des données administratives et surtout les entretiens avec les professionnels de santé ont confirmé cette vision.

Un autre enjeu évoqué par la MNASM portait sur la comparaison entre EPSM et hôpitaux généraux. Pendant un certain temps, l'organisation en EPSM a été préférée par les représentants des professionnels de santé, mais la tendance s'est ensuite inversée pour valoriser la notion de proximité des soins en psychiatrie. Ce trait apparaît en effet nettement en entretien. Toutefois, les petits centres s'avèrent aujourd'hui plus fragiles que les grands ensembles, et les autorités sanitaires se montrent favorables à un retour à une forme d'asile départemental, comme en témoigne cette étude. L'enjeu était donc de connaître le positionnement des psychiatres des CH, et il s'avère qu'ils sont presque tous favorables à une gestion administrative commune de type EPSM de leurs secteurs.

L'enjeu suivant était délicat à analyser mais d'une grande importance pour la MNASM : il fallait savoir quelles étaient les pratiques professionnelles des psychiatres dans leur secteur. En effet, dans le cadre d'un regroupement voire d'une mutualisation, il paraissait totalement aléatoire de faire collaborer des praticiens dont les conceptions du métier étaient trop éloignées les unes des autres. Cet enjeu a été peu abordé en entretien, car l'idée n'était pas de faire travailler les services ensemble, mais plutôt de les mettre sous une seule administration. Toutefois, il est ressorti des entretiens une différence profonde de pratiques professionnelles entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile 62I01 d'une part, et 62I08-62I02 d'autre part. Cette différence est revendiquée des deux côtés, et ne permet pas d'envisager une collaboration productive entre ces secteurs.

Le dernier enjeu soulevé était plus spécifique au Littoral. Il s'agissait de la configuration géographique particulière du territoire, avec de grands axes routiers principalement nord-sud, plus rarement est-ouest, qui limite les possibilités de mutualisation. Notamment, les secteurs sont particulièrement éloignés des EPSM les plus proches (Bailleul et Saint Venant), qui pourtant pourraient leur venir en aide en cas de difficultés insurmontables. Mais les distances à parcourir pour obtenir des soins nuiraient alors à la qualité des soins.

En deuxième lieu, la MNASM a insisté sur la nécessité de définir précisément les objectifs d'une réorganisation de la psychiatrie. La volonté initiale du groupe technique de psychiatrie de l'ARH était d'étudier la possibilité de sécuriser les crédits accordés aux CH pour la psychiatrie, grâce à une gestion commune de ces crédits par une administration unique. Cet objectif n'a pas paru en l'état suffisamment pertinent à la MNASM.

En fait, la question de la sécurisation des crédits accordés pour la psychiatrie aux CH relève d'une inquiétude propre à l'ARH, qui n'a pas de vision claire du devenir de ces crédits. L'ARH peut éventuellement analyser les comptes de l'établissement *a posteriori*, mais le directeur d'hôpital garde seul la maîtrise de ses choix budgétaires. Les entretiens

ont toutefois montrés que les psychiatres eux aussi ne savaient pas comment étaient utilisés ces crédits, et nourrissaient quelques inquiétudes à ce sujet. Mais selon la MNASM, cette question n'était pas assez grave pour envisager toute une réorganisation des secteurs du Littoral ; et démarrer une grande réflexion avec les professionnels de santé et les directions d'hôpital sur des inquiétudes financières ne lui semblait pas assez fédérateur. En effet, tous les doutes pouvaient être levés par une simple comptabilité analytique. En outre, les crédits exceptionnels fléchés, spécifiquement dédiés à la psychiatrie, ne représentaient qu'une très petite part du budget de fonctionnement accordé aux CH pour la psychiatrie, et les dépenses envisagées pour les sécuriser n'en valaient sans doute pas le coût. L'analyse des comptes administratifs retraités des CH du Littoral a donné raison sur ce point à la MNASM.

L'objectif de l'étude a donc été élargi, et la réorganisation des secteurs du Littoral a été envisagée pour mieux répondre à toutes les difficultés de la psychiatrie publique, afin qu'elle rattrape son retard sur les autres territoires. Pour la MNASM, une restructuration forte du dispositif pouvait alors passer par une gestion commune des secteurs, ce qui correspondait dans le cas du Littoral au rattachement des secteurs à un EPSM comme celui de Camiers. Mais elle a précisé qu'un rattachement à un EPSM n'était une réponse ni nécessaire ni suffisante pour répondre en soi à un objectif aussi vaste. Les entretiens ont montré que c'était en l'occurrence la réponse la plus fédératrice pour les professionnels de santé concernés.

