

# Les Centres Médico Psychologiques, Evaluation de la prise en charge des patients en région Pays de la Loire

Janvier 2006

*Face au développement croissant des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de nombreuses régions françaises s'orientent vers un renforcement du rôle et des missions dévolues aux Centres Médico Psychologiques (CMP), anciens dispensaires d'hygiène mentale. Cette tendance semble s'inscrire dans le cadre d'une profonde transformation du paysage psychiatrique français. La réalité de l'hôpital « hors les murs » s'impose aujourd'hui de plus en plus comme un modèle à suivre.*

*Le plan « Psychiatrie et Santé Mentale » 2005-2008 prévoit expressément la nécessité de renforcer l'accès aux soins de proximité au sein des CMP. Il préconise la réalisation de cet objectif dans le cadre de la mise en œuvre du SROS de troisième génération. Dans ce contexte, il apparaît primordial d'avoir un éclairage actualisé sur les modalités de prise en charge au sein de ces structures.*

## LE CONTEXTE ET LES OBJECTIFS

Menée conjointement par le service médical et la CRAM des Pays de la Loire, l'étude sur la prise en charge en CMP se décompose en deux volets, l'un médical, l'autre administratif.

### ▪ LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

- **Le volet médical** porte sur l'analyse qualitative et quantitative de la prise en charge des patients, ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des CMP. Il est réalisé par le service médical. Les objectifs sont d'établir un état des lieux des structures, de cerner la complexité de la prise en charge ambulatoire et de faire des propositions en vue d'améliorer cette offre de soins.

- **Le volet administratif**, réalisé par la CRAM des Pays de la Loire, s'intéresse notamment aux ressources des CMP.

Il vise à préciser les moyens permettant aux CMP de remplir leurs missions de prévention, de diagnostic, de soins et de ré-insertion du patient dans son milieu. La connaissance effective des ressources allouées aux CMP correspond aux enjeux actuels visant au développement de ce type de soins alternatifs à l'hospitalisation. Le plan santé mentale 2005-2008 prévoit 53.4 M€ pour le renforcement des prises en charge ambulatoires au sein des CMP et la diversification des structures d'hospitalisation à temps partiel. Le nombre de patients accueillis en CMP risque de s'accroître et il paraît primordial de lutter contre les éventuelles disparités.

## ▪ LE CHAMP DE L'ETUDE

- **Le volet médical** étudie les *CMP adultes rattachés aux établissements en charge de la sectorisation en 2004 et 2005*.

- **Le volet administratif** s'intéresse aux *CMP adultes et infanto-juvéniles ouverts 5 jours par semaine et rattachés aux établissements tête de secteur entre 2001 et 2003*. Sur un total de près de 150 CMP, 94 sont ouverts 5 jours ou plus par semaine, soit 63 % des CMP de la région.

## L'ETAT DES LIEUX DES CMP DE LA REGION

### 1. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DES CMP

L'analyse est effectuée sous l'angle de : *l'accessibilité* (implantation géographique de proximité, amplitudes d'ouvertures satisfaisantes, identification aisée de la structure et système d'accueil performant) ; *l'organisation architecturale* (présence ou non d'une offre de soins type Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel ou Hôpital de Jour) ; la qualité du *système d'informatisation, l'organisation fonctionnelle* (qui doit tendre vers une autonomie de la structure), *le rôle de pivot* du système de soins ambulatoires.

**L'accessibilité** : Le maillage géographique des CMP s'avère satisfaisant. Il existe cependant quelques disparités régionales entre leurs conditions d'organisation et de fonctionnement :

- 45% des CMP du Maine et Loire sont ouverts 5 jours par semaine contre 90% des CMP de Loire Atlantique, seul département où est proposé un accueil le samedi matin (25% des CMP).

- Près de la moitié des structures sont desservies par les transports en commun.

- 40% sont inaccessibles aux personnes en situation de handicap.

- La majorité des CMP dispose d'une signalétique externe. Cependant, dans 60% des cas, les jours et heures d'ouverture ainsi que le numéro de téléphone ne sont pas mentionnés.

- Il existe un secrétariat d'accueil dans la moitié des CMP, mais près de 20% ne disposent pas de répondeur téléphonique en dehors des heures d'ouverture.

**L'organisation architecturale** : Excepté en Mayenne, les locaux regroupent souvent des activités de CMP et de CATTP (plus de 70% en Loire-Atlantique, 40% en Sarthe, 50% en Vendée et 5% en Maine et Loire). Le regroupement CMP - hôpital de jour est moins fréquent (autorisation réglementaire pour l'hôpital de jour). Par ailleurs, de nombreux CMP (30 à 40% selon les départements) nécessitent une rénovation.