En troisième lieu, la MNASM a souhaité que toutes les alternatives à la réorganisation soient discutées. En effet, parler autour d'une seule proposition entraînerait un positionnement des personnes interrogées pour ou contre celle-ci, alors que discuter de plusieurs alternatives pouvait faire émerger un consensus autour de l'une d'elles. Les différentes idées retenues par la MNASM étaient les suivantes :

- 1) Créer *de novo* une administration commune de type EPSM des secteurs du Littoral. Cette idée était à l'origine celle du groupe technique de psychiatrie de l'ARH. Elle excluait de fait les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile gérés par l'EPSM de Camiers. Elle répondait typiquement à la question de la sécurisation des moyens. Elle s'est par la suite avérée être extrêmement compliquée à mettre en œuvre (questions politiques, juridiques et économiques entrant en ligne de compte), c'est pourquoi elle a été rapidement abandonnée.
- 2) Rattacher les secteurs étudiés à des EPSM existants. La MNASM jugeait cette idée très intéressante, et l'a déclinée de plusieurs manières :
  - Un rattachement aux EPSM historiques (Bailleul et Saint Venant) semblait judicieux, car ce sont ces établissements qui possèdent le plus de moyens.

Mais les entretiens ont montré que les psychiatres étaient opposés à cette hypothèse.

- Un rattachement à l'EPSM de Camiers semblait également intéressant, car cela respectait la logique de territoire du Littoral. Les psychiatres se sont montrés très intéressés par cette hypothèse, et c'est celle qui a été retenue dans la conclusion de ce rapport.
- 3) Créer une administration commune hospitalière en désignant un site référent et des sites périphériques. De cette manière, la psychiatrie reste bien attachée à un hôpital général. Toute la difficulté réside dans la désignation du site référent, et il est certain qu'aucun consensus ne serait obtenu facilement ni des professionnels de santé, ni des directions d'hôpital. Cette idée n'a toutefois pas été évoquée en entretien et pourrait être débattue dans les suites de ce rapport.
  - 4) Favoriser la coopération entre les hôpitaux généraux avec une régulation par un syndicat interhospitalier. La coopération entre établissements est apparue au travers des entretiens comme étant assez peu fédératrice, dépendante de la bonne volonté de chacun et ayant un impact assez limité sur les problèmes des services de psychiatrie. L'idée du syndicat interhospitalier pourrait cependant être à nouveau débattue par la suite.
  - 5) Utiliser les ressources des EPSM de Bailleul et Saint Venant pour le Littoral. Cette utilisation peut prendre deux formes :
    - transfert de crédits des EPSM vers les CH. Les directions d'hôpital général sont bien sûr très favorables à cette idée, et réclament son application depuis longtemps. Les professionnels de santé souhaitent également une meilleure répartition des moyens entre EPSM et CH. La décision revient à l'ARH, qui doit prendre aussi en compte le point de vue des EPSM.
    - intervention des équipes des EPSM pour les secteurs du Littoral. Le champ d'intervention devrait être précisé. Toutefois, les acteurs des hôpitaux généraux demandent que les EPSM prennent plus facilement en charge leurs patients difficiles, nécessitant des soins constants et qui n'ont pas leur place dans les services des CH.
  - 6) Créer une unité territoriale pour les patients actuellement hébergés de manière inadéquate dans les services de psychiatrie. En regroupant ces patients dans une unité spécialisée, des lits sont libérés dans les services de psychiatrie. Cette idée trouve sa concrétisation dans la SAAS de Camiers. Les effets de l'ouverture de la SAAS devraient être bientôt visibles, toutefois certains services craignent que cette structure soit trop petite pour répondre à tous les problèmes d'inadéquation existants.

- 7) Mettre des moyens en commun pour une équipe mobile de psychiatrie. Cette idée n'a pas été débattue en entretien. Il faudrait préciser les besoins auxquels cette équipe pourrait répondre, mais l'obstacle principal réside dans la difficulté à se déplacer sur l'ensemble des secteurs du Littoral, du fait des contraintes géographiques. Par ailleurs, la MNASM précise que la mise en commun de moyens pour ce genre de réalisation est souvent mal vécue.

Le nombre d'alternatives à la réorganisation est donc élevé, mais au total peu d'idées ressortent comme étant à la fois fédératrices et capables de résoudre les difficultés de la psychiatrie du Littoral.

L'idée retenue est finalement celle d'un regroupement administratif des secteurs de psychiatrie du Littoral actuellement gérés par un hôpital général. Les effets positifs et négatifs attendus d'une telle réorganisation ont été évoqués avec la MNASM. Parmi les points positifs, se trouvent ceux-ci :

- la mise en commun des ressources permet de mieux faire face aux difficultés à venir ;
- un regroupement des secteurs permet de mieux défendre leurs intérêts ;
- les problématiques intersectorielles pourront être résolues plus facilement ;
- la régulation de l'offre de soins au niveau d'un territoire est plus efficace que la régulation de plusieurs secteurs isolés.

Les points négatifs de la réorganisation étaient les suivants :

- il faut prendre garde à ne pas simplement regrouper des secteurs déjà tous défavorisés : outre l'injustice d'une telle mesure, elle risquerait d'aboutir à un échec ;
- l'élargissement d'un EPSM permet de régler la question du suivi des crédits, mais ne règle en rien celle de la mutualisation des moyens.

Enfin la question se pose de l'impact d'un EPSM du Littoral sur la population.

Les conclusions définitives de la MNASM sur l'intérêt d'une réorganisation de la psychiatrie publique du Littoral seront fournies lors des suites données à ce rapport.



## **2.2 La réponse aux hypothèses de travail**

Avant de conclure ce rapport, une réponse synthétique reprenant les principales données présentées jusqu'ici est apportée aux hypothèses de travail qui ont été émises en introduction.

### **2.2.1 Une réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie sur le Littoral correspond aux attentes de la plupart des professionnels de santé**

Les différentes sources de données administratives exploitées dans cette étude se sont montrées concordantes, et aboutissent à un constat partagé par tous : les indicateurs de la psychiatrie du Littoral sont en retard par rapport aux indicateurs régionaux, qui sont eux-mêmes en retard par rapport aux indicateurs nationaux. Ce retard se mesure en termes de moyens (équipements, personnel) et de résultats (activité). Il est la conséquence d'une évolution historique qui s'est montrée défavorable pour le Littoral, mais tient aussi à des facteurs d'organisation interne de la psychiatrie. En effet, les EPSM se révèlent plus résistants que les hôpitaux généraux pour lutter contre les difficultés rencontrées par la psychiatrie, ces difficultés étant essentiellement dues à la pénurie de médecins psychiatres. Dans le Nord-Pas-de-Calais, ce sont effectivement les secteurs gérés par les hôpitaux généraux qui sont dans les situations les plus précaires, tandis que les EPSM, y compris les petits établissements comme celui de Camiers, parviennent à afficher de meilleures performances.

Cette situation préoccupe beaucoup les acteurs de santé du Littoral, ainsi que les autorités sanitaires de la région qui sont confrontées à des problèmes similaires dans d'autres territoires. Sur le Littoral, six des seize secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile sont gérés par des hôpitaux généraux. Dans ces secteurs, les médecins psychiatres ne restent sur place que parce qu'ils ont une haute opinion du service public, et parce qu'ils apprécient d'une certaine manière le défi qu'ils ont à relever, celui de fournir une offre de soins de qualité malgré les contraintes imposées. Mais ils savent que la situation est plus facile ailleurs, et ils craignent que la leur ne fasse qu'empirer. Sur le plan de la démographie médicale, toutes les projections leur donnent malheureusement raison. Et l'augmentation de l'offre privée sur le territoire ne fait que renforcer leurs craintes. C'est pourquoi, lors de cette enquête, ils ont exprimé leur approbation de voir changer l'organisation de la psychiatrie sur le Littoral.

Les attentes des acteurs de santé sur une nouvelle organisation de l'offre de soins sont multiples, et ils espèrent qu'elle atteindra au moins les objectifs suivants :

- permettre un recrutement plus facile des psychiatres et des internes sur le Littoral,
- augmenter les moyens des services,
- valoriser la psychiatrie par rapport aux autres services de médecine.

Au-delà de ces attentes pragmatiques, les psychiatres espèrent surtout qu'une réorganisation ambitieuse de l'offre de soins en psychiatrie impulsera une dynamique nouvelle sur le territoire, capable d'améliorer l'image de leurs secteurs et de permettre enfin au Littoral de rattraper son retard sur la région.

### **2.2.2 La forme privilégiée de la réorganisation est un regroupement administratif des secteurs actuellement gérés par les hôpitaux généraux**

Dès le commencement de cette étude, l'idée qui recueillait le plus les faveurs de l'ARH était celle d'un regroupement administratif des secteurs de psychiatrie du Littoral actuellement gérés par des hôpitaux généraux. Outre l'aspect de clarification budgétaire que cela entraînait, le projet présentait l'avantage d'être adaptable à d'autres territoires. Il était donc important de promouvoir une idée qui puisse ensuite être portée par le décideur responsable de l'organisation des soins.

Une fois confrontée à la réalité du terrain, l'idée a trouvé un certain écho parmi les professionnels de santé, car elle semblait pouvoir répondre aux difficultés qu'ils rencontrent. Une fois fait le tour de ce qui était acceptable et inacceptable par chacun, un consensus a émergé autour du projet suivant : le regroupement sous l'administration de l'EPSM de Camiers des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile de Calais, Boulogne et Montreuil, en garantissant le fonctionnement sectorisé des équipes en place. Ce consensus n'inclut pas pour autant les directions des CH concernés.