**Le système d'informatisation** : Malgré l'informatisation de la majorité des CMP, la consultation intégrale du dossier médical n'est pas toujours possible.

**L'organisation fonctionnelle** : La mise en place de réunions de service (fonctionnement du CMP) et de synthèse (prise en charge des patients) a permis l'autonomie fonctionnelle de la plupart des structures. Cependant, la majorité des CMP ne peuvent proposer systématiquement un rendez-vous au patient sur place.

**Pivots du système de soins ambulatoires**, les CMP formalisent des liens avec leurs différents partenaires de façon disparates selon les établissements et les secteurs (65% en Loire atlantique et Mayenne, 60% en Sarthe, 35% en Vendée et Maine et Loire) .

### 2. LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE

69 sites de prise en charge ambulatoire répartis sur 34 secteurs (12 établissements) ont répondu aux questionnaires relatifs à la prise en charge médicale. Cela représentait 13.357 dossiers médicaux. Un échantillon aléatoire de 5 630 dossiers a fait l'objet de l'étude.

**Le profil social des patients** : Les femmes consultent un peu plus que les hommes et l'âge moyen est de 45 ans. Il apparaît que la plupart des patients dispose d'un logement. Cependant, 65% vivent seuls, autant n'ont pas d'activité professionnelle, 77% bénéficient d'une allocation de ressources et 7.5% (13% sur Nantes) sont dans une situation précaire. Plus de 50% des patients bénéficient d'une prise en charge intégrale de l'assurance maladie pour affection psychiatrique grave.

**La filière de soins** : Quasiment tous les patients résident sur le territoire de proximité et sont suivis par le secteur dans les 12 mois

précédant l'étude. 10% des patients sont adressés par des institutions telles que les maisons de retraite et les CHRS. Les services sociaux, les services d'urgence hospitaliers et les psychiatres libéraux adressent respectivement environ 3% de patients au CMP. Le taux de patients orientés par les médecins généralistes varie de 5% à 25% selon les établissements.

**L'analyse des actes directs**, c'est à dire effectués en présence du patient par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante, **montre une relative homogénéité entre les CMP**. Il existe un nombre d'acte par patient relativement similaire entre les secteurs. Tous les CMP soignent les mêmes types de pathologies et dans les mêmes proportions (60% de troubles psychotiques et de l'humeur). La durée de prise en charge par patient est d'environ 30 minutes, à laquelle s'ajoute éventuellement le trajet pour se rendre à son domicile (environ 30 à 50 minutes). Les infirmiers effectuent plus de 51% des actes, contre 28% pour les psychiatres et 15% pour les psychologues. Le suivi des patients, essentiellement mensuel pour les psychiatres, est hebdomadaire ou bimensuel pour les psychologues et plus variable pour les infirmiers. Si en moyenne 70% des soins ont lieu au CMP et près de 20% à domicile, il existe des différences importantes selon les structures.

**Les activités indirectes**, effectuées dans l'intérêt du patient mais en son absence (entretien avec l'entourage, démarches diverses de type sociales, professionnelles, juridiques et médicales, réunions de synthèse, tenue du dossier médical) **existent dans tous les CMP**. Elle concernent 75% des patients, représentent environ 86 minutes par patient et sont essentiellement réalisées par des infirmiers (28%) et des secrétaires (21%). Les psychiatres (17%), les psychologues (9%) et les assistantes sociales (5%) y participent moins.

### 3. CONSTATS DE L'ENQUÊTE MÉDICALE

#### **Le CMP, entité structurale de soins :**

Les structures de soins, aux amplitudes d'ouvertures réduites et souvent situés dans des locaux inadaptés, permettent certes une offre de soins de proximité mais à disponibilité très réduite. Elles entraînent un éclatement des ressources humaines qui ne

va pas dans le sens de l'optimisation des moyens. De nombreux CMP nécessitent des transformations architecturales. Une meilleure identification parmi les différentes structures sanitaires s'avère également primordiale.

#### **Le profil des patients est homogène :**

Cependant, les CMP urbains soignent plus de malades en situation précaire que les CMP ruraux. La psychiatrie libérale et à moindre degré le médecin généraliste ne sont pas les partenaires privilégiés des CMP. La réalité des relations entre CMP et professionnels du champ sanitaire et social diffère selon les secteurs.

**Les actes directs :** Les disparités entre les CMP ne sont pas significatives. Le temps consacré à un patient (30 à 40 minutes) est équivalent au sein des différents CMP et selon les intervenants. L'infirmier apparaît comme un personnel soignant central de la prise en charge du patient en ambulatoire dans le contexte actuel.