Ce regroupement de secteurs est une idée à la fois fédératrice et novatrice, bien qu'elle apparaisse de prime abord comme étant un retour en arrière, dans un contexte national qui tend à favoriser le rattachement des secteurs aux hôpitaux généraux. De fait, il s'agit bien de promouvoir la constitution d'un EPSM du Littoral.

Cette idée est fédératrice car la démographie médicale et la rareté relative des moyens actuels sont des obstacles à la dispersion de l'offre de soins en psychiatrie. Même si la notion de proximité des soins est importante, elle s'affronte à présent avec les notions de qualité des soins et de qualité de vie professionnelle. En psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, l'isolement fait fuir les professionnels de santé qui ont besoin d'échanger avec leurs confrères pour améliorer leurs pratiques. C'est pourquoi une organisation de type EPSM a recueilli les suffrages de la plupart des psychiatres du Littoral.

Cette idée est novatrice car il ne s'agit pas de concentrer les patients sur un même site qui serait celui de l'EPSM (ce type d'organisation nuit à l'image de la psychiatrie) ; il s'agit plutôt de garder les structures sectorisées déjà existantes, pour en confier l'administration à un seul établissement (celui de Camiers). Contrairement aux grands EPSM de la région qui continuent de délocaliser leurs structures, cet EPSM du Littoral posséderait déjà des services équitablement répartis sur ses secteurs, et pourrait cumuler à la fois les avantages d'une gestion unique consacrée à la psychiatrie, et ceux d'unités proches de la population et des hôpitaux généraux. En ce sens, cet EPSM serait avant-gardiste par rapport aux autres EPSM.

L'atout du Littoral était donc de posséder un petit EPSM à l'image positive qui pouvait assumer, sous réserve de lui en donner les moyens, l'administration des secteurs en difficulté. L'idée d'origine du groupe technique de l'ARH trouvait ainsi une possibilité d'être mise en pratique sur ce territoire. Il faut cependant remarquer que cette forme de réorganisation n'est pas adaptable telle quelle à d'autres territoires qui ne possèderaient pas d'EPSM pouvant être le support d'un regroupement.

### **2.2.3 Les difficultés principales à prévoir sont la réticence des directions des hôpitaux généraux face au projet et les conditions au regroupement émises par les professionnels de santé**

Une fois admise l'idée d'un regroupement des secteurs de psychiatrie du Littoral, surgissent les interrogations sur sa mise en pratique. Les obstacles et les options au projet doivent être recensés pour éclairer le choix d'un changement aux retombées complexes.

L'aspect financier du changement est un obstacle de taille, et c'est sur celui-ci que s'appuient les directions d'hôpital pour demander que les secteurs restent rattachés aux CH.

Dans l'absolu, le rattachement administratif des secteurs des CH à l'EPSM de Camiers relève d'une simple décision de l'ARH, qui accorderait alors ses crédits à l'EPSM élargi. En pratique, ce transfert porte sur 23 millions d'euros, soit plus de trois fois le budget actuel de l'IDAC (chiffres de 2006). Deux problèmes sont à considérer :

- l'administration de l'EPSM de Camiers n'est pas suffisante pour assumer la gestion de cet afflux de personnel, et des moyens supplémentaires lui sont nécessaires pour permettre de réaliser le changement ;
- le budget consacré à la psychiatrie par les CH de Calais, Boulogne et Montreuil s'élève en 2006 à 27 millions d'euros, soit 4 millions d'euros supplémentaires par rapport aux crédits accordés par l'ARH. Ce surplus

correspond *a priori* à des dépenses de fonctionnement et des investissements inclus dans le budget global des CH. Quel est le devenir de ce surplus si les CH n'ont plus la gestion des secteurs de psychiatrie ?

La question des locaux se pose ensuite : les bâtiments doivent-ils faire l'objet d'un transfert comme les crédits, ou bien doivent-ils rester dans le patrimoine des CH et être loués par l'EPSM ? Par chance, la plupart des locaux actuellement utilisés par la psychiatrie sont bien distincts de ceux des CH. Qu'ils soient rachetés ou loués, leur changement d'administration ne posera pas de problème majeur à la poursuite des activités des services de psychiatrie.

Beaucoup d'autres questions techniques se posent dans la foulée de ces interrogations, comme celle des investissements en cours, celle de la délivrance de services assurés par des structures communes au CH (lingerie, pharmacie, restauration), etc. La résolution de ces questions est étudiée en partie dans un autre rapport en cours de rédaction à la DRASS Nord-Pas-de-Calais, qui s'intéresse aux aspects juridiques d'un regroupement de secteurs de psychiatrie gérés par des hôpitaux généraux, et qui paraîtra en août 2008.

Si le regroupement des secteurs du Littoral est effectivement décidé, l'ARH devra apporter une réponse claire à l'ensemble de ces questions aux directions des CH, car ces dernières ne sont pas favorables à un projet qui les ampute d'une partie de leur activité. Par ailleurs, pour garder l'adhésion des psychiatres au projet, l'ARH devra également leur garantir certains points qui ont déjà été évoqués plus haut, et qui sont rapidement repris ici :

- préserver les liens entre la psychiatrie et la médecine somatique (en pratique, établir des conventions entre l'EPSM élargi et les CH du Littoral),
- garantir la proximité des soins au travers d'une offre sectorisée (c'est-à-dire préserver le fonctionnement des équipes actuelles),
- ne pas mutualiser des moyens qui sont en l'état insuffisants (ou encore, réfléchir sur une mutualisation des projets à venir, et non sur l'activité en cours).

Si ces points sont respectés, les professionnels de santé sont prêts à s'engager dans une restructuration forte de l'offre de soins en psychiatrie sur le Littoral.

## Conclusion

L'offre de soins en psychiatrie a beaucoup évolué en France depuis les années 1960, répondant à des besoins de plus en plus importants, et quittant les grands hôpitaux psychiatriques pour se rapprocher de la population. Les efforts d'amélioration du système doivent être poursuivis ; cependant les moyens actuels sont contraints, notamment en personnel, avec une diminution prévisible des effectifs médicaux.

Dans ce contexte, il était intéressant pour un MISP de se pencher sur les problématiques d'un territoire en difficulté, et de répondre à une volonté de l'ARH d'améliorer l'organisation de l'offre de psychiatrie sur ce territoire, afin de la rendre plus efficiente.

Le territoire Littoral du Nord-Pas-de-Calais a été choisi car il présente des indicateurs défavorables en termes de personnel, d'équipements et d'activité, dans une région qui est elle-même en retard par rapport au reste de la France. Par ailleurs, les secteurs de psychiatrie du Littoral sont organisés de deux façons différentes, soit rattachés à un hôpital général, soit gérés par un EPSM. Ces deux organisations pouvaient être comparées pour en dégager les avantages et les inconvénients respectifs. Enfin, les acteurs de santé du territoire étaient en attente d'une aide des autorités sanitaires pour améliorer les conditions de fonctionnement de leurs services.

Après une analyse des données fournies par les établissements, il s'est avéré que les secteurs de psychiatrie gérés par les hôpitaux généraux étaient en plus grande difficulté que ceux gérés par les EPSM. Des entretiens ont été réalisés avec les directions et les psychiatres des hôpitaux concernés, afin de déterminer les causes de ce déséquilibre et d'imaginer des solutions pour y remédier. Les attentes qui sont le plus souvent ressorties de ces entretiens sont les suivantes :

- une meilleure répartition des moyens entre les EPSM et les CH,
- une meilleure répartition des internes sur la région,
- l'aide des autorités sanitaires pour favoriser la collaboration entre les offres publiques et privées.

Les directions et les médecins espèrent également que la valorisation à l'activité en psychiatrie leur sera bénéfique. Par contre, les psychiatres des CH souhaiteraient que leur discipline soit mieux écoutée au sein des hôpitaux généraux, et ils se sont montrés intéressés par une réorganisation de la psychiatrie sur le territoire.

La forme de réorganisation qui a le plus fédéré les avis (ceux des psychiatres, ceux des autorités sanitaires et en partie ceux des usagers et famille d'usagers) propose de regrouper sous une administration commune les secteurs de psychiatrie générale et

infanto-juvénile du Littoral actuellement gérés par des hôpitaux généraux. Cette administration commune pourrait être assumée par l'institut Calmette à Camiers, un EPSM qui gère pour l'instant deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce projet correspondrait de fait à l'instauration d'un EPSM du Littoral.

Les effets positifs attendus du projet sont les suivants :

- permettre un recrutement plus facile du personnel médical sur le Littoral,
- recueillir plus facilement des moyens pour les services de psychiatrie,
- valoriser la psychiatrie du Littoral par rapport à la médecine somatique, et par rapport aux autres secteurs de psychiatrie de la région.

Néanmoins, les professionnels de santé souhaitent que certaines conditions d'exercice leur soient garanties, et pour garder leur adhésion au projet, il faudra veiller à :

- préserver les liens avec les services de médecine somatique des CH,
- garantir la proximité des soins au travers d'une offre sectorisée,
- ne pas mutualiser des moyens qui sont en l'état insuffisants.