**Les activités indirectes :** Ces activités sont indispensables à la bonne réalisation du projet de soins. Elles concernent la majorité des patients et demandent un investissement-temps important.

### 4. L'ÉTUDE DES RESSOURCES DU CMP

L'analyse des résultats est délicate. D'une part, chaque établissement a identifié ses charges et recettes de CMP à partir de techniques propres, en utilisant ou non la comptabilité analytique. D'autre part, les données financières émanent des directions financières des établissements, tandis que les données relatives à l'activité ont été fournies directement par les CMP. Cela a parfois généré quelques difficultés d'interprétation.

#### **Les données financières :**

- Le coût annuel moyen régional d'un CMP s'élève en Pays de la Loire à 480 454 €
- Les dépenses des CMP augmentent en moyenne de 18% entre 2001 et 2003.
- La part des charges de CMP dans le budget global de l'établissement est plus élevée dans les CHS que dans les CH. (9 % des charges totales de l'établissement pour les 5 CHS, environ 3 % pour les CH).

## Les techniques comptables

- 10 établissements sur 14 ont utilisé des clés de répartition pour identifier les dépenses des CMP principalement basées sur l'activité.

- Un seul établissement a utilisé une clé de répartition pour identifier les recettes des CMP. Il a ventilé sa dotation globale en fonction du nombre de patients accueillis en CMP.

Les difficultés rencontrées résultent de l'absence de comptabilité analytique pour certains établissements, de l'absence d'identification des temps de travail des personnels médicaux et non médicaux au sein du CMP, de la diversité des activités réalisées sur le même site : CMP, CATTP ou hôpital de jour.

## L'activité réalisée en 2003

Quatre groupes de CMP à file active comparable ont été constitués (0<200 patients ; 201<400 patients ; 401<700 patients ; 701<1550 patients) . Une moyenne des charges totales annuelles a été réalisée pour chaque groupe :

Constats :

1. Le coût total annuel moyen d'un CMP est quasiment identique pour les groupes 1 et 2 (environ 251 000€) alors que le nombre moyen de patient accueillis est de 154 dans le 1er groupe et de 284 dans le second groupe de CMP.
2. Plus le nombre de patients suivis en CMP s'élevé, plus le coût moyen de la prise en charge en CMP diminue.

Conclusions :

1. L'absence de pratiques similaires pour identifier leurs charges et recettes annuelles ne permet pas de réaliser une comparaison objective entre les CMP.
2. Les moyens ne semblent pas toujours en adéquation avec la file active.
3. L'augmentation du nombre de patients suivis en CMP ne génère pas une hausse corrélative des dépenses pour l'assurance maladie.
4. la file active n'est pas le seul élément de référence pour refléter l'activité réalisée.

## LES PROPOSITIONS

- Développer des *organisations fédératives de CMP* en milieu urbain. Les similitudes constatées entre les modalités de prise en charge en CMP doit permettre une telle organisation. Cela conduira à optimiser les ressources et à favoriser la sécurité des personnels.

- Concevoir des structures qui confortent « l'outil secteur » sans déroger à une *politique d'optimisation des moyens*.

- Promouvoir *les liens avec les professionnels de santé et les services sociaux* pour mieux accentuer et diversifier le rôle pivot d'offre de soins ambulatoire.

- Améliorer *l'identification des CMP* au niveau des territoires de proximité pour une meilleure visibilité de l'offre de soins et proposer des *structures fonctionnelles et accueillantes* .

- Disposer d'une liste *actualisée* et exhaustive des CMP. De fait, en raison de l'absence de procédure formalisée d'autorisation, il n'existe pas de liste régionale actualisée permettant d'identifier et de localiser l'ensemble des CMP de la région.

- Organiser *l'exploitation annuelle des données d'activité* relatives au CMP.

- Inciter à l'utilisation par tous les établissements de *techniques communes de présentation des comptes*. Cela contribuerait à donner une vision comparative plus objective de ces structures. A noter qu'à compter de 2005, les Centres Hospitaliers Spécialisés en psychiatrie sont tenus d'utiliser la comptabilité analytique selon un cadre défini réglementairement.

- S'orienter vers une *allocation de ressources en meilleure adéquation avec l'activité réelle* des CMP. Les travaux en cours sur la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie permettront sans doute d'y contribuer.

L'étude complète et cette synthèse sont disponibles sur internet : <http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf> et [http://www.cram-pl.fr/affaires/les\\_publications.htm](http://www.cram-pl.fr/affaires/les_publications.htm)