Les conditions techniques d'un tel regroupement de secteurs sont étudiées dans un autre rapport, mais une réponse claire devra être apportée sur les moyens à fournir pour rendre le projet réalisable. Si la réorganisation de la psychiatrie du Littoral était finalement décidée par le directeur de l'ARH, des arbitrages devront être faits pour régler les problèmes financiers et matériels qui ne manqueront pas de surgir.

Comme le soulignaient les usagers interrogés et les experts de la MNASM, le regroupement des secteurs du Littoral n'est pas forcément nécessaire, ni la seule solution pour améliorer la qualité des soins de psychiatrie sur le territoire. Ainsi, les moyens des CH pourraient être directement augmentés dans ce but.

Cependant, tout le monde reconnaît le côté à la fois fédérateur et novateur d'un projet de regroupement des secteurs du Littoral. Les psychiatres espèrent que ce projet ambitieux impulsera une dynamique réellement favorable au territoire, capable de lui faire rattraper son retard sur le reste de la région. Par ailleurs, si la sectorisation des équipements est maintenue comme les psychiatres le réclament, l'EPSM du Littoral pourrait être la synthèse originale des avantages d'un EPSM (gestion unique de la psychiatrie) et d'un hôpital général (proximité des soins), première expérience de ce genre dans un contexte où la rareté relative des moyens est défavorable aux petites structures isolées.

---

## Sources et bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires

#### Lois :

**Loi n°2002-303 du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

**Loi n°90-527 du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, modifiant la loi du 30 juin 1838.

**Loi de finances de 1986, article 79**, prévoyant que les dépenses de lutte contre les maladies mentales exposées au titre de l'article L 326 du Code de la Santé Publique sont à la charge de l'assurance maladie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1986.

**Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985** relative à la sectorisation psychiatrique.

**Loi n°85-772 du 25 juillet 1985** relative à la sectorisation psychiatrique.

**Loi du 3 janvier 1968** portant réforme du droit des incapables majeurs.

#### Décrets :

**Décret n°86/602 du 14 mars 1986** relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

#### Arrêtés :

**Arrêté du 14 Mars 1986** relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

**Arrêté du 14 mars 1972** portant sur les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

## **Circulaires :**

**Circulaire N° DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA/2006/149 d u 30 mars 2006** relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

**Circulaire DHOS/O2/F2/E4 N° 2005-565 du 20 décembre 2005** relative à la mise en œuvre du volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale.

**Circulaire DHOS/F4/2005/351 du 25 juillet 2005** relative au nouveau régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement financés par dotation globale

**Circulaire du 14 mars 1990** relative aux orientations de la politique de Santé Mentale.

**Circulaire n°57-80 du 21 décembre 1987** : guide de planification en Santé Mentale.

**Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979** relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

**Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974** relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

**Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974** relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

**Circulaire n°443 du 16 mars 1972** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.

**Circulaire du 15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

## **Ouvrages et articles**

### **Documentation de la MNASM :**

(octobre 2008) « Le CMP unique ordonnateur des soins. Le CMP pivot du secteur ? » *La lettre de la MNASM, Pluriels n°68.*



(février 2007) « Les hébergements des patients psychiatriques. Réflexion à partir des expériences en Ile-de-France », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°65*.

(janvier 2007) « Psychiatrie et handicap : entre sanitaire et médico-social », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°64*.

(décembre 2006) « Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°63*.

(octobre 2006) « Des opérations d'investissement pour la psychiatrie : pour quels soins ? Où et comment ? » *La lettre de la MNASM, Pluriels n°61*.

(juillet 2006) « Territorialité et santé mentale », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°60*.

(juin 2006) « La démographie médicale en psychiatrie », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°59*.

(avril 2006) « Les enjeux de la nouvelle gouvernance », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°57*.

(mai-juin 2005) « Des structures aux services », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°52/53*.

(avril 2005) « Compte rendu d'activité de la MNASM ».

(janvier 2004) « Le rapport d'étape de la mission Cléry-Melin/Pascal/Kovess », *la lettre de la MNASM, Pluriels n°41*.

### **Documentation de la DREES :**

Coldefy, Lepage, novembre 2007, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », *DREES Série Etudes n°70*.

Dumontaux, Le Rhun, Legendre, Villeret, juin 2007, « Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005 », *DREES Etudes et résultats n°576*.

Alluard, Coldefy, février 2005, « Atlas régional de psychiatrie infanto-juvénile ; disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *DREES Série Statistiques n°76*.

Alluard, Coldefy, février 2005, « Atlas régional de psychiatrie générale : disparités de l'offre et des territoires d'intervention », *DREES Série Statistiques n°75*.

Coldefy, Salines, octobre 2004, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », *DREES Etudes et résultats n°342*.

Coldefy, Salines, septembre 2004, « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités », *DREES Etudes et résultats n°341*.

Coldefy, Bousquet, Rotbart, mars 2002, « Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 », *DREES Etudes et résultats n°163*.

Guilmin, juin 2000, « Bilan de sectorisation psychiatrique », *DREES Série Statistiques n°2*.

Guilmin, Boisguérin, Parayre, janvier 2000, « L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? » *DREES Etudes et résultats n°48*.

« La prise en charge de la santé mentale », *Recueil d'études statistiques, DREES*.

## **Rapports et conférences**

Leguay D, « Le secteur de psychiatrie générale, fonctionnement et questionnements dans la société actuelle », présentation power-point, Angers, ENM 2007.

ARH Nord-Pas-de-Calais, « Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011 ».

CRAM Nord-Picardie, « Psychiatrie : Bilan des moyens existants dans les établissements sectorisés au 31 décembre 2006 », document de travail.

CRAM Nord-Picardie, « Données relatives aux établissements privés ou PSPH non sectorisés au 31 décembre 2006 », document de travail.

Gautier, Morizo'o, Véron, Ginésy, Belheur, Grossier, octobre 2006, « L'hospitalisation et l'organisation des soins en France », rapport DHOS.

CRAM Nord-Picardie, « Psychiatrie : Bilan des moyens existants dans les établissements sectorisés au 31 décembre 2005 », document de travail.

P Clery-Melin, V Kovess, J-C Pascal, rapport du 15 septembre 2003, « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale ».

Dr Roelandt, rapport du 12 avril 2002, « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité ».

Dr Piel Et Roelandt, juillet 2001, « De la psychiatrie vers la santé mentale », rapport de Mission.

Joly, juillet 1997, « Prévention et soins des maladies mentales », Conseil économique et social.

### **Sites internet exploités :**

Goldfarb, Baudouin, Etienne, Tesson, actualisée par Boraud, Le Moing, « Histoire de la psychiatrie », site internet du CH Charcot (Caudan).

Site de la SAE.

Site STATISS.

Site de l'Assurance maladie (ameli.fr).

Site de la DRASS Nord-Pas-de-Calais.

Site de l'ARH (parhtage).

---

## Liste des annexes

---

I : grille d'entretien pour un directeur d'hôpital

II : grille d'entretien pour un psychiatre

# I : grille d'entretien pour un directeur d'hôpital

## Partie 1

*Cette partie de l'entretien a pour objectif de resituer la place de la psychiatrie au sein de l'hôpital.*

Comment la gestion de la psychiatrie est-elle organisée dans la gestion globale de l'établissement ? Quelles sont les particularités de la gestion de la psychiatrie par rapport aux autres activités médicales ?

Quelle est la part du budget de l'hôpital allouée à la psychiatrie ?

Quelle est la part du personnel affectée à la psychiatrie ?

Dans quelle mesure la gestion des autres activités médicales influe-t-elle sur la gestion de la psychiatrie (et inversement) ?

Quels sont les intérêts et les désavantages pour l'hôpital à gérer une équipe de psychiatrie en plus des autres activités médicales ?

## Partie 2

*Cette partie de l'entretien doit faire ressortir les éventuelles difficultés de la gestion de la psychiatrie dans l'hôpital (sans tenir compte des autres activités médicales).*

Quelles difficultés rencontrez-vous dans la gestion du service de psychiatrie de votre hôpital ?

Quelles sont les difficultés de gestion liées au personnel ? Quelles sont les difficultés de gestion liées aux locaux ? Quelles sont les difficultés de gestion liées aux budgets alloués à ce secteur ?

Quelles sont les difficultés liées aux relations avec la ville et le secteur social et médico-social ?

Quelles sont les difficultés liées à la codification annoncée des actes de psychiatrie ?

Quelles solutions vous imaginez-vous pour surmonter ces difficultés ?

## Partie 3

*Cette partie de l'entretien permettra de faire ressortir les solutions imaginées pour améliorer la gestion de la psychiatrie dans les secteurs gérés par l'hôpital.*

Comment imaginez-vous une meilleure gestion de l'offre de soins en psychiatrie dans votre (vos) secteur(s) (notamment sur le plan du fléchage des budgets alloués à la psychiatrie) ?

Quels sont les éventuels partenariats que vous souhaiteriez créer (ou qui sont déjà développés) ?

Quelle est l'aire géographique optimale de gestion de l'offre de soins en psychiatrie ?

Comment envisagez-vous l'avenir de la psychiatrie dans votre hôpital, notamment par rapport à la gestion du personnel (dans un contexte de pénurie de psychiatres) et à l'accroissement ressenti des besoins de la population locale ?

#### **Partie 4**

*Cette partie de l'entretien vise à obtenir l'avis de l'interlocuteur sur le projet du groupe technique.*

Dans quelle mesure une gestion séparée de la psychiatrie du reste des activités médicales est-elle intéressante (*dans l'hypothèse où ce n'est pas le cas, cf questions de la partie 1 ; même remarque pour les quatre questions suivantes*) ?

Quels sont les avantages d'une telle gestion ? Quels en sont les inconvénients ? Accepteriez-vous une gestion séparée de la psychiatrie du reste des activités médicales dans votre hôpital ? Sous quelles conditions ?

Dans quelle mesure une gestion commune de l'offre de soins en psychiatrie sur le territoire Littoral est-elle intéressante ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ? Accepteriez-vous une telle gestion ? Sous quelles conditions ? Sous quelle forme ?

#### **Partie 5**

*C'est la conclusion de l'entretien.*

Au total, comment qualifieriez-vous l'idée d'une gestion commune de l'offre de soins en psychiatrie pour les secteurs de Calais, Boulogne, Montreuil et Camiers, séparée de la gestion des hôpitaux généraux ?

Quel point essentiel souhaitez-vous retenir de cet entretien ?

## **II : grille d'entretien pour un psychiatre**

### **Partie 1**

*Cette partie de l'entretien permettra de cerner la place de la psychiatrie au sein de l'hôpital.*

Comment est dirigée l'activité de psychiatrie dans l'hôpital ? Comment les besoins de l'activité de psychiatrie sont-ils pris en compte dans la gestion de l'hôpital ?

Quelles sont les relations du service de psychiatrie avec la direction ?

Quelles sont les relations du service de psychiatrie avec les autres services de l'hôpital ?

Quelles sont les pistes envisagées pour améliorer la gestion de la psychiatrie parmi les autres disciplines dans l'hôpital (notamment en terme de moyens : personnels, locaux, relations avec la ville et les activités médico-sociales) ?

### **Partie 2**

*Cette partie de l'entretien a pour but de décrire l'activité du service de psychiatrie.*

Quels sont les activités principales de la psychiatrie dans les secteurs attribués à l'hôpital ?

Quelles sont les personnes prises en charge par le service de psychiatrie (pathologies principalement rencontrées, volume d'activité) ? Quels sont les principaux types de parcours de soins ?

Quelles sont les difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients ?

Quelles sont les difficultés rencontrées par le service en termes de personnel, de moyens financiers, de locaux, de relations avec l'extérieur ? Quelles sont les difficultés générées par la codification annoncée des actes de psychiatrie ?

Quelles solutions sont mises en œuvre pour faire face à ces difficultés ?

### **Partie 3**

*Cette partie de l'entretien permettra de faire ressortir les solutions imaginées pour améliorer la gestion de la psychiatrie dans les secteurs gérés par l'hôpital.*

Comment imaginez-vous une meilleure gestion de l'offre de soins en psychiatrie dans votre (vos) secteur(s) (notamment sur le plan du fléchage des budgets alloués à la psychiatrie) ?

Quels sont les éventuels partenariats que vous souhaiteriez voir créer (ou qui sont déjà développés) ?

Quelle est l'aire géographique optimale de gestion de l'offre de soins en psychiatrie ?

Comment envisagez-vous l'avenir de la psychiatrie dans votre hôpital, notamment par rapport à la gestion du personnel (dans un contexte de pénurie de psychiatres), et par rapport à la codification annoncée des actes de psychiatrie ?

#### **Partie 4**

*Cette partie de l'entretien vise à obtenir l'avis de l'interlocuteur sur le projet du groupe technique.*

Dans quelle mesure une gestion séparée de la psychiatrie du reste des activités médicales de l'hôpital est-elle intéressante ?

Quels sont les avantages d'une telle gestion ? Quels en sont les inconvénients ? Accepteriez-vous une gestion séparée de la psychiatrie du reste des activités médicales dans votre hôpital ? Sous quelles conditions ?

Dans quelle mesure une gestion commune de l'offre de soins en psychiatrie sur le territoire Littoral est-elle intéressante ? Quels en sont les avantages et les inconvénients ? Accepteriez-vous une telle gestion ? Sous quelles conditions ? Sous quelle forme ?

#### **Partie 5**

*Conclusion de l'entretien.*

Au total, comment qualifieriez-vous l'idée d'une gestion commune de l'offre de soins en psychiatrie pour les secteurs de Calais, Boulogne, Montreuil et Camiers, séparée de la gestion des hôpitaux généraux ?

Quel point essentiel souhaitez-vous retenir de cet entretien ?